

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sergio Rossi Ribeiro

**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**

Belo Horizonte
2013

SERGIO ROSSI RIBEIRO

**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 apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Profa. Dr. Cornelis Johannes van Stralen

Belo Horizonte
2013

150	Ribeiro, Sergio Rossi.
R484c	Conselhos de saúde [manuscrito] : um estudo sobre os sentidos da representação para conselheiros representantes da sociedade civil em um Conselho Municipal de Saúde do interior de Minas Gerais / Sergio Rossi Ribeiro. - 2013.
2013	130 f. Orientador: Cornelis Johannes van Stralen.
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia.
	1. Psicologia – Teses. 2. Participação social - Teses. 3. Conselhos de saúde - Teses. 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

PPG
PSICO
LOGIA
UFMG

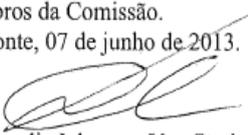
ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO SERGIO ROSSI RIBEIRO

Realizou-se, no dia 07 de junho de 2013, às 14:00 horas, sala 3032- 3º andar - fafich, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *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*, apresentada por SERGIO ROSSI RIBEIRO, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen - Orientador (UFMG), Prof(a). Luciana Kind do Nascimento (PUCMINAS), Prof(a). Eleonora Schettini Martins Cunha (UFMG).

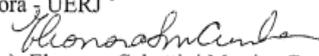
A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 07 de junho de 2013.


Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen
Doutor - Utrecht University


Prof(a). Luciana Kind do Nascimento
Doutora - UERJ


Prof(a). Eleonora Schettini Martins Cunha
Doutora - UFMG

AGRADECIMENTOS

A realização do mestrado só foi possível graças à colaboração, ao incentivo e à compreensão de todos aqueles que, direta ou indiretamente, compartilharam comigo essa experiência.

Gostaria, assim, primeiramente, de agradecer meus familiares. Em especial, meus pais e irmãos. Sem o amor, carinho e dedicação de vocês, nada disso seria possível.

À Luisa, pelo amor e companheirismo construído ao longo desses anos, pela paciência nas ausências, pelo incentivo e momentos de leveza.

Ao Cornelis, pela oportunidade que me proporcionou. Pela orientação, por compreender limitações, pelas prosas e histórias do Movimento Sanitário.

À Claudia Mayorga e demais professores do PPGPSI/UFMG, pelo aprendizado que me proporcionaram.

Ao Walter, pela formação e pela atenção com que me recebeu de volta em São João.

Aos colegas do Núcleo de Psicologia Política, pelos espaços de debate e formação.

Aos colegas do PPGPSI/UFMG, em especial aqueles que compartilharam a experiência do I Seminário Interno do PPGPSI/UFMG.

Aos amigos! Thiago, Benatti, Glauber, Fernando, Diego, Rogério, Marcelo, Jardel, Júnior, Tacyana, Felícia, Simone, Isadora, Leandro, Carlos, Celso, André, Pantuzza, Ataulpa, Aline, Ana Paula, Carolina, João, Murilo, seja em São João, Belo Horizonte ou Passos, obrigado pelos ótimos momentos que compartilhei e compartilho com vocês.

Ao Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei e aos seus conselheiros, e sua luta diária por uma saúde pública de qualidade.

Às professoras Eleonora Schettini e Luciana Kind, pelas contribuições ao trabalho e disponibilidade ao debate.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro, fundamental para a realização deste trabalho.

RESUMO

Rossi, S. (2013). *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 de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A criação dos Conselhos de Saúde fundamentou-se na concepção de que a descentralização do poder decisório, permitindo o planejamento em cada esfera de governo, 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, comuns na área da saúde e demais políticas sociais. Por outro lado, inovações institucionais como os Conselhos suscitaram um processo de pluralização da representação política, em que as organizações da sociedade civil passaram a ocupar um papel central.

Entretanto, as constatações de alguns estudos empíricos sobre a ação dos conselhos e de conselheiros têm indicado a presença de efeitos não democráticos, como a renovação e permanência de práticas como clientelismo, troca de favores entre atores sociais e políticos, bem como a recusa de executivos locais em partilhar o poder decisório nesses espaços. Além disso, a ausência de uma forte tradição associativa em municípios brasileiros tem apontado questionamentos quanto ao potencial dos Conselhos para a democratização da política de saúde, assim como em que medida a presença de entidades e atores da sociedade civil nesses espaços tem contribuído para a inclusão política.

Tendo em vista essa observação, nosso estudo visa compreender os sentidos da representação política para conselheiros de saúde representantes da sociedade civil. Assim, constituíram-se para nós como problemas de pesquisa a serem investigados: 1) Quem são esses representantes e como se tornaram conselheiros? 2) Quem estão representando, ou como se relacionam com suas entidades? 3) Como os atores que atuam como representantes nos Conselhos interpretam esse papel? 4) De que forma avaliam e observam a atuação do Conselho Municipal de Saúde?

Esses problemas foram analisados e discutidos a partir do diálogo entre a literatura que, de modo recente, tem se lançado no estudo da representação política

da sociedade civil no interior dos Conselhos, e dos dados coletados junto aos conselheiros representantes da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei, através da realização de entrevistas narrativas, observação das reuniões do Conselho e leitura de documentos produzidos por essa instância.

Os resultados da nossa pesquisa apontam para o distanciamento entre conselheiros e as entidades que representam. Essa realidade pode ser resultado tanto da fragilidade e falta de recursos de algumas dessas entidades, como as Associações de Bairro, quanto do desenho institucional que permite ao executivo local intervir diretamente sobre entidades que não corroboram seu projeto político, ou mesmo por se tratar de organizações da sociedade civil que não congregam interesses ou têm relação com a política de saúde, favorecendo a permanência de “conselheiros profissionais” que, com a experiência que adquiram ao longo de sua militância e engajamento político, acabam agindo da maneira que lhes convém.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Representação Política. Participação. SUS.

ABSTRACT

Rossi, S. (2013). *Political representation in the Health Council: a study on the meanings of representation for counselors representing civil society in a Municipal Health Council of a city in the interior of the state of Minas Gerais / Brazil*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

The establishment of Health Councils was based on the concept that the decentralization of the decision-making process would make health policy more responsive to population needs, as it allows planning in each governmental sphere. In addition, councils and social control were seen as a counterforce to clientelistic practices, frequent in healthcare and other social policies. On the other hand, institutional innovations, such as the councils, triggered a process of pluralization of political representation, in which civil society organizations started to play a central role.

However, the findings of some empirical studies on the action of councils and counselors have indicated the presence of non-democratic effects, such as the permanence and renewal of practices such as clientelism, exchange of favors between political and social actors as well as the refusal of local executives to share the decision-making power in these spaces. Furthermore, the absence of a strong associative tradition in Brazilian municipalities has pointed out questions on the potential of these Councils for the democratization of health as well as on how much the presence of civil society organizations and actors in those spaces has contributed to political inclusion.

Considering this observation, the study aimed to understand the meanings of political representation for counselors who represent civil society in Health Councils. For this reason, it has focused on the following issues: 1) Who are these representatives and how did they become counselors? 2) Whom are they representing, or how do they relate to the organizations they come from? 3) How do the actors who act as representatives in the Councils interpret this role? 4) How do they evaluate and observe the performance of the Municipal Health Council?

These problems were analyzed and discussed in dialogue with the literature that, recently, has focused on the study of civil society political representation within the Councils. The data were collected through narrative interviews with civil society

representatives in the council of the city São João del Rei, observations of meetings, as well analysis of official documents of the Council.

The results of our study point to the distance between the counselors and the organizations they represent. This situation can be a result of both the fragility and lack of resources of some of these organizations, such as Neighborhood Associations, and the institutional design that allows the local government to intervene directly on organizations that do not support its political projects, or even because some civil society organizations are not interested or related to health policy. These circumstances favor the permanence of "professional counselors" who, with the experience they acquire throughout their militancy and political engagement, end up acting in a way that is convenient to them.

Keywords: Health Council. Political Representation. Participation. SUS.

LISTA DE SIGLAS

AMMAS del Rei	Associação dos Movimentos Sociais, moradores e amigos de São João del Rei
APADEQ	Associação de parentes e amigos dos dependentes químicos
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
ASAP	Associação de Aposentados e Pensionistas de São João del rei
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DCE	Diretório Central dos Estudantes
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMN	Partido da Mobilização Nacional
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSJ	Universidade Federal de São João del Rei
UMES	União Municipal dos Estudantes
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SOBRE A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE E A EMERGÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	19
2.1 A politização da proposta da participação comunitária	19
2.2 A institucionalização da participação da comunidade	22
2.3 Conselhos de Saúde: participação e representação da sociedade civil	26
2.4 Sobre as tensões e desafios da representação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde	34
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
3.1 Sobre o campo de pesquisa.....	43
3.2 Breve caracterização do Município de São João del Rei	44
3.3 Sobre os procedimentos da coleta e análise dos dados	44
3.4 Sobre os sujeitos de pesquisa	46
3.4.1 Breve caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	47
3.5 Sobre as limitações do estudo.....	47
4 OS CONTORNOS DA POLÍTICA DE SAÚDE: OS DESAFIOS COTIDIANOS DA ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	49
4.1 O Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei	49
4.1.1 Funcionamento interno.....	56
4.1.2 Papel do conselho	61
4.1.3 Relação com o gestor e Projeto político governamental	69
4.1.4 Participação da Comunidade e Publicidade das ações do Conselho.....	74
4.1.5 Avaliação do Conselho de Saúde pelos próprios conselheiros	79
5 REPRESENTAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: ATIVISMO E MILITÂNCIA EM UM CONTEXTO DE BAIXO ASSOCIATIVISMO	84
5.1 Participação em saúde: trajetória de inserção e participação na política de saúde	84

5.2 Tornar-se conselheiro: a escolha e indicação de representantes da sociedade civil no conselho municipal de saúde.....	94
5.2.1 As relações entre conselheiros e as entidades que representam	100
5.2.2 O papel que o conselheiro se atribui: interpretações sobre a representação.....	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS.....	121

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema central a representação política da sociedade civil no Conselho de Saúde. Busca compreender os sentidos da representação para conselheiros de saúde representantes da sociedade civil e em que medida a inserção dos diversos atores e grupos sociais no Conselho de Saúde tem contribuído para a democratização dessa instância, bem como da política de saúde. Baseado no crescente questionamento presente na literatura sobre os efeitos democráticos da inserção dos conselhos na dinâmica da política local, busca-se contribuir para o debate acerca de um aprofundamento democrático comprometido com o processo de mudança social.

Os conselhos gestores e as conferências temáticas se constituíram como uma importante inovação institucional no País, o que possibilitou a participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas. Estão presentes, atualmente, num extenso leque de programas e políticas setoriais como educação, saúde, assistência social, habitação, meio ambiente, cultura, etc.

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

Presente desde a inserção da *participação comunitária* como diretriz de programas e ações de saúde, a proposta de participação em saúde se desenvolveu e transformou-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 Sistema Único de Saúde (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).

Passados 25 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil vive hoje a sua mais longa experiência democrática. Desde então, vivemos sob garantias constitucionais de liberdade de expressão, associação e pluralismo do sistema político partidário. A universalização dos direitos políticos garantiu o voto aos analfabetos, assim como a universalização dos direitos sociais possibilitou, pelo menos no plano institucional, uma condição de cidadania ampliada, garantida pelo arcabouço constitucional que delineou a Seguridade Social do País.

O restabelecimento do regime democrático e seu aprofundamento foram frutos do processo de lutas e reivindicações de diversos atores e movimentos sociais contra a ditadura militar imposta em 1964. A partir de meados dos anos 1970, notabilizaram-se as reivindicações das classes trabalhadoras, dos movimentos sociais por moradia, reforma agrária, acesso aos serviços de saúde e demais serviços públicos e as reivindicações das classes médias e setores urbanos pela abertura de canais de participação da sociedade na definição das políticas públicas promovidas pelo Estado (Cohn, 1997).

O processo de reconstrução do regime democrático no País foi fortemente influenciado pelos ideais que conformavam a participação da sociedade civil no processo decisório sobre a alocação dos recursos públicos e das políticas públicas, como um dos pressupostos para o estabelecimento de um regime de fato democrático. O projeto democrático-participativo¹ (Dagnino, Olvera & Panfichi, 2006) que orientou a redemocratização do País também tinha como pressuposto que a mudança nas relações estabelecidas entre Estado e sociedade, antes pautadas numa relação de oposição ou cooptação, poderia resultar numa relação de cooperação e de partilha de poder.

A reestruturação das relações entre o Estado e a sociedade materializou-se por meio da abertura e ampliação da participação política da sociedade através de dispositivos e formas consultivas e deliberativas descentralizadas, que inseriram o nível local “no processo de tomada de decisão acerca da distribuição de bens

¹ O núcleo central que constitui a matriz desse projeto parte de uma “concepção de aprofundamento e radicalização da democracia, que confronta com nitidez os limites atribuídos à democracia liberal representativa como forma privilegiada das relações entre Estado e sociedade.... a participação da sociedade nos processos de decisão assume um papel central para a democratização.... A participação é vista como instrumento da construção de uma maior igualdade, na medida em que ela contribuiria para a formulação de políticas públicas orientadas para esse objetivo” (Dagnino, Olvera & Panfichi, 2006, p. 48). É importante ressaltar, conforme apontam os autores, que os modelos de democracia participativa e deliberativa foram defendidos em complementaridade à democracia representativa liberal.

públicos, das políticas públicas e da deliberação sobre prioridades orçamentárias” (Avritzer & Pereira, 2005, p. 14). Segundo os autores, as ações a partir das instituições são substituídas “pela ação coletiva e negociada” (Avritzer & Pereira, 2005, p. 14). Junto ao sistema representativo eleitoral, são criadas instâncias e canais de participação da sociedade civil, que ampliaram as possibilidades de manifestação da pluralidade social. Nos três níveis de governo, foram instituídos conselhos gestores, conferências temáticas, orçamentos participativos, entre outros arranjos e inovações institucionais (Coelho, 2007).

O que se observa, portanto, no País, é a criação e consolidação das chamadas Instituições Participativas nas quais grupos, associações e organizações da sociedade irão atuar junto ao Estado no processo de formulação, direção, acompanhamento e controle das políticas públicas do País. Nesse sentido, o Brasil se destaca quanto à formação e reformulação de seu sistema político ao que se observa no contexto internacional. A representação política da sociedade civil foi canalizada e institucionalizada no interior do aparato de gestão estatal. O modelo de gestão para as políticas públicas adotado se estabelece, pelo menos no plano institucional, na interação entre Estado e sociedade (Almeida, 2011).

Conforme nos aponta Almeida (2011), o que destaca o cenário brasileiro em relação aos demais países ocidentais é o fato de que o processo de descentralização da representação política ocorre, justamente, com a consolidação das instituições representativas. A abertura de canais de representação política para a sociedade civil não surge em decorrência de uma crise do sistema representativo tradicional. É no contexto de consolidação de um sistema representativo eleitoral, em que o voto é visto como garantia para a liberdade de manifestação e intervenção política, que as novas possibilidades de manifestação da pluralidade social, via representação, se inscrevem no sistema político brasileiro. Contrastando com os períodos autoritários e da ditadura militar, as mudanças e impactos causados pela universalização do voto, o sistema eleitoral e o modelo democrático foram vistos de forma positiva mediante o avanço e a ruptura que representaram com contextos anteriores. Isso não significa, como a própria autora ressalta, que a população esteja satisfeita com o sistema partidário e a representação eleitoral.

Avritzer (2007) aponta que a participação política no Brasil pós 1988 se caracteriza, por um lado, pela presença e institucionalização da participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas e, por outro, pelo próprio

crescimento das Instituições Participativas, em um contexto totalmente diverso do já vivido no País.

O Brasil é historicamente marcado pelo autoritarismo, centralização e exclusão política, um país em que a formação do Estado sempre teve precedência em relação à sociedade, exercendo fortemente um papel de regulação das atividades econômicas e sociais (Cunha, 2009; Nunes, 2010). A redemocratização do País inseriu o Estado em um contexto no qual, segundo Almeida (2011), a democracia se torna a ideia-força de organização da representação. É com a redemocratização do País que experimentamos, pela primeira vez, o exercício da representação democrática pautado por um sistema de *checks and balances* e de delegação universal da soberania dos indivíduos, bem como alternativas para a contestação do exercício da representação monopolizado pelo Estado (Almeida, 2011, p. 240). Como aponta a autora, as transformações democráticas pelas quais o País passou não se restringiram à dimensão eleitoral da representação, também se direcionaram à sociedade civil e sua esfera de atuação.

O Estado brasileiro, que em praticamente todos os momentos de nossa história teve primazia na tarefa de organizar a sociedade, orientado pelas lógicas privatista/estamental, corporativista/estatista e autoritária/excludente (Almeida, 2011, p. 251), estava agora se estruturando em um modelo que combinou o sufrágio universal com outras formas descentradas de manifestação da pluralidade e generalização do privado no público. (Almeida, 2011, p. 241).

Como apontado por Avritzer (2009), foram estruturadas diversas formas para expressão da soberania popular. Já no processo constituinte, foram aceitas emendas populares que contaram com mais de 30 mil assinaturas. O sufrágio universal passou a ser exercido através de voto direto e secreto, assim, foram instituídos o plebiscito, referendo e iniciativa popular. O texto constitucional também assegurou a iniciativa popular na definição das leis complementares, em seu artigo 61, no parágrafo 2º, ficou assegurado aos cidadãos a apresentação de projeto de lei à Câmara dos Deputados. Na gestão das políticas públicas, no capítulo que trata da Seguridade Social, em seu artigo 194, ficou assegurado o caráter democrático e descentralizado da administração. Saúde, Assistência Social e as políticas para crianças e adolescentes passaram a contar com a participação da população e entidades da sociedade civil. Nos Estados ficou estabelecida a inclusão por lei específica que assegure a iniciativa popular no processo legislativo estadual. As leis

orgânicas que regem os municípios, previstas no artigo 29, devem observar a cooperação de associações representativas no planejamento municipal e a iniciativa popular de projetos de lei de interesse específico do município, da cidade ou de bairros.

Contribuiu para a busca por essas transformações o cenário de crise econômica internacional que, em meados dos anos de 1970, colocou em declínio a ideologia estado-desenvolvimentista, vigente desde a Era Vargas, e acarretou o agravamento das condições socioeconômicas das classes populares. A má distribuição da renda aliada à perda e regressão do poder econômico da população, a incapacidade dos serviços públicos em atender às demandas de uma população cada vez mais desassistida em suas necessidades sociais básicas, o fracasso das medidas econômicas adotadas pelos militares no enfrentamento da crise e a consequente perda de apoio dos grupos econômicos que apoiavam o regime foram alguns dos principais fatores que compuseram o cenário que suscitou um processo de mobilização e contestação do modelo centralizado e autoritário vigente no período militar (Cunha, 2009).

Nesse sentido, o período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980, como aponta Almeida (2011), marca o início da reestruturação e criação de novas formas associativas no País, e pode ser descrito, conforme propõe Cardoso (1994), como a emergência heroica dos movimentos sociais contemporâneos.

Influenciado diretamente por três matrizes discursivas, observa-se, nesse período, uma politização da experiência cotidiana de exclusão política e precariedade socioeconômica a que estava submetida grande parte da população brasileira. A primeira matriz discursiva foi construída pela esquerda católica que, influenciada pela ideologia da Teologia da Libertação, inspirou a organização do comunitarismo cristão que se enraizou socialmente a partir da larga expansão das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) pelo País. Inspirada pelo Concílio Vaticano II, essa corrente de pensamento da Igreja Católica buscava construir uma visão crítico-reflexiva acerca da precariedade das condições das classes populares, defendendo que o seu enfrentamento e superação não se constituíam em favores que o Estado ou as classes dominantes concediam aos mais pobres, mas, sim, um direito de cidadania (Sader, 1988; Costa, 2010).

A segunda matriz discursiva foi construída pelo “novo sindicalismo” que, diante da estrutura autoritária e de controle dos sindicatos montada na era Vargas e

depois controlada sob o forte aparato de repressão dos militares, buscou novas formas de resgatar seu caráter reivindicativo e alterar as práticas e o modelo sindical vigente. Por fim, a terceira matriz discursiva refere-se à organização de uma nova esquerda política, em decorrência, principalmente, da crítica à inexistência de vínculos entre a vanguarda revolucionária e as classes populares. Essa nova esquerda, influenciada pela obra de Gramsci, resignificou as relações estabelecidas entre Estado e sociedade, confluindo em três tendências distintas: crítica renovadora ao marxismo tradicional; ênfase na construção da democracia e fortalecimento da sociedade civil e uma abordagem relacional entre cultura e política (Sader, 1988; Dagnino, 2000; Costa, 2010).

Posteriormente, observa-se uma fase na qual esses movimentos surgidos entre a década de 1970 e início da década de 1980 estabelecem novas relações com partidos políticos, de um lado, e com agências públicas, de outro (Almeida, 2011). Nesse contexto, a cidadania se inscreve numa concepção de *direito a ter direitos*, em que as conquistas legais e os direitos básicos como educação e saúde, por exemplo, não encerram as mobilizações sociais e políticas, mas “inclui fortemente a invenção/criação de novos direitos, que emergem de lutas específicas e da sua prática concreta.... em uma redefinição que contempla não só direito à igualdade, mas também o direito à diferença” (Dagnino, 1994).

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.

O debate sobre os conselhos gestores têm se acentuado cada vez mais nos últimos anos. Se em décadas anteriores os estudos sobre Orçamento Participativo chamavam mais atenção nas agendas de pesquisa, de forma mais recente, os conselhos gestores vêm ocupando certo destaque no debate acadêmico (Stralen, 2011). Tal destaque tem sido acompanhado por uma mudança no enfoque analítico até então empregado nos estudos sobre essas instâncias. Vistos como novos canais de participação do cidadão, ou novas oportunidades de participação direta, de forma mais recente, esses espaços têm sido analisados sob a ótica de uma literatura que tem interpretado os Conselhos como espaços formais de representação política da sociedade civil. Esse novo enfoque tem gerado novas interpretações e questionamentos sobre a atuação da sociedade civil, que, a partir da institucionalização de sua participação nesses espaços, atua junto ao Estado na

formulação de políticas públicas que afetam um público mais amplo (Almeida, 2011; Lüchmann, 2011).

É frente a esse novo enfoque analítico e às constatações de estudos empíricos que apontam a recusa de executivos locais em partilhar poder decisório, atuando de forma autoritária, impedindo e restringindo a participação do Conselho e seus conselheiros na gestão da política de saúde (Stralen, 2005; Stralen et al., 2006; Tatagiba, 2002), bem como a presença de efeitos não democráticos da representação da sociedade civil apontando para uma ambivalência entre o público e o privado nas ações dos conselheiros (Labra, 2005; Pereira Neto, 2012; Stralen, 2011), que buscamos compreender: 1) quem são esses representantes e como se tornaram conselheiros? 2) Quem estão representando, ou como se relacionam com suas entidades? 3) Como os atores que atuam como representantes nos Conselhos interpretam esse papel? 4) De que forma avaliam e observam a atuação do Conselho Municipal de Saúde?

São esses os problemas que orientaram a construção dessa dissertação que se divide em quatro capítulos. No primeiro capítulo, buscamos situar a proposta de participação em saúde e os significados que adquiriu ao longo do tempo, fundamentando a criação dos conselhos. Em seguida, apresentamos uma discussão sobre os conselhos de saúde no contexto da pluralização da representação política.

No segundo capítulo, apresentamos as estratégias metodológicas que orientaram a análise do problema de pesquisa proposto, bem como uma breve caracterização do campo de pesquisa e dos sujeitos entrevistados além de abordarmos algumas das limitações do nosso estudo.

No terceiro capítulo, discutimos alguns aspectos que incidem no funcionamento do Conselho de Saúde investigado e os desafios e dificuldades encontradas para a atuação dos conselheiros.

No quarto capítulo, a partir da trajetória de participação e inserção na política de saúde por parte dos sujeitos entrevistados, abordamos as relações que esses conselheiros estabelecem com as entidades que representam, como têm sido escolhidos e indicados para representarem essas entidades e quais são suas interpretações sobre o papel que exercem no Conselho.

Por fim, nas considerações finais, apresentamos uma síntese de nossas discussões e algumas possibilidades de desdobramentos e aprofundamentos dos problemas de pesquisa trabalhados nesta dissertação.

2 SOBRE A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE E A EMERGÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A emergência de conselhos gestores no Brasil guarda influência direta do campo da Saúde. Como apontam Abers e Keck (2008), esse era um dos poucos movimentos sociais que possuía um programa concreto para inovações democráticas. Contribuiu para a elaboração de uma proposta de descentralização e inscrição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo a convergência de dois atores sociais de origem distinta: 1) o Movimento Popular em Saúde, formado por organizações populares que lutavam pela melhoria e acesso aos serviços de saúde; e 2) o Movimento Sanitário, liderado por profissionais, técnicos, gestores e acadêmicos empenhados na construção de um sistema de saúde democrático e universal (Abers & Keck, 2008, p. 102).

Se atualmente a proposta de participação tornou-se diretriz obrigatória em qualquer política, programa ou ação em saúde, conforme aponta Stralen (2011), isso se deve à longa história em que a proposta original de participação comunitária agregou novas dimensões e sentidos. Entretanto, como Kind e colaboradores (2011) observam, as transformações dessa proposta operadas nas sucessivas conjunturas históricas e contextos políticos não se desenvolveram de forma linear, nem implicam “rupturas absolutas”. Trata-se de um “processo de apropriação e reconstrução do conceito de participação em saúde” (Kind et al., 2011, p. 22).

Neste primeiro capítulo, abordamos os significados que a proposta adquiriu desde a década de 1970 e como fundamentou a criação dos conselhos. Em seguida discutimos os conselhos quanto à legitimidade representativa no contexto da pluralização da representação.

2.1 A politização da proposta da participação comunitária

Em um primeiro momento, influenciada por organismos internacionais, principalmente a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a ideia de participação na saúde pode ser entendida a partir do contexto do Estado Nacional-desenvolvimentista. Estava associada às iniciativas de expansão da cobertura e combate às doenças infecciosas. Todavia, o ideal desenvolvimentista da época reservava ao Estado um papel centralizador e de concentração do poder decisório.

À população competia participar, mas não na definição de quais ações e medidas eram importantes para o desenvolvimento da sociedade. Seu papel se restringia à execução das ações formuladas pelos técnicos responsáveis pela condução da política de saúde (Kind et al., 2011).

Denominada “participação comunitária”, tal concepção guardava em si o paradoxo de exigir uma sociedade civil organizada e ativa na construção e execução da saúde local, de um lado, e de outro restringia o poder de decisão e planejamento ao Estado.

Em meio à ditadura militar vigente no País, as mobilizações populares em torno da questão da saúde avançam e encontram nas ações promovidas por correntes da igreja católica, principalmente aquelas ligadas ao movimento da Teologia da Libertação e aos grupos de esquerda que buscavam a redemocratização do País, um primeiro movimento de politização da participação em saúde. Observa-se um movimento de articulação entre sanitaristas, técnicos e movimentos populares, oriundos desse primeiro contexto de participação nas questões de saúde, no qual a inserção da população nos processos decisórios começa a ser discutida em oposição ao papel relegado à mesma nos anos anteriores. Essa concepção traz em si influência dos departamentos de medicina preventiva e social das universidades, das ações promovidas pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e das mobilizações pela redemocratização do País (Kind et al., 2011).

Verifica-se a contraposição entre uma visão “funcional” e outra “conscientizadora” da participação em saúde, em que a população organizada e capacitada reuniria condições de diagnóstico e enfrentamento de seus problemas, inscrevendo a saúde em uma compreensão ampliada e intersetorial (Stralen, 1976 citado por Kind et al., 2011). Pesariam contra essa abordagem aspectos políticos e econômicos. A orientação técnica centralizada, sem relação com as especificidades locais das ações em saúde não suscitaria o engajamento e apoio local, assim como as propostas oriundas de demandas locais não encontrariam suporte e viabilidade política (Kind et al., 2011).

A participação da população pautada por um enfoque crítico e reflexivo da realidade necessitaria de canais de representação que proporcionassem, de fato, influência no processo decisório em todos os níveis de gestão. Dada a conjuntura política da época, isso não teria viabilidade. Isso aconteceria porque uma

abordagem educativa, partindo do conhecimento crítico da realidade e desembocando num processo de organização da população “de tal maneira que ela possa expressar seus interesses e obter meios para influenciar decisões” (Stralen, 1976 citado por Kind et al., 2011), certamente não encontraria meios de se efetivar no contexto político autoritário e repressor a qualquer forma de organização política.

Foi a partir da articulação com os movimentos sociais urbanos que as classes populares encontraram um caminho para a participação social e política. Esses movimentos com presença forte de representantes da classe média (estudantes, intelectuais) procuraram contatos com lideranças populares, o que não apenas fomentou a emergência de laços solidários, mas também fez com que as mobilizações populares fossem assumindo a defesa de bandeiras mais amplas, como a defesa das liberdades democráticas. Nesse contexto, emergiu uma polarização entre a “participação como deveria ser”, concepção gestada na interlocução entre o meio acadêmico, ala progressista de técnicos e gestores da saúde e movimentos sociais, e a participação comunitária preconizada por organismos internacionais e guardando identificação maior com o Estado (Kind et al., 2011). Esses autores apontam que, a partir da tensão existente entre as concepções sobre os padrões de organização e assistência à saúde e das orientações político-ideológicas que embasavam esses dois pólos, a reforma e reorientação do sistema de saúde vai sendo direcionada (Kind et al., 2011).

Nesse sentido, desde a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, a participação figura não mais como um conceito adjetivado devido a mudanças conceituais, ela faz parte de um campo de disputas políticas e ideológicas entre “agências internacionais, instâncias de gestão estatal, movimentos populares, técnicos e sanitaristas” (Kind et al., 2011 p. 32). O significado da participação em saúde adquiriu novos contornos a partir do entendimento de que o processo saúde-doença é determinado pela história e pela estrutura social e compõe o quadro de reprodução social. Essa compreensão ampliava o horizonte de análise e intervenção das ações de saúde (Paim, 1997). Foi essa concepção de saúde que orientou a busca pela democratização: “Saúde é democracia e democracia é saúde” e transformou saúde num direito de cidadania, que torna a participação como condição para o seu exercício.

As reivindicações e mobilizações pela democratização e pelo direito à saúde a ser assegurado pelo Estado desembocaram na proposta do Sistema Único de

Saúde, formulado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde –CEBES – no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. Os princípios e as diretrizes desse novo sistema de saúde foram formulados e aprovados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. A Constituição Federal de 1988 incorporou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e consagrou “a participação da comunidade” como diretriz do SUS. Entretanto, na Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, o presidente Collor vetou todas as referências à participação da comunidade. Após a mobilização em defesa da participação da comunidade, encabeçada pelo Movimento Sanitário, o presidente se viu obrigado, no final do mesmo ano, a promulgar a Lei 8.142, que institucionaliza a “participação comunitária” através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

2.2 A institucionalização da participação da comunidade

A institucionalização da participação da comunidade através de Conferências e de Conselhos de Saúde em cada esfera do governo foi “resultado de um processo de transição política em que houve uma considerável mobilização pelo aprofundamento da democracia” (Stralen, 2011, p. 65). Constituir-se-iam, como novas esferas públicas, espaços participativos que colocariam fim às práticas clientelistas e a políticas excludentes, trazendo para a arena decisória aqueles que seriam afetados pelas decisões políticas. Seriam promovidas, assim, maior efetividade e responsividade das políticas de saúde às demandas da população (Stralen, 2011).

Enquanto a conferência de saúde avalia a situação de saúde e propõe diretrizes para a formulação da política de saúde,

o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (Lei 8.142, artigo 1º, parágrafo 2º)

A lei garantiu que a representação da comunidade nesses espaços fosse paritária em relação aos demais segmentos representados, ou seja: representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores. Assim, compõem os quadros dos conselhos 50% de entidades, associações e movimentos representantes de atores sociais; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% representando o governo e prestadores de serviços de saúde. Desse modo, constituem “espaços de representação institucional, [com os quais] se pretendia que o controle social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde” (Guizardi; Pinheiro, 2006, p. 799).

Cabe aqui ressaltar que o período de implantação do SUS estava inserido num contexto de agravamento da crise econômica e fiscal pelas quais passavam os países da América Latina, inclusive o Brasil, em que o ajuste econômico pelos quais passavam esses países em seus processos de redemocratização, determinou que tipo de reformas iriam compor a agenda política e econômica de reestruturação dos Estados democráticos.

As políticas econômicas de ajuste fiscal, controle de inflação e estabilidade econômica foram traduzidas em uma agenda de reformas que reduziu os gastos públicos e a ação redistributiva do Estado centralizou novamente o poder de decisão na União, bem como os recursos públicos disponíveis, desfavorecendo a “construção de políticas universais, na medida em que reduziu a capacidade do País para formular e implementar políticas mais democráticas e inclusivas de desenvolvimento” (Fleury et al., 2010, p. 447).

A provisão de bens e serviços públicos foi transferida para o mercado (Fleury et al., 2010; Fleury, 1997; Dagnino, 2004) e reduziu as possibilidades de participação na gestão das políticas públicas:

a valorização ideológica do mercado na provisão de bens e serviços sociais, reduziu o papel da sociedade civil nos processos de formulação e planejamento governamental, diminuiu a base de financiamento das políticas sociais, enfraqueceu a ação do Estado na direção dos processos socioeconômicos. (Fleury et al., 2010, p. 447)

A expectativa em torno de um Estado ativo no plano social é frustrada com as políticas de ajuste econômico que conferiram uma hegemonia ao mercado, retirando

o “Estado da missão de implementar uma democracia com justiça social” (Gerschman, 2004, p. 1.676).

Nesse sentido, Dagnino (2004) aponta que, no período de reconstrução democrática, a visibilidade e importância dos movimentos sociais talvez tenham contribuído para uma visão simplificada do que seria o processo de transformação e disputa política pelos quais passaria o País.

Grande parte dos atuais Conselhos de Saúde, oriundos da pressão de movimentos e setores sociais insatisfeitos com a forma e os modelos adotados para a gestão das políticas sociais, foram criados a partir de 1990 e induzidos pelo Ministério da Saúde, que condicionou o recebimento de verbas federais por parte dos Municípios à existência do Conselho. Estavam, portanto, inseridos em um cenário que Dagnino (2004) denominou “confluência perversa” de dois projetos políticos distintos, mas que partilham uma matriz de referências comuns.

De um lado, havia 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 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.” (Dagnino, 2004, p. 142).

A perversidade destacada pela autora reside no fato de que, mesmo detentores de visões opostas, ambos os projetos “requerem uma sociedade civil ativa e propositiva” (Dagnino, 2004 p. 142). No entanto, a utilização de referências comuns torna difícil a compreensão dos papéis atribuídos aos atores sociais e políticos, dificulta a identificação de antagonismos, tornando obscuras as diferenças presentes em cada projeto.

Uma nova gramática política se desenvolveu no País. Tratava-se de uma gramática na qual mobilizar deixou de ser uma ação reivindicante e de protesto, desenvolvidora de uma consciência crítica para se traduzir em “sinônimo de arregimentar e organizar a população para participar de programas e projetos sociais [nos quais] em vários casos, o militante foi se transformando no ativista organizador das clientelas usuárias dos serviços sociais” (Gohn, 2010 p. 42).

Isso, porém, não se tratou de um processo linear. No âmbito do SUS, permaneceu forte o discurso da saúde como direito de todos e dever do Estado e

continuava sendo dado destaque à participação e fiscalização dos usuários através das conferências e dos conselhos de saúde. Entretanto, o mercado privado de saúde avançou, favorecido pela falta de recursos de saúde para o SUS.

Em grande parte, a crise de financiamento do setor público já nasce quando o SUS foi criado, com o desmonte do Orçamento da Seguridade Social. Esse fato, desde o princípio, implicou grandes restrições ao caráter redistributivo preconizado para o sistema e, ainda hoje, figura como uma das principais dificuldades e restrições a uma assistência a saúde universal, com qualidade e equânime (Ocké-Reis, 2012).

Na primeira década do século XXI, a agenda neoliberal foi sendo esvaziada, e o investimento em políticas sociais foi sendo recuperado, principalmente com a eleição do governo Lula. Entretanto, os gastos privados em saúde têm superado os gastos públicos, que são insuficientes para a sustentação de um sistema universal e pautado pelo princípio da integralidade na assistência. As famílias com maior poder aquisitivo têm cada vez mais procurado a cobertura dos planos privados de saúde e contam, para isso, com o incentivo da renúncia fiscal promovida pelo Estado. Por outro lado, surgiram modalidades de planos que visam especificamente à população de baixa renda. E mesmo que esses planos apresentem uma cobertura limitada, têm atraído essa população. Atualmente, ainda que apresentem uma cobertura limitada, esses planos têm atraído essa população. (Ocké-Reis, 2012).

A crescente segmentação do 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.

2.3 Conselhos de Saúde: participação e representação da sociedade civil

Os Conselhos de Saúde são uma realidade presente em praticamente todo o País. Em levantamento feito por Côrtes (2011), na base de dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE (MUNIC/IBGE, 2009 citado por Côrtes, 2011), em 2009 existiam no Brasil 5.417 Conselhos de Saúde, o que equivale a uma presença em 97,3% dos municípios do País.

Contudo, há que se destacar que, na pesquisa realizada em 2011 pelo IBGE, apenas 1.900 desses conselhos se enquadravam em todos os aspectos preconizados pelos marcos legais que regulamentam o seu funcionamento. Também foi verificado nesse levantamento que, em 46 municípios, não haviam sido realizadas reuniões do Conselho nos doze meses que antecederam a pesquisa (MUNIC/IBGE, 2011).

Já existe um número grande 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., 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).

Por outro lado, 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; Perreira Neto, 2012).

Levando em conta esses aspectos, os dados apresentados pela pesquisa do IBGE, o papel central ocupado pelo Estado nos rumos e definições das políticas públicas, as desigualdades estruturais, materiais e políticas dos municípios brasileiros, a pouca tradição associativa em grande parte dos municípios, as restrições e desigualdades nas relações estabelecidas entre os entes federativos, são alguns dos fatores que torna temerária, conforme aponta Stralen (2011), a generalização sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Desde os anos de 1990 o processo de institucionalização do controle social vem sendo construído e reafirmado ao longo dos anos. O poder atribuído aos Conselhos de Saúde e seus conselheiros tem sido normatizado e ressaltado através de vários dispositivos, como as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e as Normas Operacionais do Ministério da Saúde. O caráter deliberativo que inscreve esses espaços como um fórum de decisão e não apenas de consulta em relação à política de saúde, tem sido reafirmado como estratégia para legitimar as conferências e os conselhos de saúde, assim como esses dispositivos buscam ressaltar e garantir a presença e representação dos diversos grupos e segmentos sociais (Perreira Neto, 2012; Stralen et al, 2006).

Atualmente, os conselhos de saúde são normatizados pela resolução número 453², aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em maio de 2012. Esta resolução estabelece, entre outros, que “a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”.

Abers e Keck (2008) apontam que

muitos ativistas enxergaram progresso em seus esforços contra padrões decisórios tecnocráticos, que sistematicamente excluía grupos populares. Eles viam os conselhos como meios de tornar a formulação de políticas mais *inclusivas* e mais *representativas* de interesses sociais mais amplos, o que fez com que lutassem para que tal expectativa se tornasse realidade. Apesar de estarem cientes de que outros membros de conselhos se preocupavam mais com eficiência do que com participação, eles ainda acreditavam que sua participação contribuía para que as políticas respondessem a uma gama mais ampla de interesses sociais. (Abers & Keck, 2008 p. 103 – grifos no original)

Nos conselhos estão representadas entidades e associações. Lüchmann (2011) chama atenção pela importância das associações para o aprofundamento da

² Essa resolução substitui a anterior de número 333/2003. Grosso modo, não se observa mudanças significativas na composição, organização e estrutura de funcionamento. Pode-se destacar a ampliação do número de entidades, associações e organizações da sociedade civil que podem exercer representação nos Conselhos, bem como a indicação para a renovação de seus representantes. A resolução também aponta que a cada eleição os segmentos dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviço promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas. Por outro lado, a resolução também indica que “nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”.

democracia. O associativismo possibilita a uma sociedade que se quer democrática, a inclusão de grupos mais vulneráveis, contribui para a formação de laços de confiança, cooperação e espírito público, “enriquecendo as bases da participação e da representação política nas democracias contemporâneas” (p. 143).

Contudo, Lüchmann (2011), assim como Abers e Keck (2008), chamam atenção pelo trabalho de Warren (2001) sobre o papel e a contribuição das associações para a democracia e ao fato de que a generalização dos potenciais efeitos democráticos de sua presença possa, na verdade, obscurecer e apontar práticas democráticas onde elas não existem. Assim, as associações 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).

Analisados inicialmente como novas formas de participação do cidadão em oposição à democracia liberal e na perspectiva da democracia deliberativa ou participativa, mais recente, os conselhos passaram a ser estudados sob a ótica de uma literatura que tem discutido formas alternativas de representação política (Lavalle, Castello e Houtzager, 2006a; 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).

O campo de estudos sobre formas alternativas ao modelo eleitoral de representação política apresenta um horizonte amplo e oferece contribuições de diversos autores que têm empenhado esforços teóricos e analíticos sobre essas novas formas de representação. Aqui, destacamos as contribuições de autores como Iris Young (2006) e a sua noção de representação de perspectivas sociais para a inclusão de grupos e minorias sistematicamente excluídos das esferas políticas. Como bem destaca a autora, a desigualdade socioeconômica estrutural produz e reproduz a desigualdade e exclusão política. Dessa forma, a exclusão e marginalização de grupos e indivíduos “frustra as promessas de igualdade política e de oportunidades que estão na base dos princípios democráticos (Young, 2006 p. 170). Assim, a noção de perspectivas sociais, entendidas como “ponto de vista que

os membros de um grupo mantêm sobre os processos sociais em função das posições que nele ocupam” (Young, 2006 p. 164), permitira a defesa de uma representação descritiva, uma vez que “atrela a representatividade à existência de determinadas características e experiências compartilhadas e não à defesa de um interesse específico” (Almeida, 2012 p. 13). Dessa forma, a partir de uma perspectiva social, “um representante coloca certos tipos de questões, relata certos tipos de experiência.... ou expressa um certo modo de olhar as posições de outrem” (Young, 2006 p. 167), o que significa segundo a autora promover pontos de partida para a discussão e quase nunca inferir uma conclusão sobre resultados.

Por sua vez, Dryzek e Niemeyer (2008) trazem uma proposta de representação discursiva, em que dada a pluralidade e complexidade social e a impossibilidade de representar indivíduos em sua totalidade a representação de discursos permitiria a inclusão de uma maior número de demandas e impediria a predominância de um único discurso na esfera pública

Lavalle, Houtzager e Castello (2006a) por outro lado, apresentam a noção de representação presuntiva ou virtual, em que os autores vão lançar mão do pensamento de Edmund Burke para repensar o conceito de representação, e resgatar uma dimensão subjetiva da representação através da existência de um compromisso genuíno de representação. Segundo os autores, a existência desse compromisso seria o melhor dispositivo “para garantir a autenticidade da representação” (Lavalle, Houtzager & Castello, 2006b, p. 89), ou seja, sua representatividade. Tal comprometimento, porém, não efetiva a representação. São necessários dispositivos institucionais normativos para que essa representação se efetue. Todavia, “as regras e desenhos institucionais tornam-se impotentes quando os representantes não são animados ou comovidos por um sentimento de representação” (Lavalle, Houtzager & Castello, 2006b, p. 89).

Ainda que a ideia de representação virtual defendida pelos autores, com base no pensamento de Burke, tenha sido originariamente defendida pelo seu idealizador para a ampliação do sufrágio, a defesa desse conceito de representação se faz pela relação que ele estabelece com a ideia de inclusão política. Nesse sentido, o elo estabelecido entre representação virtual e inclusão política encontraria amparo nas discussões sobre a inclusão de minorias e aprofundamento da democracia. O que por sua vez, o aproximaria da ideia de *advocacy* na medida em que ambas as

concepções se propõem a reconhecer e trazer para si o interesse de algo ou de outro e dar voz a esse interesse (Lavalle, Houtzager & Castello, 2006b).

Representar seria, portanto, tornar-se porta-voz das demandas de grupos e segmentos da sociedade que não encontrariam visibilidade através dos dispositivos tradicionais de representação política ou, no caso de políticas públicas, não seriam dotados de recursos materiais, políticos ou econômicos suficientes para terem suas demandas atendidas.

As fragilidades quanto às exigências democráticas de prestação de contas e mecanismos de sanção, são tratadas pelos autores como um problema a ser respondido pela experiência empírica, desde que a mesma se mostre propensa a um exercício reflexivo que proporcione a compreensão dessa modalidade como representação e, conseqüentemente, sugerem a “possibilidade de se pensar em uma responsividade virtual, cuja peculiaridade reside no caráter indireto dos mecanismos capazes de gerá-la” (Lavalle, Houtzager & Castello, 2006b, p.94).

De um modo geral, esses autores 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.

Uma das premissas difundidas por esses autores, é que além de corroborarem a tese de que o modelo tradicional de representação política eleitoral, mandato representativo autorizado mediante eleições, apresenta grandes limitações quanto a inclusão política, dada a pluralidade 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, conforme aponta Stralen (2011), a representatividade das entidades civis se faz presente e remete, conseqüentemente, à questão da 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). Dessa forma, o autor irá fazer referência ao estudo empírico de Lavalle, Houtzager e Castello

(2006a) que centrou atenção no compromisso representativo do representante, na sua identificação com o representado e na (auto) percepção acerca de sua representatividade (p. 47). Elaboraram uma tipologia com base em seis argumentos invocados para dar suporte à presunção de representação por parte das organizações da sociedade civil. São eles: *eleitoral*, em que a existência de mecanismos de eleição das lideranças ou diretoria evidencia a sua representatividade; *afiliação*, onde a filiação é invocada como argumento da representatividade, enfatizando a simultaneidade da gênese de ator e conteúdo a ser representado, em que entidades civis representam interesses adensados e instituídos no momento de fundação da respectiva entidade; *identidade*, a partir da coincidência subjetiva entre representante e representado; *prestação de serviços*, em que sua atuação na melhoria das condições de vida das pessoas é invocada como argumento para sua representatividade e o lócus da representação é totalmente omitido; *proximidade* com os beneficiários e *intermediação* em que a representatividade é situada com o lócus da representação e não com os beneficiários. (Lavalle, Houtzager & Castelo, 2006a).

Segundo Lüchmann (2011) as representações baseadas nos argumentos elencados pelos autores acima, apresentam formas alternativas de representação que podem ser elencadas nas seguintes modalidades: *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.

A representação política operada em espaços como os conselhos de saúde se enquadraria na modalidade *formal e coletiva*: atuações e manifestações de associações que foram autorizadas e selecionadas, de diferentes formas, para o exercício da representação (Lüchmann, 2011). Segundo a autora, essa representação aponta para uma atuação política que amplia o repertório de ação das organizações da sociedade civil. Além da “promoção de campanhas, organização de protestos, representação de interesses de grupos, comunidades, identidades.... defesa de comunidades locais ou territoriais” (Lüchmann, 2011, p. 145), a representação política nesses espaços coloca na agenda dessas

organizações a responsabilidade de tomar decisões junto ao Estado e que irão afetar um público mais amplo.

Nesses espaços existem conselheiros que são indicados ou escolhidos por entidades que contam com assentos garantidos em lei ou, então, são escolhidos por outras entidades, ao lado de conselheiros indicados para representar o Estado. Ou seja, há “segmentos distintos, vontades particulares, interesses parciais, direitos diferenciados, reconhecimento de diferenças, mas ao lado dos universalismos do Estado” (Stralen, 2011, p. 68), que também podem ser negados ou influenciados por práticas patrimonialistas favorecendo grupos privados ou decisões tecnocratas.

Conforme Lüchmann (2009), trata-se de um tipo de representação difusa, “podendo tanto ser um segmento (ou vários setores da população), quanto a própria entidade indicada para assumir representação” (p. 11). Ong’s e outras entidades, como aquelas vinculadas a uma patologia, por exemplo, podem ser escolhidas muito mais em função de sua expertise e competência do que propriamente de seu vínculo com suas bases, o que altera, como a autora indica, de forma substancial o debate sobre prestação de contas, responsividade e controle:

a composição dos conselhos conjuga, digamos, participação coletiva (auto-representação das entidades) com representação coletiva (entidades escolhidas por representarem – por critérios variados – outros setores sociais). Aqui a representação por entidades, ou organizações da sociedade civil, está difusamente ancorada na legitimidade destas organizações em promover, de diferentes formas, a defesa das variadas “causas” sociais e de demandas e interesses de grupos e setores sociais historicamente excluídos dos processos de decisão política. (Lüchmann, 2009, p. 11)

Assim, a questão da legitimidade se apresenta de forma central nos estudos e reflexões teóricas que vêm buscando lançar luz sobre a pluralização das formas de representação política, principalmente quando nos atentamos para as “especificidades dos mecanismos de autorização e de prestação de contas que, de formas diferenciadas, conformam o perfil dos representantes e os processos que dão sustentação à representação” (Lüchmann, 2009, p. 1).

Avritzer (2007), ao teorizar a representação da sociedade civil no interior dos conselhos gestores, apresenta a ideia de *representação por afinidade*. Segundo o autor, é pelo fato de que nesses espaços a representação é operacionalizada pelas organizações da sociedade civil que a especialização na temática e a experiência

adquirida no envolvimento com a mesma fazem com que os atores partícipes dessas organizações assumam a função de representantes. A origem da representação estaria na escolha entre os atores da sociedade civil no interior de suas organizações e associações (Avritzer, 2007).

São essas organizações que assumem o papel de criar as afinidades intermediárias e agregar interesses e solidariedades. E, ao assumirem esse papel, proporcionam uma representação que opera pela escolha, que se legitima “em uma identidade ou solidariedade parcial exercida anteriormente” (Avritzer, 2007, p. 458). Nesse sentido, é a relação do representante com o tema e o reconhecimento perante outros atores que atuam como ele, é que atribuem legitimidade à representação por afinidade (Avritzer, 2007).

A contribuição de Avritzer (2007) avança na possibilidade de pensar a representação política da sociedade civil institucionalizada. Contudo, conforme aponta Lüchmann (2009) a legitimidade construída por associações, ONG's e movimentos sociais, apontada pelo autor, emerge em um contexto fortemente marcado por uma ênfase no voluntariado, na solidariedade e defesa de causas públicas, do interesse público. Partir desse pressuposto, segundo a autora, seria transferir para uma justificativa moral a fonte de legitimidade, ou seja, essas organizações possuem uma pretensa legitimidade em função tanto da defesa de causas, como também pela qualificação e capacidade em atender demandas e resolver problemas.

Resgatando as considerações da autora sobre o trabalho de Warren (2001) acerca da contribuição de associações para a democracia, assim como as considerações de Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) acerca da heterogeneidade da sociedade civil e a pluralidade de interesses, objetivos e recursos de que dispõem essas organizações, a “natureza necessariamente representativa e legítima desse amplo e complexo campo de organizações sociais” (Lüchmann, 2009, p. 7) estaria desautorizada.

A representação política da sociedade civil em espaços como os conselhos, se deve ao fato de que essas organizações foram vistas como portadoras legítimas dos interesses sociais (Lüchmann, 2011). Essa ênfase na sociedade civil advém do entendimento de que seus atores “emergem em continuidade ou animados por uma conexão genuína com o tecido social... [o que] tende a dissipar a formulação de questões como em nome de quem e mediante quais mecanismos de controle e

responsividade representam as organizações” (Lavalle, Houtzager & Castello, 2006a, p. 46).

Ao atentar para o fato de que nos Conselhos as entidades da sociedade civil operam uma modalidade específica de representação, a heterogeneidade de interesses que podem ser expressos por essa via implica, conforme apontam Almeida e Tatagiba (2012), o “reconhecimento de que os atores da sociedade civil não são portadores de uma racionalidade imparcial como se encarnassem, em si, o ‘bem comum’ ou o ‘interesse público’” (p. 75 – grifo no original).

Nesse sentido, a representação conselhistas³, na definição de Lüchmann, (2011), requer a construção de equivalentes de responsividade ou justificação para além dos requisitos de autorização e *accountability* concebidos e operados em instituições democráticas de base eleitoral. É necessário, portanto, atentar para formas mais transparentes de escolha das entidades civis, envolvendo um conjunto amplo e diverso de associações, bem como para as relações e conexões estabelecidas com os representados.

A *accountability*, nesses casos, diz respeito, portanto, a um processo de justificação junto aos representados, que ocorre de forma retrospectiva. Assume, assim, um caráter público e reflexivo, constituído como um processo de prestação de contas relacional que se desenvolve no tempo por meio das conexões com os representados, apontando para as combinações entre participação e representação (Lüchmann, 2011; Almeida, 2012).

2.4 Sobre as tensões e desafios da representação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde

A composição paritária dos Conselhos de Saúde, em que metade dos conselheiros representa o segmento dos usuários, tinha como propósito assegurar que as classes populares, tradicionalmente excluídas dos processos de decisão política, pudessem participar da gestão e definição das políticas de saúde, garantindo, assim, que as mesmas se tornassem mais responsivas às demandas da população (Stralen, 2011).

³ O termo *representação conselhistas*, cunhado por Lüchmann, refere-se a essa modalidade de representação da sociedade civil ancorada em aspectos institucionais e legais que normatizam um tipo de representação voltada para a formulação de políticas públicas, e que, portanto, afetam setores sociais mais amplos (Lüchmann, 2011 p. 157).

Os impactos da presença paritária dos usuários, representados por entidades e associações da sociedade civil, no funcionamento dos Conselhos, podem ser identificados, por um lado, pelo afastamento dos representantes das entidades privadas prestadoras de serviço do cotidiano dos Conselhos. Conforme aponta Stralen (2011), por se perceberem uma minoria nesses espaços, esses atores têm tido uma presença e participação cada vez menor. Segundo o autor, essa realidade frustrou a proposta dos Conselhos em se constituírem como uma arena de diálogo e negociação entre atores envolvidos na prestação dos serviços de saúde, assim como contribuiu para que o desenvolvimento do setor privado e suas relações com o SUS se afastassem das discussões dos Conselhos.

Por outro lado, existe 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).

Em seu estudo sobre os conselhos gestores, Tatagiba (2002) apontou que, em grande parte, os conselheiros não têm sido acompanhados pelas entidades que representam. Segundo a autora, depois que são indicados ou escolhidos pelas organizações da sociedade civil, estas se afastam do cotidiano dos conselhos. Em muitos casos, inexistente um debate prévio das questões e assuntos tratados nos conselhos com essas entidades. Isso, por sua vez, tem levado a que muitos conselheiros acabem tomando decisões segundo seus próprios interesses ou, então, aderindo a propostas e posicionamentos com maior força argumentativa e influência.

Nesses casos, em que os vínculos entre os conselheiros e suas entidades são frágeis e eles encontram “pouco respaldo e acompanhamento de suas ações” (Tatagiba, 2002, p. 65), alguns conselheiros alegam representarem a si mesmos, como apontam Borba e Lüchmann (2010).

Dessa forma, os autores apontam que

o exercício da representação parece ser dinamizado à medida que o(a) conselheiro(a) está ligado(a) a organizações que tenham uma trajetória de atuação política na área e uma dinâmica interna mais participativa e mobilizadora. Já quando as organizações possuem uma identidade eminentemente corporativa, ou um foco de ação assistencialista, a tendência é uma fragilização no vínculo representativo. (Borba & Lüchmann, 2010, p. 244)

Essa é uma realidade que nos remete à dimensão associativa e o grau de associativismo local, assim como à forma como esses atores são escolhidos. A fragilidade nos vínculos entre conselheiros e suas entidades, em muitos casos, não se refere apenas à postura dos conselheiros. Está relacionada também ao declínio pelo qual passam muitas dessas entidades após o período de democratização do País. (Stralen, 2011). Entre elas se destacam as associações comunitárias. Em grande parte, essas associações se restringem a algumas lideranças e não conseguem mobilizar um número maior de pessoas.

Por outro lado, a presença de determinados atores nos Conselhos está relacionada aos vínculos políticos e com os atores estatais que essas pessoas conseguem estabelecer e não necessariamente à sua indicação pelas associações. A influência do poder público e dos próprios conselheiros na definição de quais entidades serão representadas e quantos assentos cada uma podem ocupar, acaba por restringir a participação de “grupos excluídos não organizados, ou mesmo grupos organizados, mas sem os mesmos vínculos políticos” (Coelho, 2004). Nesses casos, a ausência de determinados segmentos da sociedade civil está muito mais relacionada, conforme aponta a autora, à publicidade dos Conselhos e o processo de seleção que vem sendo praticado do que à ausência de associações civis interessadas em participar dos Conselhos.

Outro aspecto apontado por Tatagiba (2002) e Lüchamnn (2011) é a sobrecarga que a representação política nos conselhos pode gerar para as organizações da sociedade civil. Esse novo papel de representação política institucionalizada ampliou e trouxe complexidade ao repertório de ação política dessas organizações, o que tem gerado tensões e sobrecarga na capacidade de promover uma representação democrática. Muitas associações, com a abertura de conselhos em diferentes políticas setoriais (saúde, educação, habitação, etc.), se lançaram a ocupar esses espaços e, como uma das consequências disso, constata-se a presença de um mesmo representante em diversos conselhos gestores, o que

“acaba provocando uma espécie de monopólio da representação que impede uma maior pluralização da atuação coletiva” (Lüchmann, 2011, p. 168). Por outro lado, a representação política nos conselhos requer a presença de associações voltadas à promoção de interesses públicos, que disponham de recursos como tempo, informação e conhecimento, o que pode acarretar tanto a presença de associações que disponham desses recursos, mas sem representatividade, como também a exclusão de outras mais atuantes e que possam estabelecer maiores conexões com setores marginalizados, mas que “sofrem os efeitos da representação institucional dados pela sobrecarga da dupla atuação nos campos da participação e representação” (Lüchamann, 2011, p. 165).

Ainda que as organizações da sociedade civil tenham contribuído sobremaneira para a reconfiguração da representação política, “nada diz a respeito de suas consequências positivas ou negativas para a qualidade da democracia” (Lavalle, Houtzager & Castello, 2006a, p. 59). Na ausência de mecanismos de sanção e controle, ambivalências entre o público e privado podem se fazer presentes nas ações dos representantes, assim como a concessão de benefícios e outras velhas práticas políticas comuns ao contexto brasileiro.

Com base em um estudo sobre conselhos de saúde no Mato Grosso do Sul e Goiás, Stralen e colaboradores (2006) apontam que a presença de determinados atores nessas instâncias também está relacionada à capacidade de organização e mobilização de recursos que algumas entidades possuem em detrimento de outras menos estruturadas, como também, a uma “profissionalização” de alguns conselheiros, identificada pela baixa rotatividade e crescente distanciamento entre representantes e representados. É preciso destacar também que, como espaços em que decisões políticas são tomadas acerca da definição sobre a alocação de recursos, contratação de serviços, aprovação de relatórios e planos municipais, por exemplo, os mais diversos interesses políticos se fazem presentes e entram em disputa.

Perreira Neto (2012) aponta como o cotidiano desses espaços tem sido atravessado pela cultura política tradicional, patrimonialista e excludente, em que particularismos, cooptação e trocas de favores fazem parte do dia a dia das ações de muitos conselheiros. Em uma pesquisa que envolveu os Conselhos Municipais de três capitais do País (Recife, Porto Alegre e Rio de Janeiro), o autor observou que as disputas a uma vaga para conselheiro, em alguns casos, não diz respeito a

questões relacionadas ao SUS e à saúde, mas, sim, à disputa por poder e acesso a um espaço que pode servir de plataforma para ganhos e vantagens políticas que vão desde o interesse em cargos e disputas eleitorais ao legislativo até o favorecimento e ganhos econômicos pessoais. Nesse sentido, são identificadas práticas que vão desde a concessão de benefícios, troca de favores entre entidades com representação nos conselhos e políticos locais, intermediação de exames e consultas até cobrança financeira, por parte de conselheiros, para a realização de procedimentos na rede pública, renovando e resignificando práticas políticas tradicionais como clientelismo e patrimonialismo.

Levando-se em conta a inexistência de mecanismos de sanção e controle, um desenho institucional vago e impreciso quanto à autorização e prestação de contas, a responsabilidade da ação acaba por recair mais na boa vontade do representante ou da forma como se estabelecem os vínculos entre entidade e conselheiro do que pautada por mecanismos institucionais (Borba & Lüchmann, 2010; Miguel, 2011). Por sua vez, em contextos marcados por uma baixa cultura associativa ou diante das fragilidades de muitas associações, a representatividade dos conselheiros não é um produto linear da representatividade de suas associações. Nesses casos, são os próprios conselheiros que constroem sua própria representatividade a partir da utilização de diversos recursos como intermediação e prestação de serviços, proximidade e identificação (Stralen, 2011, p. 72). Nem todos obtêm êxito na construção de sua representatividade e agem, assim, de acordo com seus interesses e conveniências. Por isso:

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)

Portanto, a própria legitimidade dessa instância diante da sociedade, “está intimamente associada a sua capacidade de obter uma audiência mais ampliada que vá além dos atores diretamente envolvidos com a produção da política” (Almeida & Tatagiba, 2012, p. 76). Nesse sentido, o desafio frente ao novo contexto no qual se

insere a legitimidade democrática, é buscar compreender “em que medida a representação da sociedade civil.... transforma o modo de pensar e praticar a representação no que tange aos atores que representam, ao conteúdo apresentado e à relação entre representantes e representados” (Almeida, 2011, p. 241) e assim, identificar como e se essas experiências têm contribuído para a democratização de espaços como os Conselhos, bem como da política de saúde e promovido maior inclusão política e social.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente, os estudos sobre as Instituições Participativas no Brasil (em especial os conselhos gestores), 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. Nesse momento, 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).

Posteriormente, com a ampliação do foco de análise, novos estudos buscaram estabelecer relações entre a efetividade dos conselhos e aspectos institucionais, tais como organização e funcionamento das instâncias participativas e privilegiaram a apreensão dos conselhos como canais de interlocução entre Estado e sociedade civil. Enquanto a maioria desses estudos privilegia fatores endógenos da efetividade, estudos mais recentes procuram incorporar fatores exógenos (Almeida & Cunha, 2011).

A criação de conselhos gestores no campo da saúde 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.

Por sua concepção, os conselhos de saúde são 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. Dessa maneira, a qualidade do processo deliberativo, assim como o desenho institucional e o contexto em que se inserem essas instâncias apresentam-se como

dimensões de análises que, combinadas, apontam melhor compreensão das variáveis que sobrevivem seus processos institucionais (Almeida & Cunha, 2011).

A visão normativa tem influenciado grande parte dos estudos sobre conselhos, desembocando ora numa visão otimista, ora pessimista desses espaços. Dessa forma, Côrtes (2009) tem questionado as análises que privilegiam como parâmetro analítico “as regras legais que estabelecem que neles ‘devem’ ser tomadas as principais decisões políticas relativas à área social a que estão afetos” (Côrtes, 2009, p. 20 – grifo no original). Nesse sentido, a autora aponta que estudos a partir dessas abordagens acabam por chegar a conclusões que se concentram no fato de serem ou não deliberativos, como também no fato de apontarem que as decisões podem ocorrer fora desses espaços. Dessa forma, ainda que se possa constatar a permanência de práticas clientelistas, comportamentos autoritários e patrimonialistas, não abrange a compreensão das mudanças operadas nas relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil a partir dessas instâncias.

Assim, 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).

As inovações institucionais no País transformaram as relações entre Estado e sociedade e, como uma de suas consequências, suscitar 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).

Em grande parte, as análises que buscaram lançar luz sob esse processo de transformação democrática atribuíram ênfase à participação do cidadão e restringiram uma discussão mais ampla sobre esse processo de transformação. Instituições como os conselhos foram vistas, 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 do cidadão obliterou um dos principais problemas por que passam atualmente os Conselhos, assim como seus conselheiros, ao serem questionados sobre suas ações: a representatividade e legitimidade das organizações e entidades da sociedade civil que compõem os quadros dos Conselhos. Diante dessa realidade, pergunta-se: quem as organizações e entidades que participam dos quadros dessas instâncias estão representando? Em que medida a presença de determinadas associações compondo os quadros desses espaços têm contribuído para inclusão política? (Castello et al., 2009).

Essas são perguntas que emergem à medida que se constata “efeitos não-democráticos da representação política de entidades civis” nos conselhos (Stralen, 2011, p. 72). O autor 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.

Outros 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, 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 a democracia participativa ou deliberativa (STRALEN, 2011).

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: Quem são esses representantes e como se tornaram conselheiros? Quem estão representando, ou como se relacionam com suas entidades? Como os atores que atuam como representantes nos Conselhos interpretam esse papel? De que forma avaliam e observam a atuação do Conselho Municipal de Saúde? Esses questionamentos se constituíram para nós como problemas de pesquisa pertinentes a serem investigados e nortearam a construção de nosso objeto de pesquisa, a saber: os sentidos da representação política para conselheiros de saúde representantes da sociedade civil.

3.1 Sobre o campo de pesquisa

Elegemos como campo de pesquisa o Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei, instituído pela Lei Municipal nº 2.784, de dezembro de 1991, e alterado pelas leis nº 0197/1997 e nº3.571/2000, tendo, portanto, 22 anos de existência. A opção por esse Conselho de Saúde levou em conta o fato de ser um Conselho instituído no contexto em que a legislação federal atrelou o repasse de verbas federais à existência dos Conselhos Municipais, por estar inserido em um município de médio porte populacional, com 84.469 mil habitantes⁴. Também foram levados em consideração a experiência anterior do próprio pesquisador, durante o período de graduação em Psicologia pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), na qual teve contato com a realidade desse Conselho. Tratou-se de um estágio em extensão universitária em que, durante um ano, foram acompanhadas as atividades desenvolvidas por este Conselho. Em grande parte, muitas das observações e considerações feitas na época foram também abordadas por Stralen et al. (2010) quando analisaram a experiência das Conferências e Conselhos neste e em mais 11 municípios de Minas Gerais, e apontaram, por exemplo, a presença de constrangimentos por parte do executivo local às ações do Conselho e ao isolamento dessa instância no contexto político local

⁴ Fonte: IBGE, 2010

3.2 Breve caracterização do Município de São João del Rei

Histórico Município de Minas Gerais, São João del Rei⁵ está situada na região dos Campos das Vertentes. Tem suas origens no final do século XVII, quando se constituiu num importante ponto de ligação entre os Sertões de Caeté e a região das minas do Carmo, Ouro Preto e Sabará. Já no início do século XVIII, com a descoberta de reservas de ouro no município, cresce a migração para o Arraial Novo do Rio das Mortes. Em 08 de dezembro de 1713, a Vila recebe o nome de São João del Rei em homenagem ao rei português D. João V e, em 1838, é alçada à condição de Município. A construção da estrada de ferro entre os anos de 1870 e 1880 trouxe imigrantes italianos, que se dedicaram à agricultura, e posteriormente alguns imigrantes sírios que se dedicaram ao comércio. Segundo a divisão administrativa vigente, o Município é composto dos distritos de São João del Rei (sede), Arcângelo, São Gonçalo do Amarante, Emboabas, Rio das Mortes e São Sebastião da Vitória. Atualmente suas principais atividades concentram-se no setor de serviços, indústria e agropecuária. Em 1986, a partir de um decreto do então presidente José Sarney, foi instituída a Fundação de Ensino Superior de São João del Rei – FUNREI, mais tarde, em 2002 a Fundação foi transformada em Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).

Com relação à assistência à saúde, o município conta com 15 Unidades Básicas de Saúde, que garantem uma cobertura de 53,36% da população, 12 equipes de Saúde da Família e 76 Agentes Comunitários de Saúde, que cobrem, respectivamente, 48,50% e 51,20% da população. Existe no município apenas uma equipe de saúde bucal, o que garante cobertura de apenas 4,04% da população. Existem também no Município dois Hospitais Gerais, filantrópicos, mas que prestam atendimento ao SUS, além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (DATASUS, 2013).

3.3 Sobre os procedimentos da coleta e análise dos dados

As análises da ação dos conselhos e seus conselheiros são fortemente influenciadas, de um lado, pelos pressupostos teóricos e, de outro lado, pelos

⁵ Fonte: IBGE, 2010.

métodos e técnicas de coleta de dados. Os pressupostos teóricos em geral baseiam-se em teorias de democracia participativa ou de democracia deliberativa. Esses pressupostos tendem a negligenciar a imbricação de concepções de cidadania e direitos universais com práticas de clientelismo e de favorecimento. Os métodos e as técnicas de coleta de dados variam em geral de *surveys* e análises de atas para entrevistas semiestruturadas com conselheiros. Os resultados dos *surveys* são frequentemente atravessados pelo discurso dominante sobre conselhos de saúde que cada vez mais tem se difundido no meio de conselheiros. A análise de atas tende a privilegiar decisões tomadas pelos conselhos e resoluções, o que faz com que se atribua um grande poder decisório aos conselhos, enquanto muitas vezes as “decisões” são condicionadas ou induzidas pelo poder executivo. O uso de entrevistas corre o mesmo risco do uso de *surveys*, ainda que em grau menor.

Dada a delimitação do nosso objeto e as considerações anteriores, optamos pelos recursos da pesquisa qualitativa por entendermos esta abordagem como aquela capaz de nos permitir entender como esses atores interpretam suas ações e experiências e como o contexto no qual estão inseridos influencia na construção de seus discursos, conceitos e práticas (Minayo, 2010). Nesse sentido, o uso de entrevistas narrativas aparece como um recurso metodológico mais profícuo.

Como destacado por Flick (2009), as entrevistas narrativas surgem como uma alternativa pertinente uma vez que se pretende acessar experiências subjetivas e abordar o mundo empírico estruturado dos sujeitos entrevistados. Além disso, a reconstrução narrativa de trajetórias de atores com militância e engajamento político tem sido apontada por autores como Fillieule (2001), Oliveira (2010) e Seidl (2009) como um recurso que melhor permite acessar os quadros de sentidos, concepções e interpretações da ação política, elaborados por esses atores, trazendo-os à tona a partir de suas próprias experiências.

Utilizamos, para este estudo, as entrevistas realizadas no contexto da pesquisa *Discursos e práticas políticas de conselheiros e vereadores no contexto da política de saúde*⁶. Essas entrevistas de natureza narrativa visavam à trajetória de participação política de conselheiros e vereadores.

⁶ Pesquisa realizada sob a coordenação do Professor Cornelis Johannes van Stralen, que contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da FAPEMIG e foi realizada em 12 municípios mineiros.

Para a análise do material das entrevistas e tendo em vista o objeto desse estudo, ou seja, compreender os sentidos da representação política para conselheiros de saúde representantes da sociedade civil, elegemos entre as abordagens da análise de conteúdo, a análise temática (Jovchelovitch & Bauer, 2002). Considerando o objeto da pesquisa, definimos como categorias de análise dos dados: (a) trajetória de participação do conselheiro na política de saúde; (b) interpretações sobre representação política; (c) relação dos conselheiros com suas entidades; (d) relações com o gestor municipal; (e) papel atribuído ao conselho; (f) avaliação dos conselheiros sobre o Conselho Municipal de Saúde.

Além das entrevistas, recorreremos, como fonte de informação complementar, as resoluções produzidas pelo Conselho no ano de 2012, enfocando os temas e a relação com a política de saúde do município, a observação de reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizadas no período entre abril a outubro de 2012 num total de 5 reuniões, enfocando o funcionamento interno do Conselho, a participação da população e a dinâmica de interação entre os conselheiros.

3.4 Sobre os sujeitos de pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa, no Município de São João del Rei, todos os conselheiros representantes de associações, movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Ao todo, seis conselheiros concordaram em participar das entrevistas⁷. As entrevistas foram realizadas em locais públicos (como espaços da Universidade Federal de São João del Rei e as sedes das associações) ou na residência dos entrevistados. A escolha do local ficou a critério dos entrevistados. Essas entrevistas ocorreram entre os meses de outubro e dezembro de 2012. Foram feitas duas entrevistas com cada um dos conselheiros com um intervalo de aproximadamente 2 meses entre a primeira e a segunda entrevista.

⁷ Com relação a participação dos sujeitos de pesquisa, cumpre destacar a dificuldade encontrada em São João del Rei para que participassem da pesquisa. Como no ano de 2012 ocorreram eleições municipais, alguns conselheiros, como o presidente do Conselho, por exemplo, pediram afastamento das atividades do Conselho durante o período eleitoral devido ao seu envolvimento nas eleições e alguns se recusaram a dar entrevistas durante esse período. Após o período eleitoral e término do afastamento dos conselheiros, novas tentativas de contato foram feitas, alguns concordaram e concederam a entrevista. Outros não responderam ou não compareceram no dia e horários combinados. Os convites para as entrevistas foram feitos através de contato telefônico, nas reuniões do Conselho ou via e-mail.

3.4.1 Breve caracterização dos sujeitos de pesquisa

De um modo geral, a experiência de participação política desses atores está vinculada a movimentos comunitários, sindicatos e partidos políticos. A partir da participação nesses movimentos e associações, eles tomaram conhecimento e passaram a participar do Conselho de Saúde. Todos são homens, apenas um deles tem menos de 50 anos. Com exceção de um conselheiro que ainda está no seu primeiro mandato, todos já vêm atuando no conselho há mais de seis anos. Na tabela a seguir estão divididas as informações sobre cada um dos entrevistados. Os nomes dos entrevistados foram suprimidos e substituídos por outros fictícios. Eventuais nomes que apareceram durante as entrevistas foram suprimidos.

Tabela 1 – Caracterização dos conselheiros entrevistados

Nome fictício	Idade	Profissão	Tempo como conselheiro	Entidade/segmento que representa
TOMÉ	55	Aposentado	07 anos	Associação de Moradores
JOÃO	71	Aposentado	12 anos	Associação dos Aposentados
TADEU	57	Técnico de Segurança	10 anos	Associação de Moradores
PAULO	54	Ferrador	08 anos	Sindicato dos Trabalhadores
FILIPE	66	Empresário	+/- 10 anos	Sindicato/Associações Patronais
TIAGO	30	Projetista	1 ano e 6 meses	Movimento Estudantil

Fonte: Elaborada pelo autor.

3.5 Sobre as limitações do estudo

Nosso estudo abrange um único Conselho de Saúde em um município mineiro de médio porte, em que apenas a trajetória política de seis conselheiros foi investigada. Nessa perspectiva, trata-se de um estudo de caso e, portanto, as análises e conclusões não poderão ser generalizadas. Buscamos aprofundar a

compreensão da representação da sociedade civil nos conselhos de saúde a partir das trajetórias de participação política e da percepção dos conselheiros sobre a seu papel no conselho. Nesse sentido, a análise que empreendemos transcende o local, pois as estruturas e as gramáticas políticas que marcam a política no Brasil se revelam também na atuação de conselheiros de saúde.

4 OS CONTORNOS DA POLÍTICA DE SAÚDE: OS DESAFIOS COTIDIANOS DA ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Neste capítulo abordaremos aspectos que incidem no funcionamento do Conselho de Saúde e que podem contribuir para que a representação nesses espaços se torne democrática. Elementos como a institucionalização e estrutura organizativa, a dinâmica de funcionamento interno, a existência de uma rede associativa local e os projetos governamentais são alguns dos aspectos que aparecem na literatura como determinantes para o funcionamento dos conselhos e que podem contribuir para maior inclusão política e social nesses espaços.

Diversos dos problemas enfrentados no cotidiano dos conselhos foram sistematizados por Labra (2006) e dizem respeito a: *publicidade do conselho e de suas ações; participação da comunidade; papel atribuído ao conselho; dinâmica de funcionamento interno; relação com o gestor e projeto político governamental; composição*. Tomaremos como referência a sistematização apresentada pela autora para discutirmos (com base nas observações realizadas, nos documentos elaborados pelo Conselho e nas entrevistas realizadas com os conselheiros) os desafios e dificuldades enfrentadas no cotidiano do Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei.

4.1 O Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei

O Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei⁸ foi instituído pela Lei Municipal nº 2.784 de dezembro de 1991 e alterado pelas leis nº 0197/1997 e nº3.571/2000. Tem, portanto, 22 anos de existência e funciona de acordo com as diretrizes de seu Regimento Interno, aprovado pelo plenário do Conselho em junho de 2005.

Com relação à sua estrutura organizacional, compõem a estrutura administrativa do Conselho seu plenário, comissão executiva, secretaria executiva e comissões. As reuniões ordinárias, tanto do Conselho como de sua Comissão Executiva, estão previstas a acontecerem uma vez por mês. O Conselho é composto

⁸ As informações sobre a regulamentação e funcionamento do Conselho foram obtidas através do Regimento Interno e do Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde de São João del Rei, ocorrida em abril de 2011.

por 12 conselheiros representantes dos usuários, 6 representantes dos trabalhadores e 6 representantes de entidades governamentais e prestadores de serviço. A cada um desses representantes corresponde um suplente também eleito pela conferência, perfazendo um total de 48 conselheiros titulares e suplentes. As definições sobre essa composição estão estabelecidas no Regimento Interno do Conselho Municipal.

O presidente, vice-presidente e secretário do Conselho são eleitos entre os membros do conselho, assim como a Comissão Executiva, que será presidida pelo Presidente do Conselho. Com relação à Comissão Executiva, sua composição segue as diretrizes da paridade entre os membros do Conselho e é composta por um total de 6 conselheiros. Caso o Secretário do Conselho não faça parte da Comissão Executiva, ele deve acompanhar as reuniões da mesma, todavia sem direito a voto. Entre suas atribuições, está a definição da pauta das reuniões do Conselho, acompanhamento e supervisão das deliberações efetuadas pelo Conselho, encaminhamento das questões administrativas e legais de competência do Conselho e planejamento (a cada 6 meses) da agenda de reuniões ordinárias do Conselho e da própria Comissão. Quanto às reuniões extraordinárias, existe a prerrogativa de convocação pela planária do Conselho, desde que feita por requerimento de 50% mais um dos conselheiros. A previsão de realização da Conferência Municipal está vinculada ao período de mandato dos conselheiros, ou seja, a cada dois anos.

As entidades que podem exercer representação no Conselho seguem as definições estabelecidas pela Resolução nº 453/12. Desse modo, o número de cadeiras destinadas segue a paridade proposta e está definido conforme pode ser observado no Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Distribuição dos conselheiros por segmento e entidade representada

Segmento	Entidades Representadas	Titulares	Suplentes	Total
	4 representantes de Associações de Moradores	4	4	8
Usuários	2 representantes de Sindicatos de Trabalhadores Urbanos	2	-	2
	1 representante dos Sindicatos patronais e das Associações	1	1	2

	de Profissionais Liberais			
	1 representante da Associação Sanjoanense dos Portadores de Deficiência – ASPD	1	1	2
	1 representante da Sociedade São Vicente de Paulo	1	-	1
	1 representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas – ASAP	1	-	1
	1 representante dos Estudantes – UMES/DCE	1	1	2
	1 representante de Movimentos Populares e ONG's	1	1	2
	Total usuários	12	8	20
	1 representante dos trabalhadores federais da saúde (SINTSPREV)	-	-	-
	1 representante dos trabalhadores municipais da saúde (SINDSERV)	1	1	2
	1 representante dos trabalhadores estaduais da saúde (SINDSAÚDE)	1	1	2
Trabalhadores	2 representantes dos trabalhadores conveniados ao SUS, Hospitais, Clínicas, Laboratórios, Consultórios, etc. (SINTRAS)	2	2	4
	1 representante dos trabalhadores da esfera federal, estadual e municipal, eleito pelos mesmos	1	1	2

	Total trabalhadores	5	5	10
	2 representantes da Secretaria Municipal de Saúde	2	2	4
	1 representante da Secretaria Estadual de Saúde (através da indicação da Diretoria Regional de Saúde – DRS)	1	1	2
Entidades prestadoras de serviço e governo	1 representante dos Hospitais privados e clínicas conveniadas ao SUS, indicados de comum acordo com os prestadores	1	1	2
	1 representante dos Laboratórios conveniados ao SUS, indicados de comum acordo com os prestadores	-	-	-
	1 representante das demais entidades privadas que prestam serviço ao SUS (APAE/APADEQ)	1	-	1
	Total prestadores e governo	5	4	9
	Total de conselheiros	22	17	39

Fonte: Elaborada pelo autor a partir do Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde de São João del Rei

O Conselho Municipal de Saúde tem respeitado e se adéqua à diretriz que trata da paridade dos seus representantes. Contudo, algumas considerações presentes no relatório da conferência merecem destaque, uma vez que nem todas as cadeiras foram ocupadas por representantes e algumas mudanças no quadro de conselheiros ocorreram no decorrer da pesquisa.

Com relação ao segmento dos usuários, as duas vagas reservadas aos representantes de Sindicatos de Trabalhadores Urbanos só foram ocupadas pelos seus titulares, nenhum outro sindicato, ou mesmo os sindicatos que ocuparam a vaga de titular, apresentou representantes para ocuparem as vagas de suplente.

Sobre os representantes dos Sindicatos Patronais e das Associações de Profissionais Liberais, apenas a Associação Comercial e Industrial de São João del Rei (ACI del Rei) apresentou candidatos ao Conselho, ocupando, assim, as vagas de titular e suplente.

Os representantes, titular e suplente, da vaga ocupada pela Associação Sanjoanense dos Portadores de Deficiência (ASPD) estavam, desde o início da pesquisa, afastados por problemas de saúde e nenhum outro representante havia sido indicado durante a realização da pesquisa. O representante da Sociedade São Vicente de Paulo foi destituído por essa associação durante a realização da pesquisa e nenhum outro representante ocupou o seu lugar até a realização deste estudo, uma vez que a vaga para suplente também não havia sido preenchida durante a conferência. Antes do início da pesquisa de campo, o representante titular da Associação dos Aposentados e Pensionistas (ASAP) passou a ocupar a suplência, sendo substituído por outro conselheiro.

Com relação à presença do movimento estudantil no Conselho, sua representação é exercida por duas entidades: 1) A União Municipal dos Estudantes (UMES), entidade de representação dos estudantes do ensino fundamental, médio, técnico e supletivo, que representa alunos matriculados em escolas do Município, assim como na Região dos Campos das Vertentes em municípios que não possuam entidades representativas do movimento estudantil e que quiserem se filiar à entidade; e 2) o Diretório Central dos Estudantes (DCE), que, por sua vez, é a entidade de representação dos estudantes universitários da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Segundo o conselheiro entrevistado, representante da UMES, existe um acordo firmado entre essas entidades no qual, a cada Conferência Municipal em que são escolhidos novos conselheiros, essas entidades alternam a indicação de conselheiros titular e suplente.

Com relação ao segmento dos trabalhadores, apenas as vagas destinadas aos trabalhadores federais da saúde (representados pelo SINTSPREV – Sindicato dos Trabalhadores em Seguridade Social, Saúde, Previdência, Trabalho e Assistência Social em Minas Gerais) não tiveram representante.

Sobre o segmento das entidades prestadores de serviço e do governo, as vagas destinadas aos Hospitais privados e clínicas conveniadas, apenas um dos hospitais de São João del Rei apresentou representantes, ocupando, assim, as vagas para titular e suplente. Os Laboratórios conveniados aos SUS também não

indicaram representante. No decorrer da pesquisa de campo, essa vaga foi ocupada por um representante da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)⁹. E, por fim, das demais entidades privadas que prestam serviço ao SUS, somente a vaga de titular foi ocupada por um representante da APAE. Todavia, a Associação dos Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos (APADEQ) indicou, posteriormente, um representante ao conselho. Contudo, antes do início da pesquisa de campo, esse conselheiro também foi destituído por essa Associação. Posteriormente, esse mesmo conselheiro substituiu o conselheiro titular da ASAP, no segmento dos usuários, passando a representar essa Associação no Conselho.

Como pode ser observado, verifica-se uma ausência e consequente sub-representação das entidades prestadoras de serviço no Conselho Municipal de São João del Rei. Tal ausência nos conselhos de saúde não é fato novo e já vem sendo discutida pela literatura (Gerschman, 2004; Labra, 2005, 2006; Stralen et al., 2006; Stralen, 2011). Tradicionalmente, como apontam esses estudos, os prestadores de serviço têm optado por negociar seus contratos e convênios diretamente com os gestores municipais ao invés de submeter suas propostas aos conselhos. A ausência de representação dos conselhos em espaços como as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) têm contribuído para essa realidade e feito com que essas assumam um lugar “onde se tomam as decisões ‘reais’ devido ao peso político e preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas da gestão” (Labra, 2006, p. 212 – grifo no original).

Em São João del Rei, as dificuldades enfrentadas pelos conselhos de saúde quanto à ausência das entidades prestadoras de serviço pôde ser constatada, por exemplo, em uma das reuniões que observamos, a qual teve como um de seus pontos de pauta esclarecimentos sobre os contratos assinados pela Secretaria de Saúde junto aos hospitais do Município. Nessa oportunidade, os conselheiros questionaram o secretário de saúde pelo fato de esses contratos terem sido assinados sem que tivessem sido discutidos previamente com o Conselho. Na ocasião, o secretário informou se tratar de contratos estabelecidos no âmbito do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde e que se tratava de uma decisão tomada através da CIB. Contudo, os conselheiros continuaram questionando a postura do gestor em não encaminhar

⁹ Em São João del Rei, a UPA é gerida e administrada pela Fundação de Apoio ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

essas discussões, mesmo que as decisões fossem tomadas no âmbito da CIB, para deliberação do Conselho.

É importante destacar que não só a ausência das entidades prestadoras de serviço nos Conselhos de Saúde tem contribuído para que decisões importantes sobre a política de saúde dos municípios sejam tomadas sem que esses órgãos participem dessas decisões, mas também a postura do executivo local pode contribuir muito para que esses espaços sejam cada vez mais esvaziados.

Para Stralen (2011), essa é uma realidade que remonta à própria reforma do sistema de saúde e guarda relação com a inscrição da paridade na formatação dos Conselhos. Segundo o autor, a proposta de paridade do segmento dos usuários em relação aos demais nos Conselhos de Saúde, (influência direta do Movimento Sanitário que, mesmo de forma não consensual, inscreveu-a a fim de garantir a inclusão de grupos tradicionalmente excluídos das definições sobre a gestão da política de saúde) é um dos fatores que contribuíram para o afastamento dos representantes de prestadores privados dos conselhos. Por se perceberem uma minoria nessa instância, já não participaram, em sua grande maioria desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e não têm se destacado como participantes ativos dos conselhos (Stralen, 2011, p. 66). Dessa forma, um dos pressupostos que se tinha quando da criação dos Conselhos de Saúde, qual seja, o de se efetivar enquanto uma arena de diálogo e negociação, envolvendo os diversos grupos de interesse na prestação de serviços de saúde, tem sido inviabilizado pela postura de entidades privadas conveniadas ao SUS, bem como por alguns gestores.

Com relação às vagas destinadas à sociedade civil no segmento dos usuários, das doze vagas a que tem direito à representação no Conselho, em oito podemos aventar a possibilidade de um processo de disputa e renovação dos conselheiros, pois são aquelas em que não estão pré-definidas quais entidades irão exercer essa representação. Levando-se em conta a trajetória desses conselheiros, o fato de que alguns deles transitam entre essas entidades, ora representando uma associação de bairro, ora representando uma entidade de aposentados e pensionistas, sindicatos, entre outras. Além disso, com o fato de estarem, em sua maioria, exercendo essa função há mais de sete anos, esse potencial se mostra fortemente comprometido. Esse problema também é encontrado nas outras quatro vagas em que os representantes da sociedade civil são indicados pelas entidades com representação já definidas. Com exceção de um conselheiro que está no seu

primeiro mandato, todos os outros já estão no Conselho representando essas entidades há mais de sete anos, ora na suplência, ora como titulares.

Outro aspecto que nos chamou atenção no relatório da Conferência Municipal em que foram escolhidos os conselheiros entrevistados para este estudo é que no mesmo não consta nenhuma informação sobre como se deu este processo. Não há nenhum dado a respeito das entidades, delegados e demais pessoas presentes durante a Conferência, apenas a listagem de conselheiros identificados por segmento e entidade representada.

4.1.1 Funcionamento interno

Abordaremos nessa seção aspectos que têm interferido no funcionamento do conselho, como a dinâmica das reuniões, a participação e o quórum das reuniões, a existência de conflitos entre os conselheiros, a existência e funcionamento de comissões, entre outros.

As reuniões ordinárias do conselho de saúde em São João del Rei ocorrem sempre na última quarta-feira de cada mês, com primeira chamada às 18:30 horas e segunda chamada às 19:00 horas. As reuniões extraordinárias têm sido convocadas, em sua grande maioria, quando a pauta da reunião ordinária não foi esgotada ou quando não houve quórum para a reunião anterior agendada. Um fato que nos chamou atenção quanto ao horário de início das reuniões, é que, apesar de a primeira chamada estar estipulada para às 18:30 horas, os conselheiros, em sua grande maioria, sempre chegam às 19:00 horas, isso porque esse era o horário em que, tradicionalmente, as reuniões começavam. Como os conselheiros só chegavam por volta de 19:30 horas, na segunda chamada, e a reunião acabava ultrapassando as 22:00 horas, a secretaria executiva do conselho modificou a primeira chamada para as 18:30. Essa medida tem feito com que as reuniões não ultrapassem mais as 22:00 horas, mas as reuniões quase nunca começam na primeira chamada devido à falta de quórum. Os conselheiros, em sua maioria, somente chegam para a reunião após as 19:00 horas. Outro fato curioso é que todas as reuniões começam com a realização de uma oração. A grande maioria acompanha a realização das orações, mas alguns poucos apenas se colocam de pé em sinal de respeito sem participarem do ato.

Já na primeira reunião que observamos do conselho em São João del Rei, no dia 25 de abril de 2012, dois aspectos do funcionamento do conselho nos chamaram a atenção. O primeiro foi com relação ao quórum para a reunião, que só se realizou após debate entre os presentes, uma vez que o quórum necessário foi formado quase uma hora após o prazo para a segunda chamada. O segundo foi com relação a um dos pontos de pauta definidos para aquela reunião e que ocuparia a agenda do conselho por pelo menos mais três reuniões: a leitura e aprovação de atas. Desde junho de 2011, o conselho não tinha lido e aprovado nenhuma de suas atas. Esse assunto havia sido discutido em reuniões anteriores, nas quais a plenária do conselho decidiu fazer a leitura e aprovação dessas atas, mas gerou um longo debate por parte dos conselheiros presentes sobre quem deveria votar e sobre a ausência de conselheiros que estavam presentes nas reuniões e não se encontravam na reunião em que seria aprovada a ata. Alguns alegaram não se lembrar mais do que haviam dito na época ou seu posicionamento quanto aos temas debatidos. Mesmo havendo essas alegações, os conselheiros formaram consenso e decidiram votar a aprovação das atas. Ao longo da pesquisa, a leitura dessas atas ocupou grande parte das reuniões do conselho, esse fato foi identificado pelos conselheiros e eles chegaram à conclusão de que deveriam agendar reuniões somente para aprovação dessas atas, visto que assuntos mais importantes, segundo eles, estavam deixando de ser tratados nas reuniões. Isso não surtiu muito efeito, visto que, já na primeira reunião extraordinária agendada somente para a leitura dessas atas, não houve reunião por falta de quórum.

Com relação ao quórum das reuniões, em nenhuma das que acompanhamos estiveram presentes todos os membros do conselho. Somente em uma delas esse número chegou a 20 conselheiros, na maioria delas a presença ficou em torno de 14 a 15 membros, sendo que o quórum mínimo exigido é de 13 membros presentes. Em uma dessas reuniões, nos chamou a atenção o fato de ter sido encerrada antes de serem tratados todos os assuntos da pauta por falta de quórum. Não havia mais membros suficientes para a tomada de decisões ou aprovação de qualquer ação, já que alguns conselheiros que haviam assinado a lista de presença já não estavam mais presentes. Nesse momento, o presidente fez um apelo à comissão executiva para que esta atentasse ao cumprimento do regimento quanto à ausência sem justificativa por parte dos conselheiros. Para ele, o número de faltas sem justificativas por parte de alguns conselheiros já havia sido atingido e cabia ao

conselho cumprir o regimento interno e comunicar às entidades representadas a necessidade de substituição desses conselheiros. Segundo o presidente do conselho, há anos essa regra não estava sendo observada pelo conselho.

Outro fato que nos chamou atenção foi a presença apenas do secretário de saúde, como representante da Secretaria Municipal de Saúde, nas reuniões. A Secretaria tem direito a duas cadeiras na composição do conselho, mas apenas o secretário estava frequentando as reuniões. Observamos a presença dessa outra representante da secretaria apenas em uma das reuniões durante a realização da pesquisa. Curioso notar que essa reunião teve como pauta assuntos de ordem mais técnica e alguns esclarecimentos sobre a gestão, tais como apresentação de indicadores e metas; esclarecimentos sobre licitações e pregões realizados pela Secretaria; informações sobre a Farmácia Municipal e setor de Odontologia. Todavia, a presença do secretário em todas as reuniões tem sido percebida de forma positiva por parte dos conselheiros, ainda que, conforme alguns, o esclarecimento sobre ações da secretaria e o repasse de informações e acesso a documentos tenham sido negligenciados ou mesmo dificultados.

Observamos que a comunicação e o debate nas reuniões têm ocorrido de forma organizada. A mesa executiva tem organizado o debate de modo que todos os presentes tenham seu direito de fala respeitado, e o mesmo é realizado a partir de inscrições com tempo de fala determinado e acordado entre os conselheiros. Durante os debates, o gestor tem sido constantemente cobrado a dar explicações e prestar contas das ações da secretaria e das dificuldades encontradas pelos conselheiros no acesso às informações, documentos que os auxiliem em suas ações e participação no planejamento das ações. A sua postura, quando cobrado pelos conselheiros, tem sido de contornar os conflitos se colocando à disposição para esclarecimentos, dando as explicações que julga pertinente e garantindo que o acesso às informações e dados da secretaria seja livre para o conselho. Na prática, podemos considerar que isso não venha ocorrendo, dada a grande insatisfação da maioria dos conselheiros entrevistados com a forma como a gestão da saúde no município tem sido conduzida e com a ausência do Conselho no processo de planejamento das ações, visto que a agenda das reuniões tem sido caracterizada, justamente, por cobranças e pedidos de esclarecimentos quanto às ações da secretaria, e não pelo planejamento conjunto de ações entre conselho e secretaria.

A percepção dos conselheiros entrevistados sobre a participação e presença de quórum nas reuniões tem sido interpretada por diversas razões. Essas razões vão desde a falta de conhecimento e conseqüente entendimento sobre a importância do conselho para a política de saúde do município, passando pelo fato de que a não visualização de resultados a partir das ações do conselho tem gerado desinteresse e desmotivação em participar das reuniões, até interferências por parte da gestão, que, ao identificar algum assunto polêmico na pauta das reuniões ou contrário aos seus interesses, tem mobilizado o boicote dessas reuniões.

Essa é a percepção de conselheiros como Tadeu,

T: o nosso conselho é composto de mais ou menos, de uns 42, vamos colocar aí, conselheiros, ou mais. Às vezes não consegue 13 pra quórum pra poder fazer uma reunião. Inclusive, a ausência da secretária, representante da secretaria municipal de saúde. Representante, às vezes, do prestador de serviço. O que a gente percebe é o seguinte: que às vezes, dependendo do assunto, eles não têm muito interesse de sabe, de falar, de discutir.... Então, a participação deles, a gente percebe que, dependendo do assunto, eles ficam meio, é, afastados.

S: dependendo do tipo de assunto eles se retiram, da reunião?

T: ah, nem aparece. (Tadeu – Associação de Moradores)

Segundo esse conselheiro, as ações do conselho se enfraquecem devido à ausência nas reuniões de conselheiros mais capacitados e com maior conhecimento técnico, como os trabalhadores, devido às pressões que a secretaria exerce sobre eles.

e aqueles que, às vezes, conhecem um pouquinho mais, se omitem, por quê? Às vezes não pode ficar falando muita coisa, porque senão amanhã sofre represália. Principalmente se for trabalhador.

S: isso acontece?

T: ah, com certeza.

S: já viu casos?

T: ah, eles ficam com receio. 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 (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Para o conselheiro João, a falta de capacitação aliada à incipiência dos resultados tem desmotivado a participação dos conselheiros.

S: E você acha que essa falta de interesse, falta de participação, ela se dá em função de que, assim, o que você...

J: uma das coisas é o seguinte, falta de conhecimento, né. A pessoa não foi sensibilizada para aquilo ali. Nesse conselho aí o pessoal não passou por processo de preparação, né, de conscientização. Agora, outro problema é que você pega, vai nas reuniões, na segunda reunião, na terceira reunião, não vê resultado. Então afasta né, o pessoal acaba afastando. (João – representante ASAP)

Outra dificuldade encontrada na atuação do conselho é quanto à existência e atuação das comissões instituídas pelo conselho. Com base nas resoluções a que tivemos acesso, o conselho tem instituído comissões de trabalho para diversos assuntos. Cumpre destacar, todavia, que a maioria dessas comissões têm sido instituídas em função de problemas e irregularidades levantadas a partir das ações da secretaria, o que evidencia que o conselho tem exercido o controle social sobre as ações da secretaria de saúde. Contudo, não observamos a instituição de comissões para o planejamento de ações conjuntas, por exemplo. Nesse sentido, os assuntos tratados por elas versam sobre análise dos contratos assinados pela secretaria com prestadores de serviço e acompanhamento da execução dos convênios assinados; análise do relatório de gestão; acompanhamento da situação dos serviços de saúde do município. Com relação ao funcionamento dessas comissões, pudemos observar que há uma constante troca entre seus membros. As razões para essa troca estão relacionadas com o comprometimento dos conselheiros com o seu funcionamento. Em muitos casos, eles não têm participado de suas reuniões, o que tem inviabilizado suas ações, fazendo com que muitas delas funcionem a partir da ação de um único membro ou existam, de fato, somente no papel.

Essa situação é criticada pelos próprios conselheiros entrevistados

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 (João – representante ASAP).

Assim como o conselheiro João, Tomé tem percebido uma falta de comprometimento por parte dos conselheiros em fazer as comissões instituídas funcionarem.

Igual, cria comissão, mas depois não acontecem as reuniões. Tanto que foi criada a comissão lá pra análise dos contratos, até hoje ninguém me chamou pra reunião.

S: você faz parte dessa comissão?

T: faço. Dessa comissão dos contratos, até hoje não teve nenhuma reunião.

S: então há uma desmobilização dentro do próprio conselho?

T: há dentro do conselho e por isso, porque a pessoa não tem aquele comprometimento. Às vezes a pessoa tá na comissão, mas você tem que ficar pedindo pelo amor de deus pra ter uma reunião. O pessoal não tem, eles foram no mesmo ritmo da secretaria. O negócio se acontecer bem, se não acontecer tudo bem, ano que vem resolve (Tomé – representante Associação de Moradores).

Para Tomé, os conselheiros se preocupam de forma demasiada em fiscalizar as ações do executivo, mas não têm interesse em participar das comissões, mesmo aquelas de caráter propositivo como a de elaboração do plano de saúde.

já teve caso de pessoas que falam assim: a gente, aqui em São João, não tem um plano municipal de saúde, que ele é de 2005, mas você quer participar da comissão pra fazer isso? “não, eu não vou participar de comissão, não”. Falo uai, criticar é bom, porque não tem o plano, que o plano, realmente, ele é de 2005. Então, a gente tem que fazer agora o plano pro ano que vem então a gente ta criando ele. Quando a gente chamou as pessoas pra participar da comissão: “Ah não, isso eu não posso”. Uai, como você quer fazer política de saúde, se você não sabe o que ta acontecendo no município, gente? Eu acho que, então, se a gente conseguir conscientizar, se eles tomarem consciência disso, da importância do conselho, eu acho que a gente vai conseguir caminhar, viu (Tomé – representante Associação de Moradores).

A falta de resultados e influência no processo político tem afastado e desmotivado os conselheiros a continuarem participando das reuniões, comissões e demais atividades do conselho. A falta de uma assessoria técnica e a dificuldade em obter informações são problemas que afetam o funcionamento do Conselho e incidem, inclusive, na interpretação do papel atribuído ao Conselho, assim como estão relacionados ao projeto político do governo local e às relações estabelecidas com o gestor local. Esses aspectos serão tratados nas próximas seções.

4.1.2 Papel do conselho

Como instância colegiada, deliberativa e permanente, os conselhos de saúde têm, conforme a resolução nº 453/2012, como suas atribuições e competências, no

tocante à gestão da política de saúde, atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, propondo estratégias para a sua aplicação aos setores privados e públicos; debater, elaborar e aprovar propostas que operacionalizem as diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde. Cabe aos conselhos também: definir as diretrizes para elaboração dos planos de saúde, deliberando sobre o seu conteúdo; deliberar sobre a aprovação do relatório de gestão; estabelecer estratégias e procedimentos para acompanhar a gestão do SUS, construindo articulação com demais colegiados como os de meio ambiente, educação, trabalho, idosos, crianças entre outros; revisar periodicamente os planos de saúde. Além disso, os conselhos de saúde devem avaliar e deliberar sobre os contratos, consórcios e convênios e acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado; propor critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo de Saúde, fiscalizando e deliberando sobre os critérios de movimentação tanto do Fundo de saúde, como dos recursos transferidos e próprios do Município; Por fim, devem também fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; estabelecer a periodicidade e organização das conferências, através de comissão organizadora, submetendo o regimento e programa ao Pleno do Conselho; estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, dando publicidade às ações e competências do Conselho, entre outras responsabilidades.

O leque de atribuições e competências dos conselhos de saúde é amplo e abrangente, são 29 os itens que tratam da estrutura e funcionamento desses colegiados. Isso requer, para que o Conselho possa exercer seu papel na gestão da política de saúde, garantias quanto a sua autonomia administrativa, autonomia financeira e dotação orçamentária e, principalmente, apoio técnico e infraestrutura adequada para o desempenho de suas funções. Sem capacitação adequada, conhecimento sobre a legislação em saúde, apoio técnico nas áreas jurídica, financeira e administrativa, a ação dos conselhos e de seus conselheiros pode ser capturada tanto pelo discurso tecnocrata de gestores pouco envolvidos ou comprometidos com o funcionamento dos conselhos, como se restringir a aspectos meramente burocráticos de funcionamento e realização de ritos formais previstos em regimento, esvaziando, assim, todo o seu conteúdo político.

Como já apontado por Labra (2006) e Stralen (2011), as reuniões dos conselhos têm despendido tempo significativo com discussões sobre assuntos

internos e sobre a dinâmica de seu próprio funcionamento, como o cumprimento do regimento, falta de quórum nas reuniões, duração das mesmas, etc. As discussões sobre os Relatórios de Gestão, elaboração do Plano de Saúde e Orçamento, quando este é levado à elaboração em conjunto com o Conselho, têm assumido papel cada vez mais marginal nas discussões entre os conselheiros e a aprovação ou não desses instrumentos de gestão têm transitado entre o rito formal ou “manifestação de descontentamento com o gestor” (Stralen, 2011, p. 74).

Com base nas entrevistas realizadas com os conselheiros de saúde de São João del Rei, podemos destacar que eles atribuem uma grande ênfase ao caráter fiscalizador do conselho. Essa fiscalização, voltada às ações do executivo, tem predominado os discursos e as práticas nas ações desses conselheiros. O controle social preconizado para o conselho de saúde, entendido eminentemente como um instrumento de fiscalização e controle do executivo, tem se sobressaído e adquirido importância primordial para esses conselheiros, muitas vezes, em detrimento de outras ações que compõem as atribuições e competências dos conselhos.

O que nos chama atenção, em um primeiro momento, é a ênfase atribuída ao papel de fiscalização do conselho. De um modo geral, o papel de fiscalização do Conselho aparece praticamente como a única atribuição dessa instância na visão dos conselheiros entrevistados. Em alguns casos, isso está relacionado à própria falta de conhecimento dos conselheiros sobre o papel e atribuições do conselho, como também à postura adotada pelos gestores e executivos locais frente ao conselho.

Isso pode ser evidenciado na fala dos próprios conselheiros quando questionados sobre o seu entendimento acerca das atribuições que competem ao conselho e seus conselheiros:

T: 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 é importante, o que é prioridade (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Aqui, quando menciona como atribuição “traçar diretrizes ao Município, ao secretário municipal de saúde”, esse conselheiro parece incluir para o Conselho

atribuições que são das Conferências de Saúde, mas que, por outro lado, podem ser entendidas como a formulação de estratégias e ações de saúde. Contudo, a ênfase no papel fiscalizador do Conselho se sobressai quando esse conselheiro menciona suas próprias atribuições, já que, para ele, é função principal dos conselheiros fiscalizar e inspecionar as unidades e serviços de saúde. “você fiscaliza, você encontra irregularidades e aquilo você vai passando, entendeu? A quem de direito, mas só que às vezes, morre em determinado local, você não tem uma resposta” (Tadeu – representante Associação de Moradores). Nesses casos, o conselheiro traça uma trajetória para a forma adequada de apurar e sanar as irregularidades encontradas. Essas ações vão desde o registro em ata até o acionamento do Ministério Público, passando pelo conhecimento por parte da Secretaria de Saúde do Município. Isso porque, segundo o conselheiro, “o que nós fazemos é a fiscalização. E nós colocamos, às vezes, até sugestão para que possa ser feita alguma melhora” (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Em outros casos, é a própria falta de conhecimento que restringe a atuação dos conselheiros. A maioria alega estar atuando como conselheiro em prol da população, defendendo seus interesses e buscando melhorias no sistema de saúde. Quando questionados sobre de que forma essas melhorias poderiam ser alcançadas, como o conselho e os conselheiros podem buscar efetuar as melhorias necessárias, evidenciam o desconhecimento e a ausência de discussões no Conselho sobre o planejamento de ações e estratégias de saúde. É o caso do conselheiro Paulo:

S: e como que você acha que isso poderia ser feito, poderia ser melhorado? A política de saúde, como é que você acha que poderia melhorar?

P: olha, tem que ter um plano, um planejamento, sério. Tem que ter um planejamento sério mesmo, porque se não, não vai resolver não. Tem que planejar uma coisa muito séria mesmo, juntar as prefeituras e pensar, repensar a saúde no geral?

S: e você acha que em São João del Rei existe esse tipo de planejamento, como é que

P: olha, eu não sei

S: como é que você vê que as coisas são feitas aqui na saúde?

P: uai, eu não sei

P: até então, não. Até então, não. Eu espero, né, com o novo prefeito, eu espero que ele tenha, né, essa intenção, de chamar os outros prefeitos, né, até porque eu acho que ele vai no conselho de saúde, a gente vai propor isso pra ele (Paulo – representante Sindicato dos Trabalhadores).

A fala do conselheiro evidencia, por um lado, a falta de conhecimento ou de propostas que poderiam compor um planejamento de ações que buscassem a melhoria do sistema local de saúde, mas também deixa evidente que o gestor local não tem levado para debate no conselho o planejamento das ações de saúde do município. Tal fato pode contribuir para a ênfase, por parte dos conselheiros, no papel de fiscalização do conselho, uma vez que temas mais substantivos e amplos da política de saúde, como planejamento de ações e a formulação de programas e estratégias, não são ali debatidos. É o que fica claro a partir da fala do mesmo conselheiro quando questionado sobre quais as mudanças na política de saúde ele observa a partir da atuação do conselho. Para ele, o conselho “mudou muita coisa” na política de saúde do município, principalmente pelo encaminhamento das denúncias que chegam até ele. Nesse sentido, os membros têm cumprido com seu papel como conselheiro. Nas palavras de um dos conselheiros, “as reclamações que chegam lá, a gente analisa e manda pro Ministério Público. Agora, como vai proceder, não é nossa parte, é com o Ministério Público” (Paulo – representante Sindicato dos Trabalhadores).

Essa visão acerca da função do conselho como um espaço para o encaminhamento de denúncias e reclamações tem contribuído, inclusive, para transformações no entendimento sobre o poder decisório dos conselhos. É o que nos chamou atenção quando, ao ser questionado sobre como tomava suas decisões, o mesmo conselheiro nos diz o seguinte: “bom, eu não tomo decisões, né. A gente ouve, discute, discute, ouve, comenta, ouve, discute” (Paulo – representante Sindicato dos Trabalhadores).

Contrastando com essa visão sobre o caráter eminentemente fiscalizador do conselho, podemos destacar a perspectiva do conselheiro Tomé. Em suas entrevistas, Tomé traz críticas exatamente à ênfase que muitos conselheiros têm dado à fiscalização das ações do executivo em detrimento de uma postura propositiva por parte dos conselheiros. Para ele:

têm uns lá que eles acham que a gente só tem que fiscalizar. Eu acho que não, que a gente tem que deliberar. A gente tem que fazer política de saúde. Tem uns lá que eles usam, fazem ao contrário, eles acham que a gente tem que fiscalizar primeiro. Primeiro a gente tem que fazer acontecer, pra depois a gente tá cobrando. Então, igual aparece lá, o governo, porque eles gostam de fazer as coisas é goela abaixo. Então saiu lá, tem que aprovar o plano de urgência e emergência. Eu acho que a gente não deve travar, se uma coisa

que tem que acontecer, pra depois a gente pode cobrar. Então eu penso que, primeiro, a gente tem que deliberar, a gente tem que participar do plano municipal de saúde, na elaboração, pra depois a gente poder cobrar se estão sendo cumpridas as metas. Porque tem uns, é porque eu sou contra esse negocio da gente cobrar uma coisa se você não sabe o que você tá cobrando. Cobrar por cobrar, eu sou contra isso. Eu sou contra a gente usar o nosso poder como se fosse policia, entendeu? Eu sou contra isso. De chegar no hospital, eu acho que a gente tem que respeitar, primeiro, o funcionário, se o cara ta lá trabalhando, ele não é culpado de nada não. É, primeiro a gente tem que apurar as coisas. Então, na minha opinião, a gente tem que fazer as coisas, tem que fazer as coisas acontecerem, mas tem que fazer as coisas com consciência. A gente tem que, igual, a gente participa lá, a gente ta montando o plano municipal de saúde. Então pra gente elaborar ele, a gente tem que participar da criação dele, pra depois a gente poder fiscalizar e cobrar. Não é cobrar antes de fazer e não fazer nada e só querer cobrar, eu sou contra isso. Eu acho que a gente tem que ter um principio. (Tomé – representante Associação de Moradores)

Segundo esse conselheiro, a postura adotada por grande parte dos conselheiros em centralizar suas ações na fiscalização das ações do executivo se deve em grande parte à falta de diálogo entre a Secretaria de Saúde e o Conselho. Para ele, existem outros caminhos possíveis a partir da abertura de um canal de diálogo entre essas duas instâncias que possibilitariam uma resolução mais efetiva dos problemas e irregularidades encontradas no Sistema Municipal de Saúde e que evitariam a judicialização das demandas por assistência à saúde. Isso implicaria um comprometimento maior por parte tanto de conselheiros como do gestor com o interesse coletivo. Nesse sentido, segundo esse conselheiro, o caráter deliberativo do conselho pressupõe uma ação conjunta e propositiva por parte de gestor e conselheiros. A ênfase na fiscalização impede o funcionamento ideal do conselho, fazendo com que esse espaço se restrinja à resolução de problemas pontuais.

Outro aspecto que nos chama atenção na fala desse conselheiro é que, em sua visão, o acúmulo de queixas encaminhadas para o Ministério Público, ou mesmo para a Polícia, sem que se tenha tentado uma resolução a partir da ação do conselho, tem afastado a própria população em participar das reuniões e apresentar suas demandas ao conselho e seus conselheiros e, também, contribuído, em alguns casos, para que os problemas encontrados fiquem sem resolução.

Então, isso aí criou esse receio da população em relação ao Conselho. Porque eles tinham essa mania, de falar assim: “a gente faz a denuncia, 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. (Tomé – representante Associação de Moradores)

Os problemas encontrados em função do papel atribuído ao conselho de saúde, para a maioria dos conselheiros entrevistados, estão relacionados à falta de conhecimento e capacitação, da infraestrutura disponível ao conselho e da falta de suporte técnico e assessoria. Essas questões são apresentadas como as responsáveis pelas restrições quanto a uma ação propositiva, pelo baixo envolvimento dos conselheiros com assuntos que envolvam discussões mais técnicas e até mesmo a ausência das reuniões.

Nós como conselheiros, às vezes a gente tem que ficar cutucando, pede documento aqui, pede documento ali, nós [es]tamo[s] 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 (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Muitos dos problemas advindos da interpretação sobre o papel do Conselho e da ênfase em seu papel fiscalizador não se devem apenas à falta de conhecimento ou de uma interpretação errônea sobre o papel do Conselho e suas atribuições por parte dos conselheiros. Eles também estão relacionados à postura do executivo local, assim como do secretário de saúde em restringir a participação do Conselho na gestão da política de saúde, bem como sua recusa em partilhar poder decisório com esses atores. Respeito e garantias quanto à autonomia desse espaço, possibilitando condições de acesso a informações, recursos materiais e formação aos conselheiros, são algumas das ações que contribuem para evitar o esvaziamento desse espaço como um *locus* de debate e construção conjunta da política local de saúde. Mas isso parece não estar acontecendo em São João del Rei.

S: você acha que as discussões, esse debate, ele é esvaziado?

F: esvaziado por falta de apoio, né. Porque você veja bem, o conselho de saúde, pra funcionar bem, ele precisa de ter assessoria jurídica, né, precisa de ter uma assessoria técnica contábil. Nós temos até um contador, mas o contador não participa das reuniões, ele fica, assim, distante, né, defasado. E

eu acho que ele é pago pela secretaria de saúde. Eu acho que o conselho tinha que ter a sua autonomia, inclusive, financeira. Pra não ficar dependendo da secretaria de saúde. Inclusive, ter verba específica pra curso de capacitação, essas coisas. Então, se ele é deliberativo, então ele tem que ter autonomia, total. E não tem, a gente depende de tudo. A gente depende até de sala pra reunir, tudo depende do governo.

S: a autonomia do conselho, a secretaria, ou o Executivo conseguem estabelecer restrições?

F: ah, com certeza. Com certeza (Filipe – representante Associação Comercial)

Nesse sentido, a falta de acesso à informação, conhecimento e apoio técnico têm contribuído, na visão desse conselheiro, para o esvaziamento e pouca influência dos conselheiros na política de saúde. Nas palavras do conselheiro:

se o conselheiro não tá atualizado, ele é enrolado, né, ele vai votar de acordo com a maioria. Aquela ‘Maria vai com as outras’, ele não tem opinião própria. E no conselho municipal nosso aqui, eu vejo uma dificuldade muito grande com relação às questões de assessoria, assessoria contábil, assessoria jurídica.” (Filipe – representante Associação Comercial).

Compartilhando a perspectiva apresentada por Filipe, o conselheiro Tadeu, aponta a restrição imposta pela gestão municipal no acesso a documentos e informações que possam subsidiar as ações dos conselheiros como uma recusa do executivo local em se submeter a um controle e fiscalização mais transparente.

Então quer dizer, eles tentam esconder as coisas do conselho e dos conselheiros, porque sabe que a hora que cai lá, a gente fica sabendo, a gente vai questionar. “porque que chegou a esse ponto? porque que isso está acontecendo? porque que os repasses, às vezes, não tão sendo suficientes? Porque que está faltando medicamentos na farmácia básica? Porque que a cirurgia tá demorando? Porque que os exames, às vezes, tão demorando? Então, é nessa aí, que o conselheiro chega e começa a articular, começa a questionar e aí, que você começa a encontrar as barreiras. Você pede o documento e o documento não vem, retarda, você pede uma coisa, eles te mandam outra. Então, pra você fazer análise, hoje, principalmente aí, do relatório de gestão, você tem que ter diversos dados na mão. Porque não adianta: “ah, eu fiz isso, eu fiz aquilo”, só em gráfico. Não, peraí, como que você conseguiu chegar a esse número? Então, quando a gente solicita documento, os documentos costumam a chegar na mão da gente. Aí depois, eles querem que a gente aprova relatório, instantâneo. E hoje, você aprovar um relatório de gestão, você tá aprovando recurso que foi gasto (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Dessa forma, impedidos de obter acesso a informações que possam subsidiar suas ações, sem o apoio de uma assessoria técnica que possibilite suporte e conhecimento necessário aos conselheiros, contribuindo de forma substantiva para as ações das comissões internas e debates nas reuniões, as ações do conselho têm perdido força e legitimidade. Isso tem contribuído também para o esvaziamento desse espaço e desmotivado a participação dos próprios conselheiros. Como aponta o conselheiro Filipe: “a gente não tá vendo resultado da ação. Então, chega num ponto que a gente vai também, fica desgastado, sabe?” (Filipe – representante Associação Comercial). Esses, em grande parte, são problemas que estão relacionados ao projeto político governamental e às relações estabelecidas com o gestor.

Ressaltamos também que a ênfase atribuída ao papel fiscalizador dos conselhos guarda relação com o próprio formato e as características da política de saúde no País. O Ministério da Saúde continua como o maior indutor de programas e ações em saúde. Não só em função de seu maior potencial de financiamento e investimento de recursos, como também pela vinculação que faz de seus repasses à adesão aos seus programas e ações. O mito da descentralização da política de saúde como indutora de maior autonomia e poder de decisão aos Municípios tem sido apontado por diversos trabalhos na literatura acadêmica (Arretche, 2000; 2007; Wagner, 2005; Pasche et al., 2006; Pessoto, Nascimento & Heimann, 2001). Municípios de pequeno e médio porte, como o caso de São João del Rei, em que a capacidade de investimento na saúde é mais restrita e dependente do investimento de recursos Estadual e Federal, se veem obrigados a pactuar e aderir a programas já preconizados por esses outros entes federativos para garantir o recebimento de recursos para a saúde do município.

A regulamentação da Emenda Constitucional 29, que define o que pode ser considerado gasto em saúde, talvez possa vir a se tornar um instrumento de maior flexibilidade e redefinição por parte dos Estados e da União sobre a alocação de recursos. Garantindo assim maior autonomia por parte de municípios para disporem de recursos no fomento de programas e ações que guardem maior proximidade com a realidade local.

4.1.3 Relação com o gestor e Projeto político governamental

A recusa dos governos locais em partilhar poder em espaços como os conselhos tem sido apontada na literatura desde estudos como o de Tatagiba (2002). Levando-se em conta o fato de que as decisões e deliberações dos conselhos devem ser homologadas pelo gestor municipal, em muitos casos, elas não transitam ou influenciam, necessariamente, de forma linear outros fóruns e espaços em que decisões sobre a política de saúde são tomadas (Lopes, 2000; Stralen, 2011).

Nesse sentido, a depender da adesão mais incisiva ou não, por parte dos governos locais, ao projeto democrático-participativo que inspirou a criação dos conselhos, em não restringir e colocar barreiras ao controle social e à participação da sociedade na formulação das políticas, de se submeter a um processo mais transparente de fiscalização, acompanhamento e planejamento conjunto de suas ações, a atuação dos conselhos tem sido afetada de modo bastante heterogêneo no cenário político.

Em São João del Rei, o descontentamento com a administração municipal e com a forma como a política de saúde e as políticas públicas em geral têm sido geridas e administradas pelo executivo local é amplo e presente na opinião de todos os conselheiros entrevistados. Todos os conselheiros que participaram da pesquisa apontaram seu descontentamento com a forma pela qual o governo e, conseqüentemente, o gestor têm tratado a política de saúde do município. Ainda que muitos frisem não terem nenhum tipo de divergência pessoal e relatem uma postura, por parte do gestor, respeitosa com relação ao conselho e conselheiros, os entraves às ações do conselho, atribuídos à secretaria municipal de saúde e sua gestão e à própria forma como o chefe do executivo municipal tem tratado a política de saúde na cidade, são recorrentes nas falas de todos os entrevistados.

No que diz respeito às relações estabelecidas entre conselheiros e o secretário de saúde, a presença do último nas reuniões tem sido destacada e aparece, de certa forma, como um aspecto importante na visão dos conselheiros. Todavia, esse fato por si não tem contribuído para uma melhor atuação do conselho ou mesmo contribuído para melhor acesso a informações e maior partilha de poder entre executivo e conselho. É o que apontam, por exemplo, os conselheiros João e Filipe. Para o primeiro:

ele [o secretário] comparece nas reuniões, sabe, mas a gente, as reclamações que a gente faz lá, os questionamentos, ele, às vezes, ele deixa passar, quando ele vê que não tem saída. Ou então, ele dá uma desculpa amarela lá e não toma providência nenhuma. Tem várias questões que nós estamos aguardando resposta (João – representante ASAP).

Já para Filipe:

a relação com o secretário até que é boa, né, entendeu? O secretário participa, pelo menos, eu não encontro, assim, nenhuma dificuldade, né. Ligo pra ele quando eu preciso e tal, eu não tenho nada contra o secretário, você entendeu? Aliás, até digo o seguinte, na verdade, o secretário, por ser nomeado pelo prefeito, ele fica muito na dependência do prefeito. Ele não tem autonomia, ele não tem autonomia que deveria ter, você entendeu? O secretário não tem a autonomia que deveria ter. Assim eu enxergo, né (Filipe – representante Associação Comercial).

Outra dificuldade apontada nas relações entre o secretário de saúde e conselho diz respeito ao cumprimento e adesão das resoluções e deliberações realizadas pelo conselho. Para Tomé, essa foi uma barreira encontrada na relação com a gestão. Para ele, as decisões que o conselho toma teriam que ser cumpridas pelo gestor e pela secretaria. Segundo o conselheiro, isso não acontece porque:

nessa gestão, houve essa dificuldade, que eram feitas as deliberações, e o secretário deixava muito pra depois. Que ele já tava pensando que vai continuar no poder, então a gente pode ir empurrando com a barriga, né. E a participação do conselho também, houve uma desmotivação, é, porque das dificuldades que eles colocaram pra gente (Tomé – representante Associação de Moradores).

O fato de o secretário de saúde enxergar o Conselho como oposição à sua gestão também contribuiu para o não cumprimento das decisões tomadas pelo Conselho segundo este conselheiro.

ele achava que o conselho era contra ele. E não é isso que é. O nosso entendimento teria que ser o mesmo, mas ele pensava pequeno, né. Então, por isso que ficou nessa dificuldade. Têm várias lá, já tem diversas deliberações que já foram feitas, resoluções, e tá lá (Tomé – representante Associação de Moradores).

Entre a maioria dos entrevistados, as dificuldades encontradas na relação com o secretário de saúde têm sido apontadas como decorrentes da proposta e

projeto político do executivo local. Como órgão do executivo local, a secretaria de saúde e o seu gestor têm que cumprir a proposta política do chefe do executivo local, ficando assim, o secretário, mesmo que tenha vontade para isso, impedido de agir em discordância com o interesse da gestão municipal.

O secretário vai, todas as reuniões, ele vai e tal, né. Até queria aproveitar, né, e falar, né, o Z., apesar de eu ter uma série de divergências com ele, mas por outro lado, eu entendo de que ele fica muito amarrado na mão do Executivo. O cargo dele é um cargo de confiança do prefeito. (Filipe – representante Associação Comercial).

Para Tiago, a relação entre conselho e secretário “não é um mar de rosas” em função da subordinação do secretário ao prefeito municipal, fazendo com que este, inclusive, adote uma postura agressiva em certos momentos:

O secretário, na medida, ele é um pouco truculento, né. É porque também é um cargo de confiança do prefeito, né. Então, a gente acha que eles têm um acordo, alguma coisa assim, de tentar dificultar pro conselho (Tiago – representante UMES).

A julgar pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos conselheiros, as restrições impostas pelo executivo local às ações do conselho, a recusa em partilhar poder de decisão, restringindo o conselho de participar de forma mais ativa e propositiva na gestão da saúde, a falta de compromisso em seguir e cumprir as deliberações realizadas por essa instância, podemos aventar a presença de uma herança do autoritarismo estatal na gestão municipal e na forma como as decisões políticas são tomadas em São João del Rei. Se levarmos em consideração alguns apontamentos feitos pelos conselheiros sobre algumas das ações e direcionamento político que a gestão municipal tem adotado no município, veremos que a prática do clientelismo também se faz presente na administração municipal.

Essa é uma interpretação que podemos extrair da fala de conselheiros como Filipe:

o executivo, por exemplo, pra certas coisas, né, nessa gestão agora, tirou algumas ações que é da saúde, e passou pra secretaria de bem-estar social. E o secretário não questionou, né, simplesmente aceitou.
S: quais ações que foram?

F: 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.

S: hum-hum

F: pra fazer política

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

F: a Câmara aprovou assim mesmo. Porque 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 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 Rei.

S: e o que é esse “Ônibus do Povão”? Isso foi implementado agora nessa

F: ah, esse ônibus é, justamente, pra levar pessoas pra consultas em Belo Horizonte, atendimento em Belo Horizonte, é uma coisa do N., né. é uma coisa do N. que não foi discutido com a sociedade, não foi discutido no conselho, simplesmente ele resolveu botar esse ônibus, acho que uma vez por semana vai a Belo Horizonte, leva paciente, essas coisas.

S: mas é qualquer tipo de paciente, ou é paciente que precisa de

F: ah, eu não sei. Eu não sei. Porque na verdade, eu não sei nem da onde que ele pegou essa ideia, porque que surgiu isso, você entendeu?

S: não passou pelo conselho?

F: não, não foi discutido no conselho e tal. O que a gente escuta por aí, são pessoas que precisam de algum atendimento médico é que usam esse ônibus, mas na verdade, usa todo mundo, entendeu? Usa todo mundo, vai lá passear, outras pessoas vão lá pra fazer compras, coisas do N, né (Filipe – representante Associação Comercial).

Para este conselheiro, é pelo intuito de promover ações como a concessão de dentaduras e marcação de exames via Secretaria de Bem-estar Social, a implementação do chamado “Ônibus do Povão”, ações que carregam claramente um cunho clientelista e com fins eleitorais, que o executivo local tem barrado e constrangido o funcionamento do conselho de saúde. Na visão desse conselheiro, isso tem deteriorado as relações entre executivo e conselho, já que o bom funcionamento desta instância pode representar impedimentos a ações dessa natureza.

O prefeito atual, na verdade, pra ele, se não existisse o conselho seria melhor. Justamente porque o conselho é fiscalizador, o conselho faz o controle, entendeu? E o executivo não gosta disso, ele gosta de agir de acordo com a vontade dele, com os interesses dele, né. Não tá vendo assim, realmente, o interesse da população. Porque se houvesse esse interesse, né, de tá ouvindo a população, o canal seria o conselho (Filipe – representante Associação Comercial).

4.1.4 Participação da Comunidade e Publicidade das ações do Conselho

No que diz respeito à participação da comunidade nas reuniões do conselho, nos chama atenção a quase inexistência desta. Durante a realização da pesquisa, pudemos constatar uma baixíssima presença da população nas reuniões do conselho. O número máximo de pessoas presentes nas reuniões, com exceção dos próprios conselheiros, que, em sua maioria, como vimos anteriormente, também estão presentes apenas em número próximo ao suficiente para o quórum mínimo exigido para a realização das reuniões, não ultrapassou o total de cinco pessoas.

A respeito dessa inexpressiva participação da comunidade, os conselheiros entrevistados atribuem diversas razões que têm contribuído para essa realidade, desde uma fraca cultura associativa da população, passando pelo não reconhecimento do conselho como uma instância deliberativa, capaz de produzir resultados que interfiram na política de saúde do município, até a própria dinâmica de funcionamento do conselho.

Para os conselheiros Tadeu e Filipe, a população, de um modo geral, tem perdido o interesse em participar de ações que envolvam questões políticas devido à falta de perspectiva de mudança e resultados que essas ações possam promover.

Segundo Tadeu:

a população, hoje, tá muito descrente com as coisas. Porque basta você ligar a televisão pra você ver a corrupção que tá nesse Brasil. E hoje, o fator principal aí, pra descrença de tudo que você faz, é a corrupção. Em todo meio tem corrupção. Então as pessoas estão desacreditando daqueles que poderiam ser nossos representantes, que poderiam tá cobrando as coisas ali pro bem-estar coletivo. Então, eu sinto assim, e a gente vê as pessoas, principalmente aquelas mais simples, “eu não voto em ninguém, não quero saber de política, porque esse pessoal, eles são corruptos” (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Mais à frente, quando questionado se essa descrença com os políticos, com as instituições políticas, de um modo geral, reflete na participação da população nos conselhos, ele afirma que sim.

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 (Tadeu – representante Associação de Moradores).

Filipe compartilha das impressões de Tadeu sobre os motivos que tem contribuído para o baixo interesse e motivação da população na participação política. Para ele, inclusive, essa situação tem se refletido na participação dos próprios conselheiros, que muitas vezes desmotivados por não visualizarem resultados ou mudanças a partir de suas ações, têm deixado de participar das reuniões do conselho.

eu to percebendo que tá piorando, tá piorando. As pessoas tão muito descrentes mesmo. Também você liga a televisão, você abre um jornal você só vê corrupção pra todo lado, desvio de dinheiro. Então, você só vê isso, aí te dá, assim, um desanimo danado. E o pior é que você não vê ninguém ser punido. A impunidade, entendeu? Então, aí vai desanimando. As pessoas, a tendência é ficar acomodado mesmo. Até eu, eu fico, assim, escuto algumas coisas do tipo assim: ah, não quero. Não gosto de política, não quero nem ouvir falar em política. E quando você participa de um conselho, você tá fazendo política. Então, as pessoas vão se afastando mesmo. Eu vejo isso aí com muita tristeza, que eu já tô no movimento há muitos e muitos anos, eu to vendo que a coisa tá na curva, nós já chegamos no pico lá na curva, e resistência à ditadura. Após a ditadura, eu tô vendo que a coisa só tá, a cada ano, tá diminuindo.... já aconteceu até de não ter reunião do conselho por falta de quórum, você sabe disso.... não teve reunião porque não teve quórum. Isso é pra você ver o que é a gravidade (Filipe – representante Associação Comercial).

A falta de motivação para a participação política tem afetado não só o conselho de saúde, como é possível observar nas falas dos conselheiros acima, mas também tem afetado as próprias entidades, associações e movimentos da sociedade civil.

Os representantes de associações de bairro entrevistados relatam que a participação nas atividades de suas associações é extremamente baixa. Tadeu nos diz que existe dificuldade em encontrar pessoas para participarem das atividades da

associação. Nas suas palavras, seu bairro: “deve ter umas 2 mil pessoas.... se aparecer umas 10 pessoas [nas reuniões], vai ser muito. Um bairro desse tamanho. Então eu falo, as pessoas [es]tão muito desacreditadas” (Tadeu – representante Associação de Moradores). Para Tomé, também representante de uma associação de bairro, essa é a mesma dificuldade encontrada pela associação da qual faz parte. Nas suas palavras, “ah, se tiver umas 15 pessoas que participam, é muito” (Tomé – representante Associação de Moradores).

Outro fator apontado por todos os entrevistados para a não participação da comunidade no conselho de saúde é a falta de interesse com relação às questões que envolvam saúde. Todos os entrevistados afirmaram não visualizarem em suas entidades outras pessoas interessadas em participar do conselho de saúde. A única exceção é o representante da Associação Comercial e Industrial, que apontou seu suplente como uma pessoa com interesse em participar do conselho. Mesmo assim, isso ocorre porque, segundo o entrevistado, se trata de uma pessoa que já participou como representante titular dessa Associação no conselho de saúde. Para os conselheiros entrevistados, saúde é um tema importante e relevante para a população de um modo geral, mas isso não tem sido suficiente para motivar as pessoas a participarem do conselho.

O que podemos observar, a partir das entrevistas realizadas, é que o desinteresse pela participação no conselho também está aliado ao seu próprio funcionamento e sua capacidade em produzir resultados. Essa tem sido a interpretação de conselheiros como Tomé. Para ele, as reuniões do conselho são demasiadamente longas e as discussões e decisões tomadas não produzem os resultados esperados.

você vai lá, você não é de associação nenhuma, você vai lá como ouvinte, você escuta aquele blá-blá-blá que não leva, não tá entendendo, tem gente que não tá entendendo nada.... tem gente que sai do serviço e vai direto pra reunião. Aí você chega lá pra ficar escutando aquele blá-blá-blá lá. É isso que falta, é isso que não há interesse na pessoa participar. Que aí, já existe esse estigma: “pô, a reunião do conselho é demorada pra caramba”. É 3 horas de relógio no mínimo, e chega no final da história, resolveu o quê? Fica pra próxima reunião (Tomé – representante Associação de Moradores).

Outro aspecto levantado por esse conselheiro diz respeito ao controle das discussões e dos debates por parte de conselheiros mais experientes, o que inibe a

participação de pessoas que não estão familiarizadas com as questões sobre a política de saúde.

Então, tem uns caras lá que sabe tudo, que quer tomar a frente de tudo. Então, o pessoal vai perdendo o interesse, fala assim: “ah, reunião de conselho é muito chata”. Acha muito cansativa, não soma, não leva a nada, não discute nada que a gente queria discutir. Então, é complicado. É por isso que falta interesse do pessoal pra participar (Tomé – representante Associação de Moradores).

Como podemos observar, a partir da fala dos conselheiros entrevistados, a participação política em São João del Rei e, conseqüentemente, a adesão da comunidade ao conselho municipal de saúde, tem sido afetada por uma combinação de fatores. A descrença com o cenário político de um modo geral, combinada com uma cultura associativa incipiente, em que as organizações e associações da sociedade civil se encontram cada vez mais esvaziadas, com um número cada vez menor de pessoas interessadas em participar delas, ou com pouco interesse nas questões sobre saúde, tem contribuído para que os conselhos, esvaziados da participação da população, encontrem dificuldades em se constituírem como espaços em que a política de saúde seja construída a partir da participação da população e sua influência nas ações e decisões ali tomadas. A não visualização de influência nos resultados das decisões tomadas, em grande parte influenciada pelo projeto político governamental dos executivos locais, também tem contribuído para esse afastamento da comunidade. Ao não serem reconhecidos como espaço de tomada de decisões e definições da política de saúde, os conselhos de saúde podem se tornar um espaço que existe meramente em função de uma determinação legal, em que os gestores e o executivo local buscam legitimar suas ações frente aos conselheiros.

Outro aspecto que incide na participação da população nos conselhos de saúde diz respeito à publicidade e divulgação que o próprio conselho faz de suas ações. De um modo geral, as atividades dos conselhos de saúde são pouco divulgadas e os conselhos fazem pouco uso dos meios de comunicação para divulgar suas atividades. Labra (2006) aponta que a população não tem conhecimento das ações ou do próprio conselho devido a não utilização desses recursos por parte dos conselhos. A autora aponta que, quando há essa divulgação, ela se restringe a comunicados ou pequenas notícias disponibilizadas nos serviços de saúde. Stralen (2011), por sua vez, indica que não é só a falta de utilização dos

meios de comunicação por parte dos conselhos que é responsável pela sua pouca publicidade. O desinteresse da grande mídia, ou dos meios tradicionais de comunicação, que não reconhece nesses espaços uma instância onde decisões políticas importantes são tomadas, também tem contribuído para o isolamento e falta de conhecimento sobre os conselhos.

Em São João del Rei, pode-se constatar a conjugação desses dois fatores. Há pouca ou nenhuma utilização pelo Conselho de meios de comunicação. O Conselho não faz uso da internet para divulgar suas ações, apesar de ter computadores e acesso disponível, não existe nenhum site, ou qualquer outro meio de comunicação próprio do conselho como jornal impresso, etc.

Também foi possível observar um desinteresse por parte da mídia local em relação às ações e reuniões realizadas pelo Conselho. Durante os cinco meses em que acompanhamos as reuniões desse conselho, não constatamos a presença de nenhum veículo de comunicação da cidade¹⁰ fazendo qualquer tipo de cobertura sobre o conselho de saúde. Esse desinteresse da mídia local também é evidenciado pelos próprios conselheiros.

E a imprensa daqui também não se interessa, eles não participam da reunião do conselho, não. E eles são convocados, toda vez que a gente faz a convocação pros conselheiros, a gente manda pra todos [os] órgãos de imprensa. Porque pra eles [es]tarem divulgando. Porque é mais fácil, através da imprensa, você ouvir o assunto, é mais fácil deles [es]tarem divulgando, mas eles não vão. A gente não sabe também por que.

S: todos os órgãos de imprensa do município recebem?

T: recebem a convocação. A gente tem o protocolo que a gente encaminha pra todos eles. Pra que eles possam tá divulgando o que tá acontecendo na reunião do conselho, mas eles não vão. Entendeu? Eles dão a mínima também, que a gente não sabe por que (Tomé – representante Associação de Moradores).

Aliada a esses fatores, a falta de estrutura e de funcionamento de uma secretaria do conselho, também tem contribuído para a pouca visibilidade das ações do conselho.

¹⁰ São João del Rei conta com um canal de TV local e diversas rádios AM/FM, além de possuir alguns jornais impressos.

S: Como é que você observa a visibilidade das ações do conselho? As pessoas têm conhecimento do conselho, que existe um conselho municipal de saúde?

F: não. Não, que tem um conselho municipal de saúde, sabe. Agora, o acompanhamento é que tá muito longe do ideal, da divulgação, muito longe. Inclusive, até há pouco tempo, nós tínhamos dificuldade de manter um funcionário lá no conselho, né. Agora, parece que já acertou essa questão¹¹, mas tava sempre trocando, um funcionário que ficava lá, permanentemente lá. Então, eu acho que falta uma divulgação maior (Filipe – representante Associação Comercial).

Sem fazer uso de meios de comunicação que deem visibilidade ao conselho e suas ações, tal como a internet, por exemplo, dependendo da atenção e interesse que os meios tradicionais de imprensa possam vir a ter sobre as discussões e decisões ali tomadas, o conselho de saúde tem se tornado cada vez mais um espaço isolado e pouco conhecido das pessoas. Isso incide na participação da comunidade, acarretando uma baixa ou inexistente adesão ao conselho.

4.1.5 Avaliação do Conselho de Saúde pelos próprios conselheiros

Diante das constatações e percepções dos conselheiros entrevistados sobre a política local de saúde, da baixa participação da população, das dificuldades enfrentadas em estabelecer um canal de diálogo com o executivo local, da falta de acesso a informações, de uma assessoria técnica que os auxiliem, como eles têm avaliado e percebido a atuação do Conselho?

Um primeiro aspecto que nos chama atenção é que as restrições e dificuldades enfrentadas por essa instância, assim como o seu isolamento na gestão da política de saúde, são identificados por alguns conselheiros já bem próximos à própria implantação do Conselho. Segundo João:

um fato que eu observei, é que as reuniões do primeiro conselho, o N. era o prefeito, primeira vez que ele entrou foi em 93. As primeiras reuniões com ele foram boas, mas depois ele não cumpriu mais o que prometeu, e nós observamos que o secretário da saúde não convocava as reuniões do conselho sabe? Então, a comissão executiva passou a convocar. E um dia, o secretário chegou lá nervoso, falou que ele tava sabendo que o SUS não ia dá certo, e ele era presidente do PLAMED, um plano municipal aí dos médicos, ligado ao Hospital Nossa Senhora das Mercês, né. Então, a partir

¹¹ Atualmente o conselho de saúde conta com duas secretárias, funcionárias cedidas pela secretaria de saúde, trabalhando durante os turnos da manhã e tarde.

daí, eu comecei a observar que tava sendo montado um cartel em São João del Rei pra não deixar o SUS funcionar, sabe? (João – representante ASAP)

Grande parte dos Conselhos de Saúde surgiu em decorrência de uma indução do Ministério da Saúde, que atrelou o recebimento de verbas federais por parte dos municípios à existência desses conselhos. Em muitos casos a instituição desses espaços está vinculada ao mero cumprimento dessa exigência por parte dos municípios sem, necessariamente, estar vinculada ao comprometimento dos executivos locais com a proposta democratizante dos mesmos. Constituem-se, assim, Conselhos Cartoriais, em que a existência se efetiva apenas como cumprimento de normas e exigências formais para o recebimento de verbas públicas (Stralen et al., 2006).

Parece que o conselho tá existindo em função de uma obrigação legal. Por causa de repasse de verba e tal. Não funciona como deveria funcionar mesmo, com a finalidade de fazer o controle social, parece que é uma coisa quase, assim, obrigatória, sabe?... eu vejo assim, mais é como uma obrigação legal, uma coisa legal, você entendeu? Não tô dizendo, eu tô dizendo uma maneira geral. Porque lá tem uns conselheiros lá, realmente, são comprometidos. Principalmente do segmento dos usuários, que você já viu. Você tá lá presente, você vê que os usuários, realmente, mas por parte dos outros segmentos eu não vejo assim, tanta preocupação, por parte dos prestadores de serviço, por parte do próprio governo, não há, não há uma visão igual a que o usuário tem. O usuário depende do SUS, ele quer que o SUS atenda suas necessidades (Filipe – representante Associação Comercial).

Ações e situações como as relatadas pelos conselheiros ao longo deste capítulo, aliadas a um contexto de baixo associativismo e pouca participação política da população, têm contribuído para o esvaziamento desses espaços e feito com que os Conselhos deixem de ser reconhecidos como instâncias de decisão e influência política, em que os ideais da gestão participativa (partilha de poder decisório, cooperação e interação entre Estado e Sociedade) têm sido substituídos pelo controle social. Segundo Tomé,

Assim, há uma certa, a gente tenta, no que é possível a gente fazer, nós fazemos. Tem 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, o 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? Porque acho que tem jogo de interesse, eles acham que é coisa política. Então, eles não preocupam com a saúde da população, não. Porque se eles ouvissem mais o conselho, se eles levassem a sério que o conselho, que conselheiro é pra dar conselho, né, eu acho que funcionaria muito melhor. Porque nós, tem um grupo de conselheiro, que a gente se preocupa muito com isso, que a gente cobra as coisas com seriedade, sem prejudicar ninguém, que a gente quer o bem comum. A gente não quer que a secretaria também, a gente não quer crucificar o secretário, mas eu acho que tem que haver um certo, uma aproximação, um diálogo pra gente tá resolvendo essas questões da saúde, entendeu? (Tomé – representante Associação Comercial)

Nesse sentido, a atuação do Conselho em São João del Rei tem ficado restrita ao plano do que é possível fazer, dadas as restrições e dificuldades impostas pelo executivo municipal, ficando aquém das expectativas dos próprios conselheiros.

o conselho, na medida do que nós temos as informações, na medida do possível, a qual chega[m] essas informações pra gente, o conselho tá atuando em cima, né.... tanto é que já foram organizadas reuniões com as casas de saúde, Hospital e Santa Casa, né, já foram organizadas, feitas reuniões com o pessoal da UPA, do pronto-atendimento, pra saber sobre a atuação e tudo. Então, na medida do possível, o que o conselho tem condições de fazer, o conselho tá fazendo. Gostaríamos de fazer muito mais, né, bem mais, mas devido a esse fechamento do poder público, eu acho que impede da gente tá atuando melhor como conselheiro (Tiago – representante UMES).

Dessa forma, os próprios instrumentos e mecanismos que os Conselhos e seus conselheiros dispõem para fazerem com que o governo e os gestores locais ajam respeitando as recomendações e demandas expressas nas deliberações desse espaço vão paulatinamente perdendo sua força e se tornando ineficientes.

Para Filipe:

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.... não tem uma política de saúde séria, você entendeu? Não existe uma política de saúde séria, vão fazendo as coisas, simplesmente porque a lei exige, então vai fazendo as coisas assim pela metade. (Filipe – representante Associação Comercial)

Os Conselhos de Saúde foram pensados como um instrumento de inovação da gestão das políticas públicas. No caso da saúde, a realidade local trazida para o interior dessa instância decisória, através da participação da população, tinha o pressuposto de que um sistema de saúde pautado pelos princípios da universalidade e integralidade da atenção só seria possível à medida que combinasse o saber técnico a uma compreensão mais ampla de saúde em que a população pudesse de fato intervir e transformar sua realidade. Desse modo, o enfrentamento das dificuldades, carências e agravos à saúde seria mais efetivo com a participação e inclusão da população no processo decisório, formulando estratégias, orientando e fiscalizando o gasto público em conformidade com a realidade local e de acordo com suas demandas.

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde são um avanço institucional inegável, de grande relevância e importância para a gestão do Sistema de Saúde. Todavia, em alguns casos ainda estão aquém de se concretizarem como uma instância que fomenta e promova uma gestão participativa, inclusão política e social. As restrições vão desde o investimento público em saúde, passando pela recusa de executivos locais em partilhar o poder decisório, até a manutenção de práticas clientelistas, troca de favores, etc.

Como visto ao longo deste capítulo, esses espaços podem sofrer restrições quanto a sua atuação, ou mesmo serem excluídos no processo decisório. Suas deliberações, em muitas vezes, não influenciam ou transitam por outros espaços e fóruns. Assim, cumprem formalidades ou avalizam decisões já tomadas em outras instâncias.

Dependem, portanto, para cumprirem com suas atribuições do comprometimento do executivo municipal com a gestão participativa e as reivindicações de controle e transparência dos recursos públicos, do seu reconhecimento enquanto uma instância legítima de tomada de decisões, formulação de estratégias e definições políticas. Dependem também do apoio de uma rede associativa que conecte ativamente representantes e representados de

modo a fortalecer a ancoragem social dessa instância junto à sociedade, ou seja, além dos atores envolvidos diretamente envolvidos com a política de saúde.

Dessa forma, as relações entre conselheiros e as entidades que estão representando, o processo de escolha ou indicação como representantes no Conselho e a interpretação dada por esses atores ao papel que exercem como representantes da sociedade civil são alguns dos fatores que podem contribuir para a melhor compreensão da representação da sociedade civil no Conselho de Saúde e sua contribuição para a democratização dessa instância, bem como para a política de saúde. São esses, portanto, alguns dos aspectos que abordaremos no próximo capítulo.

5 REPRESENTAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: ATIVISMO E MILITÂNCIA EM UM CONTEXTO DE BAIXO ASSOCIATIVISMO

Neste capítulo procuramos abordar, a partir de aspectos da trajetória de participação política e da inserção dos conselheiros entrevistados no Conselho de Saúde, o que tem sido determinante para sua escolha ou indicação como representantes no Conselho. Além disso, procuramos investigar a maneira como se dão as relações entre os conselheiros e as entidades que estão representando e a interpretação dada por esses atores ao papel que exercem como representantes da sociedade civil.

De um modo geral, podemos destacar a existência de uma espécie de elite participativa compondo o quadro de conselheiros representantes da sociedade civil em São João del Rei. São atores com experiência de participação política, anteriores ao envolvimento nas questões relacionadas à saúde, e que se engajaram no Conselho por motivos diversos. Permanecem exercendo esse papel por um longo tempo e por razões diversas. Destacamos a esse respeito o contexto de baixo associativismo, a falta de comprometimento do executivo municipal com a gestão participativa e o isolamento do Conselho de Saúde no contexto sociopolítico do Município.

5.1 Participação em saúde: trajetória de inserção e participação na política de saúde

Nesta seção buscamos identificar como tem se dado o engajamento político e a participação na política de saúde por parte dos conselheiros entrevistados. Procuramos identificar quais são os fatores e experiências políticas destacados por esses atores que os levaram a participar do Conselho Municipal de Saúde. Acreditamos que a trajetória de participação política e as experiências vividas por esses conselheiros interferem na sua motivação e na escolha ou indicação desses atores para representarem suas respectivas entidades. Essas experiências incidem também na sua inserção no conselho, nas relações entre os conselheiros e suas entidades, bem como na sua atuação.

O que podemos observar, a partir da fala dos conselheiros entrevistados, é a predominância de três tipos de experiências de participação política: sindicalismo, a militância em partidos políticos e o associativismo comunitário. De um modo geral, os conselheiros entrevistados passaram a se interessar e tomar conhecimento do Conselho e da política de saúde a partir dessas experiências. É a partir dessas experiências de participação política que a maioria dos conselheiros entrevistados começou a atuar na política de saúde. Outro aspecto que destacamos é a correlação e vinculação entre essas experiências e a conseqüente participação em saúde. Alguns conselheiros com experiência sindical passaram a participar de associações comunitárias a fim de se inserirem no Conselho Municipal de Saúde, por exemplo.

É o caso do conselheiro Tomé, militante sindical desde o final da década de 1980. Esse conselheiro tem sua primeira experiência de participação política ao trabalhar para uma serraria em no departamento de pessoal. Vivenciando um cotidiano de irregularidades nas condições de trabalho dos funcionários e o descumprimento de direitos trabalhistas, começa a se interessar pelo sindicalismo e ingressa no Sindicato dos Trabalhadores da Construção do Município, onde chegou a ocupar o cargo de presidente. A militância sindical politiza Tomé e ele passa a se interessar não só pelas questões sindicais, mas também pelas dificuldades enfrentadas pela população no acesso a equipamentos e serviços públicos. Engaja-se, dessa maneira, no associativismo comunitário, passando a fazer parte das Associações de Moradores nos bairros em que residiu, trazendo sua experiência sindical e política para o interior dessas associações, chegando também a ocupar a presidência, em duas oportunidades, da Associação do bairro em que reside desde 1992.

começou porque a gente via sempre os problemas do município, a questão dos médicos, as dificuldades nas consultas, nos exames. Então tudo aqui era difícil. Então quando surgiu a oportunidade, ia ter uma conferência municipal de saúde, eles convidaram as associações, então eu falei assim: quem sabe isso aí vai ser eu? É foco, é o que a gente tá precisando, de tá participando dessas coisas pra gente tá se inteirando desses assuntos. Porque a gente sentia dificuldade. Então a gente tinha um pouquinho mais de conhecimento, porque eu era presidente do sindicato, então, eu já tinha mais esse envolvimento. Aí foi assim, então se a gente pode ser conselheiro, se a gente pode tá tentando ajuda a resolver os problemas da saúde de São João, vamos encarar isso aí. Então, foi a partir daí.... 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. (Tomé – Associação de Moradores)

O contato de Tomé com as questões relacionadas à saúde começa quando ele se torna presidente do Sindicato e, em sua gestão, busca-se estabelecer convênios com a rede privada de serviços de saúde para atendimento dos trabalhadores sindicalizados. É, portanto, a partir de sua militância sindical e das vivências e dificuldades encontradas em busca de uma assistência à saúde adequada, mesmo que na rede privada de serviços, que se desperta o seu interesse por questões mais amplas e que afetam a população de um modo geral. Nesse sentido, o conhecimento adquirido com essas experiências anteriores será destacado por esse conselheiro como uma contribuição à sua atuação na associação de moradores que ele representa.

eu era presidente do Sindicato da Construção. Então a gente, os nossos associados, a partir do momento que me tornei presidente, nós fizemos convênios com as clínicas médicas, com ortopedistas, dentistas. Então nós fomos criando convênio, então o pessoal, os associados, tinha essa facilidade, que eles pagavam uma consulta um preço mais em conta. Então a partir de hoje, eu comecei a fazer política há muito tempo, desde 1986, eu já fazia isso, entendeu? Mas eu não participava do conselho, era só através do sindicato. E tanto que no conselho, na formação do conselho, sindicato já tem direito a cadeira, mas eu nunca fui pelo sindicato. É só depois que eu saí do sindicato, que eu fui através da associação [de bairro]. Porque eu já tinha um pouquinho de conhecimento, aí eu falei assim “então a gente pode tá somando mais”. Estamos aí na correria, correndo atrás. (Tomé – Associação de Moradores).

Quanto ao fato de não ter participado do Conselho, mesmo os Sindicatos dos Trabalhadores contando com assento garantido pelo Regimento Interno, fica claro, a partir de seu relato, a sobrecarga entre a participação sindical e a representação em um conselho, tal como apontado por Lüchmann (2011). Esse fato, inclusive, contribuiu para que Tomé só participasse das Conferências Municipais de Saúde após sua saída do Sindicato. Por outro lado, é a própria participação nas Conferências que o desperta para o Conselho e para a possibilidade de participar do mesmo como representante de uma Associação de Moradores.

Porque a gente era uma coisa muito corrida, que além de eu trabalhar numa firma, era presidente do Sindicato. Então, eu não tinha como participar da Conferência. Quando surgiu a oportunidade, aí eu comecei a participar das Conferências Municipais de Saúde. Que aí que eu vi que, além dos sindicatos ter cadeira, as associações também têm. E eu já tinha sido presidente, já tinha sido tesoureiro de associação de outro bairro que eu morava. Então eu já era ligado a isso. Já tinha sindicato, depois passei a mexer com associação, aí quando abriu esse espaço, eu falei “então eu vou ter que pegar, de qualquer jeito eu vou ter que tá no conselho. Porque se eu tenho um pouco de conhecimento, acho que eu posso tá difundindo isso pros outros.” (Tomé – Associação de Moradores).

Membro do mesmo sindicato do qual Tomé já fora presidente, o conselheiro Paulo, atualmente, representa esse sindicato no Conselho de Saúde há 8 anos, alternando entre a suplência e a titularidade durante esse período. Chama-nos a atenção, no relato desse conselheiro, o fato de, assim como Tomé, Paulo não ter tido conhecimento da existência do Conselho até que se voluntariasse a participar de sua primeira Conferência Municipal de Saúde representando esse Sindicato. Esse fato também está relacionado à ausência de outros interessados no interior do Sindicato em participar tanto do Conselho como da Conferência. Isso parece continuar ocorrendo atualmente, uma vez que, como vimos no Capítulo 3, apenas dois sindicatos de trabalhadores enviaram representantes para a Conferência Municipal em que foram escolhidos os conselheiros entrevistados e, ainda assim, em número suficiente apenas para ocuparem as vagas de titular destinadas aos sindicatos. Considerando o fato de que os sindicatos têm tido uma atuação voltada à assinatura de convênios com a rede privada de assistência à saúde, conforme já relato pelo conselheiro Tomé, e a ausência de outros interessados em participar do Conselho, é possível questionar a representatividade desses sindicatos e a manutenção de assento aos mesmos no interior do Conselho.

P: pra te falar a verdade, eu passei, assim, interessar por política mesmo, depois do que o, eu entrei pro sindicato, entendeu? Que aí eu fui, comecei a ler, comecei a perceber, comecei encontrar gente, né, gente assim já com militância na política, entendeu? Então eu comecei a gostar por isso. E vendo o Lula também, e os filmes né, com teor político, aí acabei interessando por política.

S: teve alguma outra experiência antes do sindicato, ou foi a partir

P: não, não. Foi o sindicato mesmo. Entrei pro sindicato e comecei a interessar pela política.

S: entendi. E pela política de saúde, assim, como é que

P: pela política de saúde, é porque a primeira vez que eu fui tinha que participar mesmo o segmento né, o segmento do usuário, né, do sindicato. Então, não tinha, assim, a gente não tinha gente, a pessoa, não tinha quem interessou por ir, entendeu? Eu acabei me oferecendo e fui.

S: entendi. E essa experiência sua, assim, você tinha conhecimento do conselho?

P: não tinha não. 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 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, o ser humano em geral, a necessidade do trabalhador, do morador de São João del Rei, entendeu? (Paulo – Sindicato dos Trabalhadores).

Por sua vez, o conselheiro Filipe tem uma trajetória de participação política com experiências no sindicalismo, militância político-partidária e também participação em associações comunitárias, já tendo, inclusive, representado uma Associação de Bairro no Conselho. Isso sugere, assim como no caso do conselheiro Tomé, que essas formas de participação política se articulam no engajamento político desses atores.

Funcionário aposentado de uma empresa estatal do setor energético e proprietário de dois estabelecimentos comerciais no Município, Filipe está há mais de 10 anos, segundo seu relato, participando do Conselho de Saúde, o que tem sido possível devido ao fato de já ter representado outras entidades como uma Associação de Moradores, assim como pela alternância entre as vagas de titular e suplente. Membro da diretoria da Associação Comercial e Industrial do Município, representa essa entidade no Conselho pelo segundo mandato consecutivo.

Bom, eu sempre trabalhei, sempre tive envolvido com os movimentos sociais, né. Fui da executiva do Sindicato dos Eletricitários de Minas Gerais e, na primeira Conferência, acho que foi em 97, se não me engano, primeira Conferência Municipal de Saúde, eu participei. E de lá pra cá, fui me envolvendo, né, nessa questão da saúde. E atualmente, eu sou o vice-presidente da Associação Comercial e represento os usuários, indicado pela Associação Comercial.

S: entendi. Você já tinha essa participação no Sindicato dos Eletricitários...

F: não especificamente na área da saúde, né. Embora lá a gente discutia a questão de saúde do trabalhador, essas coisas todas. Mas eu digo a vocação é, justamente, por eu tá participando nos movimentos.... Eu fui um dos fundadores do PT, a nível nacional. Participei da primeira Conferência Nacional do PT, mas atualmente, eu ando muito desiludido com política partidária, eu acho que os partidos políticos são iguais, não há diferença, né.

Ideologia não existe mais. Então, eu to afastado da militância, embora continue filiado, mas eu não milito mais em partido político.

S: e pela saúde, desde quando, como foi que você passou a se interessar pelas questões de saúde?

F: olha, eu fui eleito delegado, pra participar da primeira Conferência Municipal de saúde, e a partir daí, eu comecei a me interessar. Porque eu acho que o controle social, ele é muito importante nessa questão, e acabou que eu me enraizei e cada vez mais, eu fico envolvido nessa questão, né.... porque eu sempre pertenci ao conselho de saúde. Nas outras gestões que eu participei lá, foi por outras entidades, como associação de moradores. E eu trabalhei na CEMIG, e eu fazia parte da executiva do sindicato dos eletricitários. Então, desde a 1ª Conferência Municipal de Saúde.... é que faço parte do conselho de saúde. (Filipe – Associação Comercial).

Tiago, o único conselheiro entrevistado que está participando do Conselho pela primeira vez, tem uma trajetória de participação e militância no movimento estudantil e engajamento político-partidário. No Ensino Médio, presidiu o grêmio estudantil do colégio em que estudava e, desde 2009, preside a União Municipal dos Estudantes (UMES) pelo segundo mandato. Com a experiência de participação no movimento estudantil, integrou o primeiro Parlamento Jovem Municipal, instituído pela Câmara Municipal em 2006, sendo também eleito para a presidência deste Parlamento no período de 2007 a 2008. Tão logo assumiu a presidência do Parlamento é convidado a se filiar ao Partido dos Trabalhadores (PT), do qual é atualmente secretário municipal. Sua participação e interesse pela política de saúde decorrem exatamente de sua militância nesse partido.

Isso surgiu porque eu pertencço ao partido, né, e a nossa tendência não tava concordando muito com as políticas que estavam sendo feitas na área da saúde aqui em São João Del Rei. Então, através disso, com outros militantes do nosso partido, alguns companheiros nossos 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 na Conferência de 2010, então eu comecei a conversar com eles, expor as ideias, tinha, começamos a conversar com grupo de alunos que também estava preocupado com a questão de saúde, resolvemos botar o nosso nome, né? (Tiago – UMES).

Já o conselheiro João possui um longo histórico de participação e militância política. Transitando por diversos partidos políticos desde a década de 1960, atua como conselheiro desde a formação do primeiro Conselho de Saúde em São João del Rei, tendo sido, inclusive, presidente da instância no ano de 2002.

Eu comecei a atuar na política já com, em 64, 65, logo ali depois da revolução, que eu morava em São Paulo, aí nós tentamos, com conhecidos que eu tinha lá na época, formar um movimento cívico, que depois seria transformado num partido político, seria hoje o PMN, sabe? Mas houve, a ditadura proibiu os, acabou com os partidos que existiam, proibiu novos partidos, surgiu só Arena e PMDB. Então, a coisa ficou parada. Em 69, 1969, eu voltei a morar em São João del Rei, aí eu me filiei na Arena, a convite de conhecidos que tinha lá no partido, aí eu passei a ter uma participação nisso aí, sabe? Mas não era, eu não fechava com um candidato que se ele, eu tinha, eu atuava também na imprensa, eu tinha uma coluna na imprensa muito lida, muito respeitada, né, modéstia a parte, e através dela eu conseguia muita coisa, então eu fazia as coisas acontecerem através dessa coluna sabe? E eu saí da Arena, fui pro MDB, porque eu não aceitava a maneira de agir do pessoal da época lá, depois surgiu os novos partidos, podia, então o PMDB, o MDB virou PMDB, aí eu passei a participar da diretoria do PMDB, né, e atuante, aí saí do PMDB fui pro PT, que veio com uma mensagem nova, com uma proposta nova e tal, né, e, aí como eu tinha uma certa experiência política e eu, e os Petistas da época, jovens ainda, não tinham qualquer experiência, puseram na cabeça do F. que tomasse cuidado com o pessoal que tivesse experiência política, eu tinha experiência, mas não tinha nenhum interesse de ser candidato, de fazer carreira na política, era mais em termos de programas, de ações, né. Foi nisso aí que eu conheci a V., participando disso aí. Aí eu fui, com a pressão do F., eu saí do PT e entrei no PDT, né, fiquei no PDT, to até hoje no PDT (João – ASAP).

A inserção de João no Conselho de Saúde está vinculada ao seu engajamento político também em associações comunitárias. Segundo seu relato, desde a década de 1970, existia em São João del Rei uma rede integrada de associações de bairros da qual sua associação fazia parte e com a implementação do Conselho de Saúde no início dos anos 1990 ele passa a representá-la. Desde então, esse conselheiro tem transitado por diversas associações com representação no Conselho, tais como entidades prestadoras de serviço, associações de bairro e associação de aposentados.

No início da década de 90, quando começou a ser implementado os Conselhos Municipais de Saúde, então, eu fazia parte de associação de moradores, e a entidade que congregava as associações de moradores na época, eu fazia parte também a nível municipal. Então, eles me indicaram para representar, ser um dos representantes das associações de moradores no Conselho Municipal de Saúde. Naquela época eu entrei no escuro, não entendia nada, não sabia de nada. Levei uns 4 ou 5 anos pra começar a entender, né. Mesmo participando de cursos de capacitação, esses cursos são muito falhos, né. Eles normalmente não adentram naquilo que o conselheiro precisa saber para exercer a atividade de conselheiro, né. Então,

é, a partir de 1998, eu sempre fui secretário do conselho, quando não era o secretário, eu substituía o secretário eventualmente. Então eu pude adentrar muita coisa, viver o que acontecia, sabe? E foi no ano de 2002 que eu fui indicado, pelos conselheiros, pra ser candidato a presidente do conselho. Havia uma lei municipal que era exclusividade do Secretário Municipal de Saúde, mas houve uma movimentação, com a eleição de um conselheiro pra vereador, que foi o Z., então conseguiu mudar a lei e deixar em aberto que poderia ser além do secretário, um outro representante, um outro conselheiro, né. No caso aí dos usuários. E eu fui eleito por unanimidade pra presidência do conselho. Fiquei 2 anos na presidência do conselho. Foi na presidência, participando das Conferências, das plenárias dos conselhos, que eu pude pegar muita coisa, sabe. E depois que eu saí, eu fiquei fora do conselho, mas continuei pesquisando, observando, anotando os acontecimentos na área. (João – ASAP).

A vinculação entre sua militância partidária e o engajamento político em associações comunitárias, ONG's e movimentos sociais é um traço marcante na trajetória desse conselheiro. Em meados da década de 1990, engaja-se num movimento denominado Projeto Acontece, que tinha como proposta o combate à corrupção e fiscalização da gestão pública municipal. Com uma proposta apartidária, esse movimento atuou até meados dos anos 2000, quando alguns de seus membros se envolveram em disputas eleitorais, o que acabou desarticulando o movimento. Posteriormente, em 2007, esse conselheiro participa da fundação de uma ONG, a AMMAS Del Rei. Com os mesmos propósitos do movimento anterior, essa ONG passa também a ter uma atuação voltada para o acompanhamento e fiscalização da política de saúde municipal dada a experiência de participação desse conselheiro e de outros membros a ela vinculados.

Quando foi em, agora em 2007, nós fundamos uma ONG para poder acompanhar, combater a corrupção e com o foco, principalmente, como era vocação dos membros da ONG era a questão de saúde, a gente também passou a atuar nessa área.... Associação dos Movimentos Sociais, Moradores e Amigos de São João del Rei, ela foi copiada naquela AMARRIBO, lá de Ribeirão Bonito, exatamente pra combater a corrupção, acompanhar os serviços públicos, e a gente tá atuando nesse sentido (João – representante ASAP).

Também membro fundador da ONG AMMAS Del Rei, o conselheiro Tadeu tem uma trajetória de inserção na política de saúde a partir de suas vivências profissionais e experiências pessoais com falhas de atendimento e assistência na rede pública de saúde. No final da década de 1990, também passa a se engajar no

associativismo comunitário, fundando em 1997, junto a outros moradores do bairro onde mora, uma associação de moradores com o objetivo de reivindicar melhorias na infraestrutura, saneamento básico e acesso a serviços e equipamentos públicos, chegando a presidi-la, conforme seu relato, por um período de 07 anos.

Bem, é o seguinte, a minha profissão é técnico de segurança do trabalho. E como técnico de segurança do trabalho, a gente lida com muito, igualzinho eu que sempre trabalhei em empresas privadas, muito assim, com pessoas acidentadas, né?! E isso não só na empresa, como também, como já viajei muito também então assim, acidente de trânsito, é, com moto, é com carro, bicicleta, pessoas sendo atropeladas. Então quer dizer, a gente já tem aquilo, né, como eu diria assim, uma vocação nessa área de saúde, na prevenção de saúde.... E como se não bastasse, em 98 eu perdi uma irmã por mau atendimento. Aqui em São João Del Rei, na Santa Casa. Um pilantra de um médico que chama [o nome citado foi suprimido]. Pra mim ele é mais bandido que um profissional. Nem eu, que não sou médico, faria o que ele fez, entendeu? Que é dar alta a uma pessoa infartada, e ela veio a falecer na rua. Então, essas coisas vão somando, né. Que você vai vendo que existe coisas que, que tá contra, inclusive, essa ética profissional, esse juramento que esses profissionais da área de saúde fazem quando formam, né. Então, eu comecei a participar do conselho de saúde em função disso, pra quê? Pra aprender um pouquinho, é, somar um pouquinho de experiência que a gente tem, né. E tentar ser útil pra outras pessoas.... Então isso aí fez com que, no meu caso, acho que no de outros mais também, participasse mais, pra quê? Pra começar a acompanhar o dia-a-dia, pra começar a fiscalizar, é, começar a ver as irregularidades que vão acontecendo e que, ambos os, a direção, os responsáveis, cê tá entendendo, vão cobrindo como se nada tivesse acontecido, e como se fosse mais um, mais um e mais um. Então, esse é um dos motivos que fez com que eu viesse a participar do conselho municipal de saúde. (Tadeu – Associação de Moradores).

Um aspecto que nos chamou atenção nas entrevistas realizadas com Tadeu diz respeito ao fato de representar, atualmente, a associação do bairro onde mora. Conforme o seu relato acima, esse conselheiro tem participado do Conselho desde o final da década de 1990. Quando questionado se sua inserção como representante no Conselho havia sido para representar essa associação, ele nos diz o seguinte:

Isso aí às vezes, dependendo da época, é o seguinte: que às vezes, pra você ser, hoje um membro, um conselheiro, você tem que participar de uma Conferência Municipal de Saúde. E nessa conferência, são diversas pessoas que são escolhidas, sabe? Que participam e são escolhidas depois, né. 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 tá 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 (Tadeu – Associação de Moradores).

Em um primeiro momento, o que nos chama a atenção a partir do relato de Tadeu é a noção que esse conselheiro estabelece quanto à relação entre conselheiros e as entidades que estão representando. Ainda que as decisões tomadas por esses representantes afetem um público mais amplo, favorecendo, inclusive, interpretações de que os conselheiros representam a população do Município, podemos também aventar que essa interpretação esteja ocorrendo em decorrência de dois fatores. De um lado, em virtude da fragilidade das organizações e entidades que esses atores estão representando no Conselho. Como já visto no Capítulo 3, entidades como as associações de bairro têm encontrado cada vez mais dificuldades de organização e funcionamento. O associativismo comunitário, que já teve protagonismo na vida associativa do País em décadas anteriores, tem enfrentado um esvaziamento cada vez mais acentuado. Do outro lado, destacamos a vinculação entre a militância associativa, sindical e partidária como um aspecto marcante na trajetória de participação política desses conselheiros e que tem levado esses conselheiros a buscarem uma vaga no Conselho.

Seidl (2009) aponta que a militância associativa, decorrente da proliferação de entidades e organizações da sociedade civil ligadas às mais diferentes causas e responsáveis por mudanças nas formas de pensar e agir politicamente, assim como por novas formas de representação, por exemplo, em espaços como os Conselhos, também “está atrelada à manutenção de vínculos com partidos políticos e sindicatos, duas instituições clássicas do espaço político” (Seidl, 2009, p. 30). Isso traz o risco de que a militância partidária ou sindical se sobreponha aos temas próprios do conselho ou que o conselho se torne um canal para avançar interesses partidários e/ou sindicais. Isso nos leva a questionar sobre os motivos que levaram conselheiros com práticas sindicais ou partidários a buscar participação no conselho e como as relações com sindicato ou partido atravessam o conselho.

Uma vez que Conselhos de Saúde são espaços em que decisões políticas são tomadas acerca da definição sobre a alocação de recursos, contratação de serviços, aprovação de relatórios e planos municipais, por exemplo, os mais diversos interesses políticos se fazem presentes e estão em disputa. Dessa forma, atentar para a forma como esses atores têm se relacionado com as entidades que representam, os interesses envolvidos e a forma como são escolhidos ou indicados para representá-las pode fornecer pistas importantes sobre o sentido dessa representação para esses atores.

5.2 Tornar-se conselheiro: a escolha e indicação de representantes da sociedade civil no conselho municipal de saúde

Alguns estudos que abordam o perfil socioeconômico dos conselheiros apontam que esses atores, na maioria dos casos, possuem um nível de escolaridade, renda e participação política maiores que a média da população. Isso suscita possíveis questionamentos quanto à representatividade desses conselheiros em relação às classes populares, por exemplo (Coelho, 2004; Santos Junior, Ribeiro; Azevedo, 2004). Todavia, isso não significa, como apontam Santos Junior, Ribeiro e Azevedo (2004), que essas classes populares ou os diversos setores da sociedade sejam sempre representados ou controlados por elites. Dado o contexto de carência e desigualdade de nossa estrutura social, parece racional, como indicam os autores, escolher como representantes pessoas de estratos médios, ou seja, aquelas capazes de falar a língua das elites, para atuarem como conselheiros como uma alternativa para maximizarem seus interesses.

Por outro lado, essas oportunidades de participação podem não estar sendo reconhecidas ou visualizadas. Coelho (2004) aponta que a presença de determinados atores ou grupos sociais está relacionada aos vínculos com alguns atores estatais que esses “novos incluídos” mantêm. Associações comunitárias, que muitas vezes se restringem a algumas lideranças, ou grupos sociais, organizados ou não, por não possuírem esses vínculos políticos, acabam não participando, uma vez que a definição sobre quem pode atuar como representante e como essa escolha é operada pode limitar o acesso a essas instâncias. Dessa forma, é possível observar a presença de associações que dispõem de recursos materiais e humanos para participação nesses espaços, ou que estão ali devido ao capital político que

possuem, mas que carecem de representatividade, permanecendo distantes de grupos e setores tradicionalmente marginalizados do processo decisório (Coelho, 2004; Lüchmann, 2011).

Stralen e colaboradores (2006), por sua vez, observam que a manutenção de alguns conselheiros e entidades com representação nos Conselhos de Saúde está vinculada a uma “profissionalização” de alguns desses conselheiros. Na definição de Pereira Neto (2012), são pessoas que buscam de qualquer forma sua permanência no Conselho de Saúde. Em muitos casos, não apresentam relação alguma com as entidades que representam, e muitas vezes utilizam do conhecimento que adquiriram ao longo do tempo para que sejam indicados por entidades com representação no conselho, construindo estratégias que garantam êxito em continuarem ocupando um lugar de influência e poder.

Em São João del Rei, um primeiro aspecto que destacamos é o fato de os mesmos conselheiros estarem exercendo esse papel há pelo menos 7 anos e muitos já estarem em seu segundo mandato consecutivo. Isso tem sido possível graças ao emprego de algumas estratégias por parte desses conselheiros tais como o rodízio entre conselheiros titulares e suplentes e a indicação por entidades diferentes com representação no Conselho.

Há uma imbricação de fatores que podem contribuir para a manutenção de mandatos por longo tempo. Desde a falta de estrutura e organização de algumas entidades, a baixa participação da população nas atividades do Conselho e o seu não reconhecimento como uma instância de influência e tomada de decisões sobre a política local de saúde, passando por disputas partidárias, em que partidos opositores à gestão municipal têm buscado entidades com representação no Conselho para indicar conselheiros, representação assegurada a entidades com recursos, mas sem representatividade até interferência do gestor e presidente do conselho na composição do conselho.

A troca de entidades, bem como interferências por parte tanto do secretário de saúde como do presidente do Conselho, por exemplo, podem ser extraídas a partir do relato do conselheiro João. Antes do início da pesquisa de campo, João representava uma entidade prestadora de serviço, a APADEQ, e quando começamos a pesquisa de campo, o conselheiro já havia sido destituído por essa entidade e estava representando a ASAP, no segmento dos usuários.

eu passei a representá-la no conselho municipal de saúde, foi depois que o, eu representava a APADEQ, e nós começamos, eu e mais alguns companheiros, inclusive o Tadeu, nós começamos a fazer algumas cobranças lá no Conselho, eles se sentiram acuados, né. Então, foram, procuraram a direção da APADEQ, como da outra entidade do outro companheiro e pediu pra que nós fôssemos substituídos, né. Assim fizeram, mas no nosso caso, eles não nos avisaram nada. Só no caso do N, mandaram um ofício direto, ele ficou sabendo lá no Conselho, e no meu caso, a diretora lá me telefonou num final de semana, à noite, 9 horas, 9 e meia. Dizendo que eu estava sendo substituído, que eles tinham interesse em colocar alguém lá de dentro, da diretoria deles (João – ASAP).

Mais à frente, quando questionado sobre o processo de indicação para representar a entidade que o tinha destituído, ele nos diz o seguinte:

Da APADEQ é o seguinte, eu já tinha conhecimento com alguns diretores lá, sabe? E o representante da APADEQ veio a falecer, que era companheiro nosso lá no Conselho e fora do conselho na atuação aí. Mas ele falava que queria que eu voltasse pro Conselho, que eu tava afastado. Então, ele ia representar uma outra entidade, e me indicou lá pra APADEQ, sabe? Ficou na indicação. E nisso, ele veio a falecer e o presidente, o presidente do Conselho alega que ele que foi lá na, nos dizeres dos diretores da APADEQ, que ele foi lá pedir pra que confirmasse meu nome. Que até tinha sido, além disso, também o próprio secretário de saúde tinha sido intermediário pra minha indicação, mas depois, porque eles indicaram, não quer dizer que eu ia ficar subalterno a eles. E aí, eu tava incomodando tanto o secretário, como o presidente. Acho que todos os dois, se eles foram lá pedir pra que eu fosse representante da APADEQ, todos os dois foram lá pedir pra me substituir.

S: você acha que teve essa interferência do presidente e do secretário?

J: eu acho que teve. E a maneira como foi a nossa saída do conselho, foi tudo ilegal, sabe? O outro companheiro, inclusive, entrou na justiça. E até agora, ele tem, todos os passos ele tem ganho. Eu não continuei porque eu fui indicado pela ASAP, então não tive interesse mais de brigar com eles lá (João – ASAP).

Sobre a sua indicação para atuar como conselheiro pela ASAP, ela ocorreu após a reunião em que foram apresentados e lidos os ofícios com o pedido de substituição dos dois conselheiros relatados, e parece estar mais vinculada às dificuldades enfrentadas pelo seu antecessor em exercer essa representação, assim como ao reconhecimento de sua trajetória e militância como aspectos importantes para a participação neste espaço. Nas palavras do conselheiro João:

aí o representante da ASAP, depois da reunião, me chamou e falou assim: ó, você entende mais e eu tenho problema de saúde do meu filho, eu fico na

suplência e você fica como titular. Falei: então você conversa lá com o presidente, o senhor Wilson. E assim ele fez, conversou com o senhor Wilson. Aí eu fui lá depois que ele conversou, aí eu fui lá também, conversei com ele, nós fomos os dois, e assumimos a responsabilidade, ele me deu um ofício pra representar a ASAP (João – ASAP).

Assim como no caso do conselheiro João, também é possível identificar uma influência e atuação do presidente do Conselho para a indicação do conselheiro Tiago. Como já mencionado por este conselheiro, sua militância partidária teve uma influência determinante na sua busca por uma vaga no Conselho. Aliado a isso, sua condição de presidente de uma entidade com vaga assegurada no Conselho e as relações estabelecidas com o presidente do mesmo conformaram as condições ideais para que Tiago assumisse uma vaga no Conselho.

Eu estava acompanhando o conselho, não assim de ir em reuniões, mas sobre a situação da cidade, como é que estava a saúde na cidade e como é que era a atuação do Conselho, através muito pelo B., pela história que a gente tem, pela amizade que a gente tem, e vendo essa situação, a gente começou a ter essa ciência. O B. já tinha falado dessa condição da UMES com o DCE, e como já é direito no conselho a UMES, a gente começou a pegar interesse quanto a isso, pra poder tá chegando na Conferência e poder discutir alguma coisa (Tiago – UMES).

Já a indicação do conselheiro Filipe nos chama atenção por dois aspectos. Primeiro pela sua própria experiência de participação no Conselho, como ele relata, já participou em outras oportunidades representando entidades como associações de bairro, identificando, inclusive, dificuldades em representar esse tipo de associação no Conselho, dada a pouca cultura associativa no Município e o uso dessas entidades para fins outros como a busca por cargos eletivos nas disputas eleitorais. Em segundo lugar, é a leitura que ele próprio faz da representação de sua entidade no Conselho.

ela era uma entidade fecha, né, muito fechada. Hoje não, hoje ela é uma entidade que participa da vida da cidade através dos conselhos. E eu sou representante, fui indicado pela Associação Comercial pra representar os usuários no conselho de saúde. Além do conselho de saúde, nós atuamos em outros conselhos, né.

S: hum-hum

F: eu vou falar os conselhos que eu represento, né, através da Associação Comercial, que é o Consu, Conselho Universitário e o Conselho Anti-drogas e agora, o recém criado Conselho da Defesa Civil.

S: todos eles você é que está como representante da

F: é, mas tem outros conselhos, com outros diretores, indicados pela Associação Comercial

S: quando você fala que ela era mais fechada, como é que

F: ela não participava ativamente, assim, da vida da cidade. Ela era voltada mais para interesse mesmo dos associados

S: entendi

F: ficava, assim, isolada, né? E a gente com o tempo foi percebendo que a Associação Comercial ela tem, também, uma responsabilidade social e tem que tá, né, participando. E que não adianta você ficar isolado numa comunidade, né? Se todos vão bem, o comércio vai bem (Filipe – Associação Comercial).

Mais à frente, quando questionado sobre como a sua entidade o escolheu para representá-la no Conselho, Filipe relata estar cumprindo uma espécie de função na qual seu papel é o de fazer a articulação entre a comunidade local e a Associação, cumprindo com a responsabilidade social que essa entidade teria.

Foi o seguinte, eu fui convidado pra compor uma chapa da Associação Comercial. Até então eu era sócio, mas nem participava de nada, você entendeu? Porque era uma entidade, realmente, conforme eu já disse anteriormente, uma entidade muito fechada. Aí quando formou-se uma diretoria, uma nova diretoria, eu só aceitei compor essa diretoria por causa dessas propostas, de aproximar mais da comunidade, de ser uma entidade, é, com responsabilidade social, fazer valer isso, entendeu? Então, ideologicamente, bateu com o que eu penso, sabe? Aí eu topei fazer parte dessa diretoria. E conseqüentemente, tava terminando meu mandato como conselheiro de saúde pela associação de bairro. Então, na próxima Conferência, onde eu fui delegado pela Associação Comercial, aí eu coloquei meu nome como candidato a conselheiro, representando os usuários, mas através da Associação Comercial. Aconteceu dessa forma. E lá na Associação eu cumpro esse papel, entendeu? Essa parte mais externa, de tá participando dos conselhos e tal (Filipe – Associação Comercial).

Aqui nos chama atenção a questão da “responsabilidade social” trazida por esse conselheiro sobre a representação de sua entidade no Conselho. Esse conceito é comumente empregado no ambiente corporativo, em que empresas e indústrias têm buscado promover alternativas e projetos que visem equalizar a relação entre o desenvolvimento de seus negócios e o meio social onde estão inseridos. Tem recebido destaque e importância, de forma mais recente, devido a pressões de movimentos ambientalistas, trabalhadores e grupos engajados em causas sociais e de melhoria das condições de vida da população. Tem se caracterizado como uma estratégia utilizada por indústrias e grupos empresariais na

melhoria de sua imagem, bem como no seu relacionamento com a comunidade em que está inserida, promovendo ações que possam contribuir para o desenvolvimento social.

Dessa forma, a inserção em diversos conselhos existentes no Município parece ter sido a estratégia adotada por parte dessa Associação para viabilizar a promoção de sua responsabilidade social e aproximar, como o próprio conselheiro afirma, essa entidade da população. Nesse sentido, a representatividade dessa entidade aparece de forma central quanto a sua presença no Conselho, uma vez que seria a partir da promoção de ações de responsabilidade social que essa entidade estaria buscando legitimar sua presença no mesmo. Assim, é esse mesmo conselheiro que nos aponta alguns aspectos sobre a presença de sua entidade no Conselho:

olha, quando a Associação Comercial, ela tem direito a uma cadeira no conselho, de representantes de usuários, porque? Muita gente fala assim: ah, mas o comerciante, o industrial... a sociedade têm uma visão que o pessoal tem o poder aquisitivo alto, tem plano de saúde e tal, e não é bem assim. Por exemplo, o empresário tem seus funcionários, tem seus familiares, e o que a gente defende? Uma saúde pública de qualidade, onde todos possam ter acesso. O próprio funcionário. Eu por exemplo, eu tenho meu plano de saúde, mas eu não uso meu plano de saúde. Aliás, minto, eu faço questão de usar meu plano de saúde, justamente pra economizar pra quem não tem plano, pra economizar o SUS para essas pessoas. Mas eu defendo o SUS, não há uma contradição, você entendeu? (Filipe – Associação Comercial)

Todavia, ainda que não exista nenhuma contradição no fato de essa entidade ser representada no Conselho de Saúde, ao ser questionado sobre os interesses da sua associação na área da saúde, parece claro que é o seu histórico de atuação e militância que levaram esse debate para o interior da Associação. Nas suas palavras: “bom, na área da saúde, se bem que eu é que levo essas discussões lá pra dentro, e abro uma discussão com todos” (Filipe – Associação Comercial). Dessa forma, sob um determinado prisma, podemos considerar que Filipe tem buscado obter legitimidade promovendo *advocacy*, e à medida que esse conselheiro está identificado com a entidade, tem buscado justificá-la. Ainda assim, mesmo partindo desse conselheiro a iniciativa de debater questões relacionadas à política de saúde do Município e das dificuldades e desafios encontrados por ele a partir de

sua participação no Conselho, isso parece não ser suficiente para mobilizar diretores, empresários e associados em torno das questões relativas ao Conselho, o que fica claro a partir de seu próprio relato sobre a ausência de outros membros interessados nas questões relativas à saúde.

Tem lá, né, por exemplo, o C. é meu suplente. O C. é um cara que tem uma visão, assim, [interrupção pelo telefone do entrevistado] então, o C. tem essa visão que eu tenho. Nós somos companheiros, atuamos. O C. é do Instituto Apoiar e é diretor da Associação também. Ele é até meu suplente lá no Conselho de Saúde. E o C. também exerce uma função lá no Conselho, conselho diretor lá da Universidade Federal. Quer dizer, nós dois temos essa visão, né. Agora os demais diretores, não vou citar nome porque é chato, né.

S: sim, claro.

F: não tem, assim, essa preocupação, muito grande, em participar desse movimento não.

S: os associados, também, de um modo geral, não?

F: não. O associado, na verdade, até difícil você convocar para uma assembleia, fazer uma reunião, até difícil, né. O associado, na verdade, o pessoal parece que anda descrente de tudo, é aquela questão, né, cada um pra si. Nós estamos batalhando pra mudar esse quadro, nós queremos que as pessoas, realmente, tenham uma visão diferente, né. Tenham uma visão melhor do associativismo, da organização, a gente tá trabalhando pra isso. Agora, no momento, minha visão é essa que eu tô te falando. Eu não vejo alguém que esteja interessado também em tá participando. Sempre quando surge um conselho novo e tal, que a Associação é convidada a participar, “ah, indica o Filipe. Ah, indica o C.”. Sempre os mesmos são indicados, entendeu? Então, eu não vejo, assim, por parte dos empresários lá, da diretoria, outras pessoas com esse comprometimento de tá participando de algum conselho, de alguma atividade extra, não (Filipe – Associação Comercial).

5.2.1 As relações entre conselheiros e as entidades que representam

A forma através da qual os conselheiros são escolhidos ou indicados modela a relação com a entidade e influi sobre a modalidade de representação. Entretanto, essa modalidade de representação é construída e legitimada pelo caminhar do próprio conselheiro. Por exemplo, se levamos em consideração a trajetória do conselheiro Filipe, o fato de esse conselheiro já ter representado uma associação de bairro em gestões anteriores no Conselho, participado desde a 1ª Conferência Municipal de Saúde e o relato apresentado por ele sobre sua entidade, a questão da representatividade parece estar muito mais vinculada ao próprio conselheiro e seu histórico de militância do que à entidade, que mantém sua representação no Conselho aliando a representatividade construída pelo conselheiro e seu interesse

em participar dessa instância à sua proposta de responsabilidade social. Isso se dá sem, contudo, apresentar uma proposta ou ações voltadas à política de saúde. Configura-se um movimento que o próprio Filipe identifica haver em algumas entidades e por parte de alguns conselheiros com histórico de militância e participação política.

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 forma, têm algum envolvimento e não estão ligados a entidades, procuram, né, essas entidades e tal, associam lá e são indicados, mas também não há aquela interação entre o indicado e a entidade (Filipe – Associação Comercial).

Essa tem sido uma situação já apontada por autores como Stralen (2011). Para o autor, muitas das entidades com representação nos conselhos têm relação com as questões da saúde e buscam melhorias na assistência à saúde da população proporcionada pelo SUS, enquanto outras, como sindicatos, por exemplo, buscam o estabelecimento de convênios com entidades privadas fora do contexto do SUS ou não possuem interesses diretamente relacionados às questões da saúde.

Ressaltamos aqui que a busca por estabelecer convênios com o setor privado por parte de entidades civis como alternativa a suprir a carência do setor público não é por si problemática e não se trata aqui de condená-las. Contudo, é o fato de entidades que não congregam interesses relacionados às questões da saúde ou por não estarem necessariamente comprometidas com o fortalecimento do SUS ocuparem acento no Conselho que enfraquece a representação da sociedade civil nos conselhos e sua capacidade de incluir uma “pluralidade de atores e perspectivas, diretamente afins com a política pública em questão” (Almeida, 2011, p. 279).

Dessa forma, nos chama atenção a constatação dos próprios conselheiros quanto aos interesses de suas entidades na política de saúde. É o caso, por exemplo, do conselheiro João, representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas. Quando perguntado sobre as atividades e interesses da entidade, ele nos diz o seguinte:

J: ela faz, semanalmente tem um baile, né, toda terça-feira. Ela tem assistência médica, convênio, né, através de convênio. Ela tem vários

convênios na cidade, que tem desconto para os associados. A força que sai é daí, que com a dificuldade de acesso no SUS, então, através de convênio, eles pagam um pouco menos, né. E quem mais frequenta os consultórios são os idosos. Agora, ela faz, faz viagens por aí e tal.

S: e a atuação dela com relação à saúde? Você disse que ela é uma entidade que busca fazer convênios com a rede privada, você acha que isso tem alguma interferência na atuação dela na área da saúde?

A: olha, eu acho que, é, de um lado é benéfico né. Agora, de outro lado é o seguinte, amanhã, se tiver uma melhoria do acesso da população a consulta médica, exame e outros procedimentos, ela vai sofrer um pouco. Porque aí o pessoal pega e sai: “então tá, eu não preciso de lazer, não sei o que e tal. Então, vai reduzir um pouco, né. Nem todo mundo gosta de viajar, ou de fazer, de participar de um baile, de um outro evento qualquer aí.

(João – ASAP).

Mais à frente, quando perguntado sobre o que ele acha que sua entidade espera de sua atuação como conselheiro, ele afirma que seria “defender os interesses dos associados dela e, de um modo geral, dos usuários do Sistema Único de Saúde”. No caso específico dos idosos e aposentados, esse conselheiro faz menção à criação do Centro de Referência dos Idosos, previsto no Estatuto do Idoso e que não existe na cidade. Dessa forma, ele tem como “meta para 2013 a implantação desse Centro de Referência e vai atender exatamente o pessoal da ASAP” (João – ASAP).

Contudo, a proposta de criação desse Centro de Referência, ou mesmo a presença de outras propostas e demandas relacionadas à saúde de interesse dessa entidade parecem estar mais vinculadas ao ativismo e a construção da representatividade do próprio conselheiro do que da entidade em si

S: retomando essa questão da relação com entidade. Você falou, então, a ASAP tem apresentado propostas, demandas específicas pra área da saúde do idoso?

J: dela em si, que ela me chamasse, pedisse pra mim trazer, ela nunca, nunca aconteceu isso, né. Agora, essa questão do Centro de Referência está no Estatuto do Idoso, e interessa aos idosos, que são a maioria dos associados da ASAP, então, isso aí a gente vai levar avante esse ano agora.

S: mas isso é mais por um entendimento do senhor, que sabe disso, ou é a própria

J: é, mais um entendimento meu, né. Agora, como isso aí tá na lei, né, e a ASAP, inclusive, faz parte lá do Conselho do Idoso, que tá, no momento, inoperante também, mas vai voltar a funcionar, e, logicamente, eles vão ter que cobrar o funcionamento disso aí.

Ao atentarmos para forma como esse conselheiro tem prestado contas de suas ações à entidade e a configuração das relações entre ambos, o distanciamento

dessa entidade das questões relativas ao Conselho e das ações de seu representante fica mais evidente:

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 apresentam relatório e, mas nunca fui chamado pra participar da reunião da diretoria em si, eu entrego pro presidente o relatório (João – ASAP).

Situação parecida é identificada pelo representante da União Municipal dos Estudantes. Para esse conselheiro, o movimento estudantil tem encontrado dificuldades em mobilizar a juventude à participação política, não só com relação ao envolvimento nas questões relacionadas à política de saúde, mas a própria entidade tem encontrado dificuldades na adesão de novos membros e estudantes interessados nesse tipo de participação política.

S: Como é que você a atuação do movimento estudantil dentro de um conselho, como é que você percebe isso, como é que é essa relação?

T: é pouca a atuação, a atuação é muito baixa. Não tenho muito, somos só eu mesmo e meu suplente. Meu suplente, ele foi em reunião, em uma ou duas vezes, quando eu não pude ir, mas também nunca se mostrou interessado quando eu vou, de tá acompanhando. A diretoria, também, é uma vez por mês que eles se interessam, e ali mesmo, naquela pauta de reunião, a gente já, como se diz, já mata o assunto ali mesmo. A gente chama, convida e tal, só que não há isso. Tá até muito difícil, nem digo pelo conselho, mas até aqui no próprio movimento estudantil, a renovação de quadros, né. Nós estamos tentando renovar o quadro da UMES há vários anos, pra dar uma mudada, né, no modo de pensar da UMES, e não estamos conseguindo, a gente nova é um ou dois que chega ou, quando chega muitos, todos vão embora de uma vez só. Então, principalmente, já teve essa questão no conselho, uma diretoria na qual nós somos nove, só um se interessou (Tiago – representante UMES).

Neste caso, todavia, ressaltamos, conforme já mencionado por esse próprio conselheiro, que a representação dessa entidade no Conselho está mais vinculada aos propósitos do partido político do qual ele faz parte e à sua condição de presidente dessa entidade, o que proporcionou ao conselheiro utilizar-se do assento garantido na entidade para se inserir no Conselho. Desse modo, nos chama atenção o relato que esse conselheiro apresenta sobre seus interesses em continuar exercendo o papel de representante no Conselho:

S: e assim, esse foi seu primeiro mandato como conselheiro?

T: primeiro mandato.

S: ano que vem, a conferência vai ser agora no próximo ano...

T: é, deve ser até abril, maio, não sei. Tem que ter a Conferência, caso se tiver algum problema, igual a nossa foi em agosto, julho, agosto, uma coisa assim

S: e aí, com relação a cadeira do movimento estudantil, vocês vão passar tanto o titular, quanto a suplência para o DCE?

T: isso. É porque, além do meu mandato, né, eu já fui pra reeleição da UMES, eu não posso mais. Eu to passando do segmento pro segmento universitário também, né, aí eu já encaixo no DCE (risos). Encaixo no DCE, mas eu tenho intenção de ir pro conselho de novo, novamente, né, ou por associação, associação de bairro, né, que eu sou secretário de associação de bairro aqui de São João, ou então pelo próprio governo, agora com o professor H. Dependendo de onde a gente for se encaixar no governo, eu to pretendendo ir ou pelo governo, ou então pela associação.

S: eu ia te perguntar exatamente isso. Então você tem interesse em [continuar]?

T: tenho, tenho interesse em continuar. Com certeza. Caso se chegar o momento e não tiver condições de eu tá permanecendo no Conselho, meu suplente assume, né. Mas o meu interesse é que na próxima Conferência de Saúde ta lá sim e tentar

S: você faz parte de uma associação de bairro?

T: isso, eu faço parte da Associação dos Moradores de Santa Terezinha, né, no Matozinhos, né. Nós pegamos agora esse ano a associação, então a gente tá querendo da uma reerguida, e, primeiramente, eu acho que é botar a associação na sociedade, né, de novo, no meio social, através dos conselhos, através da própria administração pública. Então, eu acho que dessa vez, já pedi o pessoal, eles falaram que não tem problema, que eu vou sair representando a associação caso, né, uma reeleição pra tá aí no conselho. (Tiago – representante UMES)

A entrevista na qual esse conselheiro relata seu interesse em continuar exercendo o papel de representante no Conselho foi realizada após o pleito municipal no qual o candidato do seu partido venceu as eleições e se tornou prefeito de São João del Rei. Como secretário municipal do partido, esse conselheiro espera fazer parte da administração no novo governo e, como tal, já visualiza representá-lo no Conselho, a depender da função ou cargo que virá assumir. Esse fato traria, inclusive, mais legitimidade à sua representação no Conselho. Todavia, o que destacamos do relato desse conselheiro é o emprego de estratégia parecida pela qual foi inserido no Conselho como representante da UMES, para uma eventual indicação a representar a associação de bairro da qual faz parte, apontando

inclusive a possibilidade de vincular sua entidade à administração pública para assim, nas suas palavras: “botar a associação na sociedade”.

Com relação aos representantes de associações de bairro entrevistados, a militância e experiências anteriores de participação política (associativismo comunitário e militância sindical), assim como a experiência e conhecimento adquiridos em participações anteriores no Conselho, parecem também figurar e se destacarem como os principais aspectos no processo de escolha desses conselheiros.

Porque o pessoal também percebe o seguinte: quando eles veem que tem alguém que conhece um pouquinho mais, às vezes, ele prefere indicar a pessoa do que ele mesmo ir tentar pra aprender. Ele fala: “ah, eu não tenho condição de aprender, eu não sei nada, não conheço nada”. E a gente já vem na saúde há muitos anos, não começou agora, não. Nós temos muitos anos que a gente vem nessa luta. Então, tem esse fator também, se a pessoa, geralmente ele, ele vai ficar, né, ele é escolhido (Tadeu – representante Associação de Bairro).

Em São João del Rei, são realizadas pré-conferências nos meses que antecedem a Conferência Municipal. São eventos preparatórios em que temas e questões sobre a política de saúde do município são debatidos e, a partir desse debate, levantadas as principais demandas da população com relação à saúde. Além disso, são nesses eventos que são escolhidos os delegados que participarão da eleição de conselheiros representantes das associações de bairro na Conferência. Em pesquisa sobre as Conferências Municipais de Saúde em municípios de Minas Gerais, Stralen e colaboradores (2010) constataram que em São João del Rei a presença e participação nas pré-conferências apresentou-se maior e mais significativa do que nas reuniões e atividades do próprio Conselho.

Nas palavras do conselheiro Tadeu, em eventos como as pré-conferências e, mesmo durante a Conferência, é “interessante ter pessoas, principalmente assim, com um pouquinho de conhecimento, porque na hora de tirar as propostas, tem que ver o que é mais importante. Tanto para o bairro, como para o município. Então, se você consegue tirar propostas boas, quer dizer, o município ganha” (Tadeu – representante Associação de Bairro).

Em face da importância destacada por esse conselheiro sobre as pré-conferências e a Conferência Municipal, ele se mostra descontente com o

tratamento dado às propostas levantadas e definidas nesse espaço. Para ele, “faz conferência, gasta-se e depois, na hora de cumprir aquele relatório, votado e aprovado pela conferência, é a maior dificuldade” (Tadeu – representante Associação de Bairro). Isso porque além da falta de vontade política por parte da secretaria municipal de saúde em executar as propostas aprovadas, nas suas palavras: “as pessoas brigam, às vezes, pra participar do conselho, depois que estão lá, não fazem o trabalho que devem, que seria fiscalizar, orientar o senhor secretário, acompanhar todas as atitudes, né, o cronograma da secretaria” (Tadeu – representante Associação de Bairro).

Nesse sentido, podemos destacar, com base no relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde, que os eixos temáticos em que foram estruturados os debates e grupos de trabalho da Conferência seguiram as mesmas diretrizes da VII Conferência Estadual, apresentando algumas questões específicas ao Município, mas em sua maioria apresenta questões mais amplas, de âmbito estadual e nacional. Todavia, podemos aventar que esse relatório e as deliberações e propostas elaboradas durante a Conferência não têm se concretizado como as diretrizes norteadoras e um instrumento de referência para a construção da agenda local de saúde. O conselheiro Tomé, quando entrevistado, por exemplo, sequer tinha conhecimento da existência desse relatório, além também de identificar uma falta de apoio e interesse da Secretaria Municipal de Saúde para a própria realização da Conferência, o que tem resultado, por exemplo, na ausência de um Plano Municipal de Saúde desde o ano de 2005.

não havia interesse nem da secretaria em articular, né. Então eles deram a mínima para a Conferência. Tanto que a gente não tem nem plano municipal de saúde, o que tem é de 2005. Não tem, eles não têm muito interesse em fazer política de saúde, não. Então pra ele, quanto menos pessoas participar, melhor, né.

S: e como é que fica essa situação, não tem o plano de saúde, como é que tá sendo feito isso no conselho?

T: a comissão? Não, o que a gente faz? É porque tem as, aqueles, os planos estabelecidos, as metas estabelecidas pelo governo federal e estadual. Então a gente segue aquilo e a gente tem também, que na Conferência, a gente tirou algumas propostas. Então a gente vai em cima disso. Só que tem que ser baseado em cima da coisa do Estado e da União, porque do município

S: não tem

T: não tem como porque o município não, até hoje o relatório não saiu. Eles não dão muito importância, não (Tomé – representante Associação de Bairro).

A falta de apoio e vontade política por parte do executivo local em executar e cumprir as propostas e demandas levantadas na Conferência Municipal de Saúde, bem como em estabelecer uma ação conjunta com as instâncias participativas (Conferência e Conselho) para a construção e elaboração dos seus instrumentos de gestão, relatada por esses conselheiros, foi também identificada por Stralen e colaboradores (2010) e, em grande parte, corroboram as observações feitas pelos mesmos, o que evidencia ser uma atitude constante por parte dos executivos locais no Município, uma vez que o estudo feito pelos autores abrangeu a análise de Conferências realizadas no período de 2003 a 2009.

Mesmo diante desses fatores, o conselheiro Tadeu identifica um grande interesse por parte da população em participar da Conferência e da escolha dos conselheiros. Há, inclusive, segundo ele, uma disputa “pesada” entre pessoas buscando uma vaga como conselheiro. Nesse sentido, segundo sua análise, conseguem se destacar e serem escolhidas “aquelas pessoas com mais visão”, que estabelecem algum tipo de articulação entre os participantes, tanto na escolha dos delegados, como na escolha dos conselheiros. Principalmente, “aqueles que têm interesse, inclusive, em política partidária. Eles querem estar entre eles ali” (Tadeu – representante Associação de Bairro).

Em grande parte, essa é uma perspectiva compartilhada por Tomé. Contudo, com relação à sua eleição para o Conselho, ao contrário do conselheiro Tadeu, sua percepção é de que foi uma Conferência que não contou com uma participação incisiva tanto por parte da população como de outras associações de bairro. Isso teria facilitado, inclusive, a articulação necessária entre as associações e delegados presentes para a indicação dos conselheiros.

se bem que a Conferência, ela foi muito vazia, né, a participação da população é muito, o pessoal não se interessa muito, não. Eles não, parece que eles não dão interesse, eles pensam que as coisas acontecem e que Deus ajuda, né. Então, o pessoal não, não houve uma participação, assim, muito maciça, não. É porque se a gente dependesse do voto mesmo, aí era complicado. Porque o pessoal não tem compromisso, né. Porque são dois, era, ela [a Conferência] foi na sexta, sábado e no domingo. Então o pessoal não tem esse comprometimento de comparecer. Aí no dia da votação é um problema danado.

S: a escolha dos conselheiros foi só no domingo?

T: é, porque tem que ter a participação e a eleição é no domingo.

S: e foi tranquila essa eleição? Como é que

T: dessa vez foi tranquila. Porque ela, assim, eram poucas pessoas. Então assim, a condução foi mais tranquila. Que a gente fez, a gente subdividiu a cidade, né. Aí nós pegamos Matozinhos, Tijuco, Centro, Cônia, então ficou mais fácil de articular, aí não teve tanto problema, não. Só que assim, tinha poucas pessoas.

S: e em termos de associações, tinha bastante?

T: dos outros bairros?

S: é, de outros bairros

T: tinha alguma, mas não era, assim, aquele número expressivo, não. Tinha, assim, representante de vários, de quase todos bairros. Mas não era aquele número, assim, que a gente esperava, que todas associações participassem, porque não participa, não (Tomé – representante – Associação de Bairro).

Para esse conselheiro, além da falta de interesse em participar das Conferências, há também um desinteresse por parte das pessoas que se apresentam como delegado a partir dessas pré-conferências a se candidatarem à vaga de conselheiro. O interesse, na maioria dos casos, segundo ele, se restringe a participarem da Conferência e do processo de escolha daqueles que se candidatam à vaga no conselho.

S: essas outras associações que estavam participando, elas tinham levado pessoas pra se candidatar a conselheiro também, ou não?

T: é porque olha só, a gente faz pré-conferência. Então, o conselho faz pré, então a gente vai todo mundo nos bairros, e de lá que tira os delegados. Então tinha associação que indicava, mas quando chegava lá falava: quem quer ser conselheiro? São poucas pessoas que querem. Às vezes participou lá, mas fala “ah, não. Quero participar, não quero ser conselheiro, não. Não quero participar da eleição, não”. Então tem muito isso também. O pessoal não, o pessoal ainda não assimilou, não. São poucas pessoas que tem essa mentalidade, né, de tá participando do conselho, não sabe da importância do conselho (Tomé – representante – Associação de Bairro).

Desse modo, a avaliação que esse conselheiro faz das associações de bairro em São João del Rei aponta uma desmobilização e falta de interesse da população na participação política e a pouca tradição associativa no Município, uma vez que para ele:

tem umas que são atuantes até demais, que o pessoal corre atrás. Agora, tem umas que, sei lá, elas não tem entendimento do que seja uma associação. E também tem a vontade também do povo, né. O povo também quer as coisas, mas não quer participar. Tem gente que fala assim: ah, não, não vou lá não que se não vai aparecer a cara. Igual quando houve aquele problema das eleições da escola, eu fui com o povo, fui representando o bairro do Pio XII,

mas não apareceu uma associação. Quer dizer, o problema era só do Pio XII? Era do município inteiro. E assim, associação nenhuma participou. Todo mundo viu como foi a movimentação. As professoras fizeram aquela paralisação, todo mundo foi afetado, né. Mas agora, aparecer, falei: ô gente, a gente tem que ir lá também, que olha nosso bairro também tá sendo (afetado). O pessoal não se tocou pra isso não.

S: e você acha que isso é mais em função de uma desmobilização mesmo, ou medo de alguma represália, alguma coisa assim?

T: não, eu acho que é assim, falta de motivação mesmo. Não sei, que tem essa falta de mobilização, a pessoa não tem ... eu acho que é falta de interesse mesmo. O pessoal fala assim: ah, isso aí não me afeta não (Tomé – representante Associação de Bairro).

Nesse sentido, a presença de poucos atores com militância e engajamento político aliada ao baixo associativismo do Município tem contribuído não só para que os mesmos atores permaneçam no Conselho de Saúde por tanto tempo, como também para que muitos deles ocupem outros espaços e fóruns de participação política. Isso tem sido questionado segundo o conselheiro Tomé por dois aspectos. De um lado, um movimento de setores do governo local que não enxergam a necessidade de atores da sociedade civil participarem de fóruns como os Conselhos ou não querem interferência ou partilha do poder decisório sobre as políticas do Município com setores da sociedade. Isso porque, segundo esse conselheiro, “as pessoas que são do poder eles têm uma coisa assim: você que é sociedade civil, você não precisa se envolver nessas coisas não. Deixa que a gente mesmo resolve. Porque para eles é mais cômodo, né” (Tomé – representante Associação de Bairro). Por outro lado, é a própria participação dos mesmos atores em conselhos e fóruns de políticas distintas que tem sido questionada:

Então a gente, pra você ter uma ideia, quando eu participava do Conselho da Merenda Escolar, tinha um cabra lá que trabalhava Secretaria, ele teve a cara de pau de falar com o B., que é presidente do conselho (de Saúde) hoje, que ele não poderia participar do Conselho de Merenda Escolar porque ele já era da Saúde. Aí o B. falou: “peraí, onde que tá escrito isso? eu sou voluntário, se eu quiser participar de 50 conselhos quem vai me impedir?” Oh, eu não ganho nada com isso, to querendo é ajudar, não to querendo atrapalhar nada não, mas é o conceito que eles têm. Que nós somos os enxeridos, nós estamos perturbando (Tomé – representante Associação de Bairro).

Assim, com base no relato desses conselheiros, podemos destacar que a indicação e escolha desses atores para ocuparem uma vaga no Conselho tem sido atravessada por diversos fatores que têm contribuído tanto para a cristalização da

permanência de alguns deles, como para a sua substituição. Isso porque a busca por uma vaga no Conselho de Saúde não está vinculada somente a interesses pessoais ou projeções políticas para a disputa de cargos eletivos, como mencionado pelo conselheiro Filipe. Em muitos casos, como os relatados pelos próprios conselheiros, também não está necessariamente relacionada à representatividade de uma organização ou associação da sociedade civil, nem aos vínculos que o conselheiro possua com essa entidade, ou mesmo à defesa e fortalecimento do SUS, guardando, na maioria das vezes, maior referência à própria militância, ativismo e engajamento político por parte desses atores que das entidades que representam.

Nesse sentido, concordamos com Almeida (2011) quando essa autora atenta para o fato de que o ativismo na saúde tem gerado uma situação paradoxal, na qual entidades ou atores da sociedade civil têm se mostrado resistentes a oxigenar a representação nos conselhos, em que a inclusão de novos atores e a diversificação de interesses representados tem se tornando cada vez mais restrita. Por outro lado, a própria composição do Conselho possibilita intervenções por parte do governo local sobre aquelas entidades e atores que não compartilham de seu projeto político, como mostra o caso narrado pelo conselheiro João.

Ressaltamos ainda que a dimensão associativa e a dificuldade em encontrar, nos Municípios de menor porte movimentos, entidades e grupos organizados com interesses na política de saúde, tem contribuído para que a representação da sociedade civil nessas localidades encontre desafios não perceptíveis na realidade de grandes centros urbanos, cidades de médio e grande porte bem como nas capitais. Isso, no caso de São João del Rei, parece também estar contribuindo para a permanência dos mesmos atores e entidades representadas no Conselho.

5.2.2 O papel que o conselheiro se atribui: interpretações sobre a representação

A interpretação dada à representação por parte desses conselheiros evidencia, por um lado, a preocupação desses atores com o fato de suas ações incidirem em um público mais amplo, e desse modo alegam representar toda a população do Município. Por outro lado, reflete o contexto de baixo associativismo, o distanciamento de suas entidades das questões relativas à saúde, bem como das

ações desses conselheiros, o papel atribuído ao Conselho e à própria representatividade desses atores.

Como no caso do conselheiro Tomé, liderança comunitária no bairro em que reside, esse conselheiro assume um papel de intermediação entre as instâncias políticas e a sua comunidade. Desse modo, como um representante comunitário, compete a esse conselheiro, nas suas palavras: “cobrar aquilo que a pessoa acha que é direito dela.... porque não adianta nada também eu cobrar uma coisa que ela não tem direito” (Tomé – Associação de Bairro). Assim, é necessário, nas palavras de Tomé, “apurar as coisas.... primeiro a pessoa me fala as coisas. Eu sou representante dela nesse sentido, ela me pede as coisas, eu tenho que ver com ela se é direito dela, pra depois eu estar, me auxiliar, senão não adianta nada” (Tomé – Associação de Bairro).

Já para o conselheiro Filipe, sua representação no conselho de saúde é encarada como uma missão, para a qual é necessário estar bem preparado, dada a complexidade da política de saúde. Ele deve saber negociar, estar disposto a ouvir opiniões divergentes da sua, mas sem perder a firmeza de suas convicções. Trata-se, portanto, de ter uma espécie de dom,, nas suas palavras: um “dom de tá na frente, liderando alguma coisa em prol do coletivo” (Filipe – Associação Comercial). Isso, por sua vez, não está necessariamente vinculado ao fato de representar uma entidade da sociedade civil no Conselho, visto que, conforme já relatado por esse conselheiro, sua entidade não congrega interesses ou tem apresentado propostas e ações para a política de saúde do Município. Apesar de esse conselheiro apresentar as discussões e questões tratadas no Conselho de Saúde nas reuniões da Associação que representa, o debate sobre a política em saúde, como o próprio relata, “fica mais na minha fala mesmo, entendeu? Talvez eles acham que, pelo fato de eu tá nessa área há muito tempo, então eles não opinam muito não” (Filipe – Associação Comercial).

Em grande parte, a perspectiva apresentada por esse conselheiro é compartilhada pelos demais entrevistados. De um modo geral, esses conselheiros interpretam sua representação no Conselho a partir da liderança construída em suas comunidades, do conhecimento e expertise que adquiriram ao longo do tempo com suas experiências participativas e sobre a política de saúde, do seu papel em fiscalizar e cobrar do executivo local melhorias na assistência à saúde, bem como justificativas sobre suas ações, pelo fato de estarem presentes nas reuniões e

demais atividades do conselho e pelo compromisso que assumiram ao serem eleitos na Conferência Municipal de Saúde em “zelar por aquilo que os usuários esperam, uma boa prestação de serviço, com qualidade.... defendendo um princípio que é de todo mundo, que é a saúde. Então, o compromisso do cidadão conselheiro é com a população de um modo geral.” (João – representante ASAP). Dessa forma, destacam como argumentos que legitimam sua representação uma atuação responsável, identificação e afinidade com a temática da saúde, a eleição nas Conferências e a experiência adquirida ao longo de suas trajetórias.

Em sua maioria, esses argumentos já foram identificados na literatura de um modo geral (Almeida, 2011; Almeida & Cunha, 2012; Lüchmann, 2009) e compõem um repertório construído por esses militantes ao longo de suas trajetórias e experiências de participação. A partir dessas experiências, os conselheiros aprenderam as “técnicas’ requeridas para militar.... percebendo e reconhecendo as possibilidades e os efeitos de suas práticas militantes” (Oliveira, 2010, p. 55 – grifo no original). Isso porque, como destaca o autor, é a partir do processo de socialização relacionado às dinâmicas particulares de filiação e participação em associações, organizações e entidades civis que são produzidas as condutas e concepções legítimas a respeito da saúde e do controle social, por exemplo. O que aponta, conforme indica Lüchmann (2009), que a representatividade dos conselheiros apresenta um caráter difuso, estando ancorada em diferentes critérios de legitimidade tais como: “afinidades e identidades associativas, conhecimento ou expertise, ou pela trajetória política e social dos sujeitos escolhidos” (Lüchmann, 2009, p. 24).

Por outro lado,, ainda que esses conselheiros estejam prestando contas de suas ações às entidades que representam, que o reconhecimento de suas trajetórias, a experiência que possuem com a política de saúde e os vínculos com suas entidades gerem um sentimento de confiança que diminua os custos do acompanhamento e controle desses representantes (Lüchmann, 2009), e que a legitimidade dessa representação justificada a partir de argumentos baseados em suas experiências e trajetórias e ao exercício responsável do mandato possa apontar para uma performance democrática e responsiva por parte desses conselheiros, bem como à busca por uma conexão mais ampla com aqueles que representam (Almeida & Cunha, 2012), o contexto de baixo associativismo, a presença de entidades com representação no Conselho que não possuem

envolvimento com as questões relacionadas à saúde, bem como ao fortalecimento do SUS e as restrições impostas pelo executivo local têm contribuído para que o Conselho de Saúde em Municípios como São João del Rei se caracterize como uma instância isolada no contexto político e social do Município e com pouco poder de influência política na definição e planejamento da política local de saúde.

Formado por uma elite conselheira que dispõe de mais recursos, informações e capacitação técnica e política, acima da média da população, a democratização desse espaço, bem como da representação ali exercida depende, por um lado, da inserção social desses conselheiros, e sua preocupação em se conectarem a setores sociais mais amplos, fortalecendo, assim, sua ancoragem social (Almeida & Tatagiba, 2012). Isso se deve ao fato de que, em um contexto marcado pela desigualdade social, como o caso brasileiro, a não participação de determinados grupos e atores sociais no Conselho de Saúde também está relacionada ao desconhecimento dessas oportunidades (Coelho, 2004; Lüchmann, 2011; Almeida & Cunha, 2012).

Nesse sentido, destacamos que a representação conselheira, para usarmos o termo de Lüchmann (2011), pode apresentar critérios excludentes, uma vez que os Conselhos têm adotado em seus processos de escolha, por exemplo, o pertencimento a associações, entidades ou grupos institucionalizados. Isso, segundo Moroni (2011 citado por Almeida & Tatagiba, 2012, p. 78), “deixa muita gente de fora. [O desafio seria, portanto,] pensar um sistema de participação popular que abarque todas as formas organizativas da sociedade e não apenas os institucionalizados”.

A recente resolução nº453/2012, editada pelo Conselho Nacional de Saúde, apresentou como uma de suas indicações a possibilidade de que, nos Municípios em que não se encontrem entidades institucionalizadas em número suficiente para compor o Conselho, a eleição desses conselheiros seja realizada em plenária ampla e democrática organizada pelo próprio Conselho. Nesse sentido, essa resolução avança na possibilidade de considerar a participação de grupos não institucionalizados. Contudo, por um lado, ela restringe essa possibilidade somente aos Municípios em que não se encontre esses grupos institucionalizados como também é vaga quanto à adoção desse critério, uma vez que partiria do próprio Conselho a iniciativa de adotá-lo e, dessa forma, pode não atender aos interesses

de alguns dos conselheiros profissionais, ou mesmo do executivo local, o que poderia assim, inviabilizá-la.

Por sua vez, a falta de comprometimento do executivo local com a gestão participativa e a continuidade de práticas da política tradicional como o clientelismo ainda se fazem presentes em grande parte dos municípios brasileiros e se configuram como um grande impeditivo para as ações e propósitos dos Conselhos de Saúde. Todavia, a permanência de práticas clientelistas não deve ser vista apenas como uma herança de uma sociedade tradicional, presente em áreas mais atrasadas, configura-se também como um meio de troca social característico da atual sociedade brasileira.

É o que aponta, por exemplo, o conselheiro Tomé ao indicar como uma das possíveis razões para a baixa presença em associações comunitárias, ou mesmo de outras formas de participação política, o fato de as pessoas em grande parte estarem, nas suas palavras: “acostumad[as] com aquele negócio de político. Então tinha um vereador que quebrava o galho de algumas pessoas. O pessoal não pensava no coletivo. Aí quebrou o galho de meia dúzia, então não tem problema, é só falar com fulano de tal que ele vai dar um jeitinho” (Tomé – representante Associação de Moradores).

Por outro lado, em relação à presença de um executivo local que tem imposto restrições à atuação do Conselho e de seus conselheiros, sem comprometimento com uma gestão participativa e que tem tomado medidas para isolar política e institucionalmente esse espaço da gestão da política local de saúde, nos chama atenção o fato de todos os conselheiros entrevistados apontarem grandes expectativas de mudanças e melhorias na gestão do Município, bem como da política de saúde com o advento de uma administração municipal comandada pelo Partido dos Trabalhadores, partido político que historicamente esteve vinculado ao projeto democrático-participativo. Tais expectativas, porém, se devem, em grande parte, aos vínculos que alguns dos entrevistados mantêm com esse partido.

Todavia, se essas expectativas irão se concretizar, e a atual administração municipal, assim como o (a) futuro (a) secretário (a) promoverão uma gestão participativa, incluindo o Conselho Municipal de Saúde de São João del Rei nos processos decisórios, possibilitando a essa instância participar do planejamento de ações e construção da agenda local de saúde, é algo que não podemos asseverar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões que abordamos nesta dissertação foram: quem são os representantes de usuários nos conselhos de saúde e como se tornaram conselheiros? Quem estão representando, ou como se relacionam com suas entidades? Como os atores que atuam como representantes nos Conselhos interpretam esse papel? De que forma avaliam e observam a atuação do Conselho Municipal de Saúde? Estas questões se impõem à medida que vários estudos empíricos sobre conselhos de saúde apontam a permanência e renovação de práticas da política tradicional, bem como efeitos não democráticos da representação da sociedade civil nos conselhos. Há de se ressaltar que a partir destas observações alguns pesquisadores que investigam o funcionamento de conselhos gestores de políticas públicas, tem desenvolvido um debate sobre as diversas modalidades de representação e tem chamado atenção para a pluralização da representação em sociedades contemporâneas.

Nesta dissertação, discutimos, inicialmente, a emergência da proposta de participação na área da Saúde, sua politização e institucionalização em conselhos e conferências. Abordamos então, os Conselhos de Saúde no contexto da pluralização da representação política, salientando a diversidade de modalidades de representação da sociedade civil: representação presuntiva; representação de perspectivas; representação por afinidade; representação conselheira,. Também destacamos os desafios e tensões postos à representação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde. Nos conselhos de Saúde estão representadas entidades e associações que foram autorizadas e selecionadas, de diferentes formas, para o exercício da representação. Trata-se, portanto, de uma modalidade de representação que está ancorada em aspectos institucionais e legais, voltada à formulação de políticas públicas, neste caso, políticas de saúde, e que portanto, afetam um público mais amplo que aquele restrito às entidades e associações ali representadas.

Apresentamos, em seguida as estratégias e procedimentos metodológicos adotados, buscando esclarecer como chegamos às análises produzidas nos capítulos seguintes. Também caracterizamos, brevemente, nosso campo de pesquisa, o conselho de saúde de São João del Rei, assim como os sujeitos entrevistados.

A partir da discussão teórica e das estratégias metodológicas adotadas, avançamos na tentativa de responder os problemas de pesquisa a partir de um diálogo entre nossas considerações e análises teóricas com as entrevistas com os conselheiros e as observações do cotidiano do conselho de saúde. Procuramos uma abordagem que possibilitasse acessar os quadros de sentidos, concepções e interpretações da ação política, elaborados pelos conselheiros, trazendo-os à tona a partir de suas próprias experiências.

Os Conselhos de Saúde foram idealizados como instâncias de participação política com o propósito de democratizar a gestão da política de saúde, tornar a alocação de recursos mais responsiva às necessidades locais, imprimir maior transparência e controle social dos recursos públicos investidos, bem como promover maior inclusão política da sociedade nos processos decisórios, através da partilha de poder entre Estado e sociedade. Nesse sentido, a representação da sociedade civil possibilitaria que a diversidade e complexidade do tecido social tivessem um novo canal e forma de expressão. Como aponta Gohn (2011), tratava-se de uma nova institucionalidade, uma nova configuração das relações Estado-sociedade, em que a participação dos diversos segmentos sociais possibilitaria à população acesso a um espaço no qual as decisões políticas são tomadas.

Representam, conforme Stralen (2011, p. 77), um mundo de continuidades e rupturas, em que a cultura política tradicional consegue se reproduzir favorecida por situações de carência e conviver com a cultura de cidadania, uma vez que essa é traduzida no *direito a ter direitos*, “reduzindo universalidades e dando lugar a direitos reivindicados por grupos e setores específicos da sociedade” (Stralen, 2011, p. 78).

Em contextos marcados pela pouca tradição associativa os Conselhos podem traduzir-se em uma mera formalidade jurídica, instrumentalizada por gestores que apenas buscam legitimar decisões já tomadas em outras instâncias políticas. Além disto a participação em conselhos muitas vezes é seletiva, excluindo setores marginalizados, sem capacidade organizativa, permanecem e muitas vezes também entidades não alinhadas com o poder político municipal..

Em grande parte essa é a realidade encontrada em São João del Rei. O executivo local tem se mostrado resistente a submeter suas ações ao controle social, bem como à participação da sociedade na formulação da política local de saúde. Os entraves e empecilhos colocados à ação do Conselho e de seus conselheiros são os mais diversos, desde ausência nas reuniões por parte dos

representantes governamentais, interferência no processo de escolha e indicação de conselheiros, restrições no acesso a informações e documentos, até o desrespeito e descumprimento das deliberações realizadas por esta instância.

Nesse sentido, o Conselho de Saúde acaba restrito à sua dimensão fiscalizadora. Por um lado em decorrência das restrições impostas pelo governo local, a partir das quais sobram poucas alternativas a estes conselheiros a não ser acionar órgãos como Ministério Público, por exemplo, para assegurar o cumprimento mínimo das normas legais que conformam a política de saúde. Em contrapartida, a própria ênfase atribuída ao controle social e à fiscalização por parte de alguns conselheiros têm também se sobreposto a uma ação propositiva. Em grande parte por falta de conhecimento e capacitação dos conselheiros, que muitas vezes assumem esse papel em decorrência de outros propósitos e não, necessariamente, interessados na política de saúde. A falta de uma assessoria técnica, estrutura e organização adequada aos trabalhos dessa instância tem também contribuído para este cenário.

A percepção que muitos dos conselheiros entrevistados têm acerca do Conselho, corrobora a ideia de que essa tem se caracterizado como uma instância isolada do contexto político, com pouca influência no processo decisório sobre a política de saúde, em que reuniões acontecem, na maioria das vezes, com a presença de um quórum mínimo pra sua realização e a participação da sociedade, de um modo geral, é incipiente, uma vez que a visibilidade e publicidade dessa instância também tem se mostrado quase nula.

Em um contexto marcado pela pouca tradição associativa, a representação de entidades com maior capacidade de mobilizar recursos, mas que em sua maioria carecem de representatividade, tem se configurado de um lado como um movimento de atores que, com maior experiência e engajamento político, ou que construíram uma representatividade dada à suas experiências anteriores de participação nesse e em outros espaços políticos, buscam representar essas entidades, justamente pelo fato de que muitas delas têm assento garantido no Conselho, o que garante aos mesmos sua permanência no Conselho. Como de outro, tem contribuído para que grupos e segmentos sociais com menor capacidade de organização e, tradicionalmente excluídos dos processos decisórios, assim permaneçam.

Por outro lado, ao se colocarem como representantes de toda a população do Município, em que mesmo escolhidos ou indicados por entidades, esses

conselheiros são representantes da cidade, como afirma o conselheiro Tadeu, ou por terem um compromisso com a população de um modo geral, como afirma o conselheiro João, indicam que a organização institucional dos conselhos, pode favorecer comportamentos colaborativos, suscitar laços de solidariedade, em que os conselheiros ao se perceberem enquanto “sociedade” e não enquanto um segmento se preocupem com as decisões que tomam, uma vez que elas afetam um público mais amplo (Lüchmann, 2009; Lüchmann, 2011).

Contudo, grande parte desses conselheiros possui vínculos partidários, e têm buscado participação no conselho em decorrência desses vínculos, como no caso do conselheiro Tiago, por exemplo. Essa militância partidária pode se sobrepor aos temas próprios conselho e traz consigo o risco de que o mesmo se torne um canal para avançar interesses partidários.

Desse modo, a representação da sociedade civil no CMS de São João del Rei tem se caracterizado pelo distanciamento entre conselheiros e as entidades que representam, seja pela fragilidade e falta de recursos de algumas dessas entidades, como as Associações de Bairro, por exemplo, seja pela composição do conselho que permite ao executivo local intervir diretamente sobre entidades que não corroboram seu projeto político, ou mesmo por se tratar de organizações da sociedade civil que não congregam interesses ou não têm relação com a política de saúde, favorecendo a permanência de “conselheiros profissionais” que com a experiência que adquiram ao longo de sua militância e engajamento político acabam agindo da maneira que lhes convém.

Nesse sentido, a própria política em questão favorece esse quadro, uma vez que questões importantes e centrais como o direcionamento de programas e ações em saúde, a aplicação de verbas e definição do orçamento, por exemplo, não são discutidas nesses espaços. Na maioria das vezes, as discussões ali tratadas versam sobre a aplicação de recursos e adesão a programas pré-estabelecidos e definidos em outras instâncias e níveis de governo. Por outro lado, o próprio gasto público com o Sistema de Saúde, as iniquidades e o déficit assistencial encontrados na rede pública de saúde têm se configurado como um solo fértil para a permanência de práticas clientelistas e de troca de favores. Ante a necessidade de atendimento, acessar um vereador, um conselheiro, ou mesmo o prefeito ou secretário de saúde pode, em muitos casos, continuar sendo a maneira mais rápida e efetiva em obter assistência.

Assim, a institucionalização da participação da sociedade civil na gestão da política de saúde têm se configurado como um processo contraditório. Em que por um lado, aponta para novas relações entre Estado e sociedade na gestão pública, a partir de novas possibilidades e oportunidades de participação política, bem como da consolidação desses espaços democráticos. Mas que sem o apoio de uma rede associativa e a expectativa real de influência política, Conselhos de Saúde, como o de São João del Rei, têm se configurado como uma instância política isolada, em que conselheiros agem conforme seus interesses e suas concepções sobre o seu papel e o dessa instância. Onde a gestão participativa tem sido substituída pela ênfase no controle social em decorrência tanto da falta de vontade política do executivo local em partilhar poder como pelo distanciamento desta instância e de seus conselheiros de um público mais amplo.

Pelo fato que o nosso estudo abrangeu um único Conselho de Saúde, em que apenas 6 conselheiros foram entrevistados, não permite que generalizemos nossas observações e conclusões. Contudo, algumas de nossas observações e apontamentos podem ser aprofundados e desdobrados em novos estudos.

Um primeiro aspecto que não foi possível aprofundar em nossa pesquisa e que pode vir a ser trabalhado futuramente, é a recusa de algumas lideranças comunitárias em participar do Conselho. Como relatado pelo conselheiro Tomé, algumas associações comunitárias participam das pré-conferências e da própria Conferência Municipal de Saúde, mas se recusam a assumir uma vaga no Conselho. Quais seriam as razões para essa recusa? De que forma avaliam e enxergam o Conselho e como isso contribui para que optem por não participar desse espaço? Essa tem sido uma realidade observada em outros Municípios? São algumas questões que podem vir a subsidiar novas pesquisas.

Por outro lado, grande parte dos conselheiros entrevistados mantém vínculos sociais e políticos além de suas entidades. Nesse sentido, é possível atentar que há a representatividade do conselheiro se dê pela forma de inserção na comunidade local.

Também é necessário atentar para as interações que essa instância estabelece no interior do aparato estatal. Os conselhos estão inseridos no interior de uma teia institucional que compõe o aparato de gestão da política de saúde. O que observamos em São João del Rei, é que dificilmente o conselho se conecta a outros espaços políticos-institucionais. Na maioria das vezes, recorre ao Ministério Público,

mas apenas para encaminhamento de denúncias, sem uma repercussão maior no interior do Estado. O poder Legislativo e Judiciário podem tomar medidas que incidem no planejamento e execução da política de saúde. Nesse sentido é possível questionar como avaliam o impacto de suas ações sobre os conselhos e como enxergam essa instância. É preciso, portanto, rever as rotinas e as agendas políticas dos conselhos, como indicam Tatagiba e Almeida, de modo que esses conselheiros possam se dedicar ao fortalecimento das ligações político-institucional e político-sociais do conselho.

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.

- 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.
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.

- 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.
- Fillieule, O. (2001). Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. *Revue Francaise de Science Politique*, 51(1-2), 199-215.
- 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.
- Flick, U. *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed., J. E. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 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.

- Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais* (8a ed.). Rio de Janeiro: Record.
- 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.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2007). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (6a ed., P. Guareschi, trad., pp. 90-113). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kind, L., Stralen, C. J. & Gonçalves, L. (2011). A emergência de concepções de participação em saúde pública. In E. F. Rasera, 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

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.

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

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (Orgs.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (29a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Nunes, E. O. (2010). *A gramática política no Brasil: clientelismo e insulamento burocrático* (4a ed.). Rio de Janeiro: Grammond.

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.

- Pereira Neto, A. F. *Conselhos de favores: controle social na saúde: voz dos seus atores*. Rio de Janeiro: Garammond, 2012.
- Pessoto, U. C., Nascimento, P. R. & Heimann, L. S. (2001). A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 89-97.
- 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.
- Rasera, E. F., Castro, M. M. & Stralen, C. J. (Orgs.). (2011). *Psicologia social: ética, participação política e inclusão social*. Curitiba: CRV.
- 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, maio/ago.). 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. Rasera, 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.

- Urbinati, N. (2006). O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, 67, 191-228.
- Urbinati, Nadia. (2006). O que torna a representação democrática?. *Lua Nova*, 67, 191-228. Recuperado em 10 de setembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452006000200007&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0102-64452006000200007
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, Sup. 2, 7-18.
- 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. Recuperado em 10 de setembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452006000200006&lng=pt&nrm=iso