

**Fabiana Lúcia Campos Baptista**

**Usuários em cena: um estudo psicossocial a respeito da participação dos conselheiros  
representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, de Belo Horizonte**

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG

2006

**Fabiana Lúcia Campos Baptista**

**Usuários em cena: um estudo psicossocial a respeito da participação dos conselheiros  
representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada à banca examinadora do curso de Mestrado em Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Dr. Cornelis Johannes van Stralen

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG

2006



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Mestrado em Psicologia**

A Dissertação "*Usuários em cena: um estudo psicossocial a respeito da participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte*"

elaborada por **Fabiana Lúcia Campos Baptista**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Belo Horizonte, 07 de julho de 2006.

**BANCA EXAMINADORA**

.....  
Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen  
(orientador)

.....  
Profa. Dra. Cláudia Feres Faria

.....  
Prof. Dr. Salvador Antônio Mireles Sandoval

“O pior analfabeto é o analfabeto político. Ele não ouve, não fala, nem participa dos acontecimentos políticos. Ele não sabe que o custo de vida, o preço do feijão, do peixe, da farinha, do aluguel, do sapato e do remédio dependem das decisões políticas. O analfabeto político é tão burro que se orgulha e estufa o peito dizendo que odeia a política. Não sabe o imbecil, que da sua ignorância política, nasce a prostituta, o menor abandonado, e o pior de todos os bandidos, que é o político vigarista, pilantra, o corrupto e lacaio dos exploradores do povo.”

Bertolt Brecht

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos aqueles que tornaram possível a elaboração dessa dissertação, especialmente:

Ao professor Dr. Cornelis Johannes van Stralen, pela orientação precisa e dedicada a este trabalho;

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por me ajudarem todos os dias;

Ao Pedro Teixeira Castilho, por me ajudar na definição e na escrita do projeto dessa dissertação;

À minha irmã Luciana e ao meu cunhado Marco Túlio, pela disponibilidade em auxiliar nas traduções e pelo incentivo;

Ao meu amigo professor Flávio Guimarães, pelo auxílio carinhoso e atento nas traduções;

Aos professores William César Pereira Castilho, Luís Flávio Silva Couto, José Newton Garcia de Araújo, José Paulo Giovanetti, pela leitura imprescindível do projeto de início desta dissertação;

Aos colegas de mestrado, pela amizade e pelo apoio;

Aos conselheiros usuários e ao Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pela disponibilidade e pela atenção com que me receberam.

## **Resumo**

Esta dissertação apresenta o resultado de uma pesquisa sobre a participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Procuramos, especificamente, identificar qual é o significado atribuído pelos conselheiros usuários à sua participação no interior do CMS-BH. Utilizamos como instrumento de pesquisa, entrevistas semi-estruturadas realizadas com os conselheiros do segmento dos usuários, dos prestadores e dos trabalhadores, análise de atas de reuniões ordinárias e extraordinárias e observação em reuniões e em Câmaras Técnicas. Analisamos os dados a partir da adaptação de um modelo de consciência política, desenvolvido por Sandoval (2001), acrescido das contribuições de Pizzorno (1975). Após as análises, concluimos que “participar”, para o conselheiro usuário, significa conhecer as políticas de saúde, reivindicar sua efetiva realização, discuti-las em reuniões e propor formas de que elas possam, de fato, ser implementadas junto à comunidade. A construção desses significados está na dependência de uma trajetória política anterior, em comissões locais e distritais, das relações de mão dupla estabelecidas com a comunidade, da interação do conselheiro com os demais segmentos, do entendimento que eles têm do seu papel de conselheiro e da identificação com os problemas de saúde, enfrentados pela comunidade. Todos esses fatores contribuíram para a formação dos significados de participação desenvolvida pelo conselheiro usuário, e vem auxiliando para que ele esteja em processo de formação de uma consciência política participativa.

Palavras – chave: Conselhos de saúde, participação popular, conselheiros usuários.



## **Abstract**

This work introduces the result of a research on the participation of representative advisers of users in the Municipal Health Council of Belo Horizonte. It has particularly, attempted, to identify the meaning attributed by the user council concerning his/her participation inside CMS-Belo Horizonte. Semi-structured interviews with advisers, minute analysis of extraordinary and ordinary meetings, and observation of meetings and Technical Chambers were used as research tools. Data were analyzed based on a model of political awareness developed by Sandoval (2001), increased of the Pizzorno (1975) contribution. After these analysis, it was concluded that the act of “participating” for the user adviser implies being familiar with health politics, demanding their effective accomplishment, discussing, them in, meetings as well as suggesting methods that could actually be implemented in community. The construction of these meanings lies upon a prior political background, in local and district commissions, reciprocal relationships established with community, adviser interaction with other segments, their understanding of their adviser roles, and identification with health problems, faced by the community. All these issues contributed to form the idea of participation developed by the user adviser and have been assisting in a way that he/she establishes a participative political awareness.

**Key Words:** Health Councils, popular participation, user advisers.

## Sumário

Introdução.....	p. 12
Capítulo 1: Recortes contextuais.....	p. 17
1.1 - Delimitando o objeto de estudo: a importância dos Conselhos Municipais de Saúde na ampliação da democracia no país.....	p. 17
1.2 - O processo de Reforma Sanitária no Brasil: um breve percurso sobre as lutas, as reivindicações e as conquistas do Movimento Sanitário.....	p. 19
1.3 - Os Conselhos de Saúde: origem, desenvolvimento e importância.....	p. 25
1.4 - O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: retomando sua história.....	p. 33
Capítulo 2: A participação em foco.....	p. 39
Capítulo 3: Rumos metodológicos.....	p. 55

3.1 - A especificidade das ciências humanas na abordagem qualitativa.....	p.55
3.2 - Evidenciando caminhos: as entrevistas semi-estruturadas.....	p. 59
3.3 – Fontes secundárias: as reuniões e as atas.....	p. 65
3.4 – Análise de dados: sobre a aplicação da Análise de Conteúdo.....	p. 67
Capítulo 4: Retratos da participação.....	p. 69
4.1 – O perfil dos conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CMS-BH.....	p. 69
4.2 – A construção dos significados atribuídos à participação pelos conselheiros usuários: a análise das entrevistas semi-estruturadas.....	p. 74
4.3 – Falas registradas: análise das atas das reuniões.....	p. 112
Considerações Finais: à guisa de conclusão.....	p. 118
Referências Bibliográficas.....	p. 123

Anexo 1: Roteiro de entrevista individual com conselheiros usuários.....p.132

Anexo 2: Roteiro de entrevista individual realizada com o Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte..... p. 135

Anexo 3: Roteiro de entrevista individual realizada com representantes dos segmentos dos trabalhadores e dos prestadores de serviços..... p. 136

Anexo 4: Categorias de análise das entrevistas semi-estruturadas.....p. 137

Anexo 5: Categorias de análise das atas de reuniões do CMS-BH realizadas entre 15 de julho de 2004 e 15 de julho de 2005.....p. 138

## **Introdução**

Esta dissertação discute sobre a participação dos conselheiros representantes dos usuários, no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os Conselhos de Saúde, instâncias legalizadas de caráter deliberativo, constituem-se como espaços “públicos” de composição plural e paritária, cujos objetivos são: o de realizar a gestão de bens públicos na área da saúde e o de exercer um controle cidadão sobre as políticas públicas. Essas instâncias constituem-se como importantes inovações institucionais, à medida em que envolvem os cidadãos em decisões que os afetam.

Atualmente, todos os municípios brasileiros possuem um Conselho de Saúde, com um total de aproximadamente 100 mil conselheiros, número maior que o de vereadores, o que nos dá a dimensão dessa forma de participação da sociedade, muito mais acessível à comunidade do que a tradicional representação parlamentar (Tatagiba, 2002). Estudo envolvendo 1422 secretários municipais de saúde revela mudanças importantes na cultura política, que se expressam na expectativa de responsabilização dos governos frente à sociedade. 62,7% dos secretários consideram o Conselho de Saúde a força municipal mais influente na definição das prioridades em saúde, bem acima do Legislativo, de políticos isolados e de outros órgãos municipais (Fleury & Carvalho, 1998).

Entretanto, tem havido constantes discussões acerca do funcionamento desses conselhos, relativas à efetiva participação da comunidade, na gestão do que é público, à natureza decisória dos conselhos, à relação entre governo e sociedade civil, à qualificação dos representantes da sociedade nos conselhos, à heterogeneidade da composição dos membros, à dinâmica de

funcionamento, às formas de participação política dos atores nas decisões, à capacidade de propor ações, dentre outras.

Se por um lado, a simples existência legal de um Conselho de Saúde constitui-se como um indício, para que a população possa participar das decisões acerca das ações da saúde em cada município, como apontam alguns estudos de conselhos construídos a partir de iniciativas sociais, que conseguem manter-se, mesmo sem um apoio significativo dos governos (Mota, 2000; Kruger, 2000; Pessoto, Nascimento e Heimann, 2001), por outro lado, temos trabalhos que apontam para o fato de que diversos desses conselhos não se constituem como instâncias mobilizadoras e, apresentam grandes dificuldades de inserção social (Néder, 1998).

Eles, também, apontam para as dificuldades práticas que os Conselhos de Saúde vêm apresentando, no que concerne ao exercício da participação política dos conselheiros nessas instâncias, à disparidade de acesso aos recursos entre representantes do governo e representantes da sociedade, ao exercício de políticas clientelistas de favorecimentos particulares, à falta de qualificação dos conselheiros usuários para o exercício das atividades, dentre outras. A dificuldade de diálogo e de negociação em diversos conselhos, envolvendo interesses distintos e mesmo antagônicos, tem-se mostrado um desafio difícil de superar em diversos municípios que promovem espaços de gestão e de decisão compartilhada com a sociedade (Wendhausen e Caponi, 2002).

Em vista dessas questões apontadas por estudos anteriores, interessou-nos investigar o tema da participação nos Conselhos de Saúde. Como dissemos, são constantes as discussões acerca da dificuldade de acesso dos conselheiros representantes da sociedade aos recursos disponíveis (Gohn, 2001), referentes ao acesso às informações, à disponibilidade de tempo, à linguagem política, etc. Todos esses fatores podem gerar uma disparidade de participação nos conselhos. Gohn (2001) destaca que a participação dos representantes da sociedade é desigual,

devendo haver uma definição mais delimitada do que seja a participação dos representantes nos conselhos. Ela afirma que para que seja, realmente, efetiva, é necessário que a participação seja qualificada, pois a simples presença numérica não garante a participação.

Os Conselhos de Saúde podem representar um mecanismo importante e necessário de participação da sociedade no cenário político brasileiro, embora sua existência não seja suficiente para garantir tal participação. Institucionalizar a participação, não garante que ela venha a ocorrer, na medida em que não basta aos conselheiros reconhecer e aprender as leis, mas decodificar o contexto. Ora, se os Conselhos de Saúde constituem-se como importantes canais de participação é necessário verificarmos, até que ponto, os conselheiros usuários tornam-se, de fato, atores de participação.

Nesse sentido, essa formação de uma consciência política participativa dependerá da forma como os conselheiros vêem a sua participação, no interior dos conselhos. Para tanto, interessou-nos investigar os significados que os conselheiros representantes da sociedade dão à sua participação, no interior do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Utilizamos como norteadores de nosso trabalho hipóteses analíticas que nos permitiram construir os objetivos e o roteiro de nossas entrevistas semi-estruturadas. A hipótese principal de nosso trabalho é de que: o conselheiro representante dos usuários depara-se com entraves de participação no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em função da dificuldade em decodificar o contexto participativo e informativo e os assuntos tratados em reuniões. Buscamos conhecer os significados atribuídos à participação, porque acreditamos ser a partir desses significados que o conselheiro irá desenvolver uma participação efetiva ou não no CMS-BH. O referencial teórico orientador de nosso objetivo é a adaptação do modelo de consciência política desenvolvido por Sandoval (2001) e de contribuições de Pizzorno (1975) sobre identidade coletiva.

Utilizamos, como metodologia de trabalho, a pesquisa qualitativa, em que nos valem de quinze entrevistas semi-estruturadas, de observação em reuniões mensais e em Câmaras Técnicas, e da análise de vinte e cinco atas de reuniões ordinárias e extraordinárias (julho/2004 – julho/2005). Através desses instrumentos, procuramos identificar os significados estabelecidos pelos conselheiros usuários à sua participação na dinâmica do Conselho Municipal de Saúde, de Belo Horizonte. Após análise desses instrumentos, vimos que os conselheiros representantes dos usuários vêm desenvolvendo uma atuação participativa no CMS-BH. Para eles, “participação” se associa aos termos “discussão, conhecimento e reivindicação”, ou seja, para o conselheiro usuário, *“participar “significa” conhecer as políticas de saúde, reivindicar sua efetiva realização, discutilas em reuniões e propor formas de que elas possam de fato ser implementadas junto à comunidade”*. A construção desses significados está diretamente relacionada a outros fatores investigados nesta pesquisa, tais como a trajetória política participativa anterior dos conselheiros, em comissões locais e distritais, as relações de mão dupla que eles estabelecem com a comunidade que representam, a interação do conselheiro usuário com os demais segmentos representados no CMS-BH, o entendimento que eles têm do seu papel de conselheiro e a identificação com os problemas de saúde enfrentados pela comunidade. Todos esses fatores contribuíram para a formação da idéia de participação desenvolvida pelo conselheiro usuário, e vem auxiliando para que ele esteja em processo de formação de uma consciência político-participativa no interior do CMS-BH.

No primeiro capítulo apresentaremos uma discussão a respeito do processo de Reforma Sanitária no país para compreendermos a constituição dos Conselhos de Saúde, neste contexto. Apresentaremos, ainda, um breve histórico sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.



No segundo capítulo, apresentaremos uma discussão teórica sobre o tema da participação e sua inserção, a partir de diversos pontos de vista.

No terceiro capítulo, faremos uma discussão acerca da metodologia utilizada para a análise do problema, bem como, a especificação dos instrumentos utilizados para tal.

No quarto capítulo, apresentaremos a análise dos dados colhidos, feita a partir do modelo teórico desenvolvido por Sandoval (2001), acrescido de contribuições de outros autores.

Ao final, discutimos algumas conclusões a que chegamos com o desenvolvimento deste trabalho..

## **Capítulo 1: Recortes Contextuais**

### **1.1 - Delimitando o objeto de estudo: a importância dos Conselhos Municipais de Saúde na ampliação da democracia no país**

Para que possamos construir uma sociedade efetivamente democrática, mecanismos acessórios às eleições devem ser priorizados para que a democracia não se restrinja a um processo puramente formal. Nesse sentido, destacamos que embora o voto seja necessário para que se constitua um governo democrático, ele não se delinea como uma via suficiente para garantir o controle popular. Por essa razão é que uma democracia não pode prescindir de determinados caminhos institucionais, que se processem nos interstícios eleitorais (Anastasia e Melo, 2002).

Nesse sentido, observamos que a Constituição de 1988, ao concretizar o direito de participação da sociedade no controle das políticas públicas, aponta para a possibilidade de se criar espaços de discussão e de deliberação, que primem um padrão de interação contínuo entre os cidadãos e o governo. A estruturação dos conselhos temáticos institucionalizados, dentre os quais podemos citar os Conselhos de Saúde, constitui-se como a materialização desta proposta participativa. Essas instituições são entendidas como complementares ao voto, à medida em que permitem os cidadãos a acompanharem, fiscalizarem e deliberarem as ações de seus governantes. Isso pode permitir, inclusive, que se diminua a assimetria de informações que, eventualmente, ocorre entre sociedade e administração pública, já que o gestor deve disponibilizar constantemente aos cidadãos, informações sobre as políticas adotadas (Anastasia e Melo, 2002).

O Conselho Municipal de Saúde, nosso objeto de estudo, é uma instância de participação e de decisão sobre a política municipal de saúde, que está mais próxima dos cidadãos e que pode se constituir como um local privilegiado, em que os usuários dos serviços de saúde intervenham de forma direta, na implementação dessas diretrizes.

O direito da sociedade de participar nos Conselhos de Saúde constitui-se como uma temática importante a ser estudada, pois é uma questão central no processo de ampliação da participação política. Tendo em vista a luta do Movimento de Reforma Sanitária pela participação da sociedade civil organizada na deliberação e no controle dos serviços de saúde, e sendo os representantes dos usuários o segmento tradicionalmente ausente nas decisões políticas legais, e que poderão ter um papel de co-responsáveis pela gestão dos serviços de saúde, o estudo será desenvolvido, tendo como objetivo: identificar e analisar os significados atribuídos pelos conselheiros do segmento dos usuários à sua participação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Além disso, esse estudo busca identificar as limitações e as dificuldades que os representantes dos usuários encontram para exercerem seu papel de conselheiros no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Para contextualizar nossa investigação, apresentamos neste capítulo um breve histórico do Movimento Sanitário, que lutou pela democratização do sistema de saúde criando o SUS. Em seguida, faremos uma discussão acerca das características dos Conselhos Municipais de Saúde.

## **1.2 - O processo de Reforma Sanitária no Brasil: um breve percurso sobre as lutas, as reivindicações e as conquistas do Movimento Sanitário**

O surgimento do Movimento Sanitário ocorreu no período em que o Brasil era regido por governos militares de caráter conservador, gerando uma grande insatisfação dos sanitaristas devido à excessiva centralização política e econômica, que incentivava práticas corruptas, à dicotomia entre cura e prevenção, que fragmentava as ações da saúde e, principalmente, a enormes desigualdades quanto ao acesso aos serviços de saúde (Stralen, 1997).

Essas reivindicações sustentaram o Movimento Sanitário e os organizadores ordenaram-se em torno da luta pela garantia do direito universal à saúde e pela construção de um sistema único e estatal de prestação de serviços. Para isso, eles buscaram mecanismos de difusão de novas concepções de saúde e de doença que pudessem criar uma consciência sanitária diferente da que existia até então, e articular uma rede que pudesse direcionar as diversas manifestações de oposição às políticas de saúde (Fleury, 1995a).

O Movimento Sanitário designa, de acordo com Fleury & Mendonça (1995), um processo que visa transformar a norma legal e o aparelho institucional predominantes até então, com o objetivo de realizar um efetivo deslocamento do poder político sobre as ações da saúde para as camadas populares. Tal processo visa, ainda, buscar o direito universal de acesso à saúde e a criação de um sistema único de serviços de saúde, sob a proteção do Estado.

Até então, a saúde no Brasil não era considerada como um direito universal, pois apenas os trabalhadores com contrato formal de trabalho tinham direito à atenção básica. A saúde era vista como um seguro, vinculada ao trabalho e relacionada à assistência médica. O Movimento preconizava que a saúde deveria ser compreendida como um conceito mais amplo, não sendo

apenas uma assistência médica ou uma mercadoria, mas como o acesso das pessoas ao emprego, à educação, à boa alimentação, ao saneamento básico, à habitação, à cultura e ao lazer. Desse modo, podemos dizer que o acesso da população à saúde não deve ser responsabilidade exclusiva e única da área da saúde, mas de todo o governo e da sociedade, através de políticas sociais e econômicas. Por isso, o Movimento Sanitário ressaltava o fato de que a saúde não deveria ser compreendida como um direito adquirido através de contratos ou de contribuições a algum tipo de seguro, mas como um direito adquirido apenas pelo fato de as pessoas serem cidadãos brasileiras. (Neto, 1998).

De acordo com Correia (2000), o Movimento Sanitário sempre foi o defensor da descentralização dos serviços de saúde e a favor da municipalização, entendida como um meio para se democratizar o sistema de saúde nacional. Além de tentar desburocratizar o sistema, a descentralização pode ajudar a aproximar o cidadão da gestão dos bens públicos.

Faz-se importante destacar que o movimento surge e é sustentado por profissionais inseridos em diversas instâncias governamentais, que tinham como proposta a idéia de participação popular. Na medida em que a construção da participação adquire mais refinamento por parte dos sanitaristas, o Estado passa a ser visto não apenas como um opositor, mas como um órgão passível de se realizar negociações. Esse diálogo entre o Movimento e o Estado gera um aumento de tensão no interior do Movimento Sanitário, pois surgiram posições favoráveis e contrárias a essa estratégia, sob a alegação de que a aproximação com o Estado poderia separá-los do movimento popular (Escorel, 1999). A posição favorável à aproximação ao Estado é majoritária, defendendo a ocupação dos espaços institucionais e propondo que se garanta a implantação do projeto político do movimento.

Em 1986, foi convocada pelo Ministério da Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que formulou as bases da reestruturação do sistema de saúde. A conferência teve uma participação ampla de lideranças sindicais, de técnicos e de profissionais da saúde, que definiram princípios e

diretrizes para um novo sistema de saúde. A proposta dos organizadores da Reforma tomava como referência um outro conceito de saúde baseado na prevenção, e exigia uma forma de disposição do sistema de saúde, que pudesse ser acessível a todos os brasileiros de forma igualitária. Diz o relatório final da Conferência:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil, 1986, p. 382).

Além de tomar como referência um novo conceito de saúde, o relatório da VIII Conferência destacou a participação popular, exigindo a necessidade de participação efetiva dos usuários nas diversas fases de organização dos serviços e no processo de decisão das políticas. Segundo o relatório:

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços:

- descentralização na gestão dos serviços;
- (...) participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde (Brasil, 1986, p. 384-385).

A proposta inovadora desta Conferência fo, justamente, a participação da população organizada nas decisões em vários níveis, garantindo, assim, a fiscalização e o controle popular. De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 1994), o controle popular é definido como um processo pelo qual a população participa na definição, no acompanhamento e na execução das políticas públicas.

Mendes (1995) afirma que, no relatório, é importante analisar o princípio através do qual foi criada e tornada possível a participação do usuário, na gestão do sistema de saúde. Segundo ele, essa participação abre espaço para o exercício da cidadania, mas não uma cidadania baseada em políticas de saúde compensatórias e sim uma cidadania plena, que reconhece o direito igualitário de participação de todos os cidadãos nas ações de saúde.

Com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), essas reivindicações do projeto de Reforma Sanitária são de fato sancionadas. Através da Carta Magna, a sociedade civil consolidou seu direito universal de acesso integral à saúde. A Constituição estabelece que a saúde é um dever

do Estado e um direito de todos os cidadãos, ao adotar a concepção de seguridade social para assegurar os direitos que referem-se à previdência, à saúde e à assistência social. O Movimento da Reforma Sanitária propôs a criação de um novo sistema de saúde, com o intuito de ser um instrumento capaz de garantir o cumprimento do dever do Estado, para com a saúde da população.

A Constituição define os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais estão: a descentralização técnico-administrativa e a participação da comunidade, uma inovação constitucional, regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8080/90 e 8142/90).

A Lei nº. 8080/90 (Brasil, 1990 a) dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regulamenta em todo o território nacional os princípios básicos do SUS que são a universalidade, no qual todos os cidadãos brasileiros têm direito a atendimento nos serviços de saúde do SUS, a integralidade das ações, em que todos os cidadãos têm direito a atendimento preventivo e curativo e a equidade, no qual todos os cidadãos têm direito a atendimento sem discriminação, de acordo com suas necessidades (Brasil, 2002). Como diretrizes, estabelece a descentralização político-administrativa, definindo a responsabilidade de cada esfera do governo (federal, estadual e municipal). Faz-se de fundamental importância compreender que o SUS delinea o que fazer no campo da saúde, mas não afirma como realizar as ações da saúde, cabendo a cada município estabelecer sua forma de funcionamento. É importante destacar que, na Lei 8080, todos os artigos referentes à participação comunitária na deliberação das políticas públicas de saúde foram vetados, provocando uma grande mobilização do Movimento Sanitário. Tal mobilização levou a um acordo entre o Movimento e o Estado, culminando, no mesmo ano, na promulgação da Lei 8142.

A Lei nº. 8142/90 (Brasil, 1990 b) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre os governos. Essa Lei instituiu os instrumentos de participação da comunidade em cada esfera do governo, através dos Conselhos de



Saúde e das Conferências de Saúde. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que visam possibilitar a participação social no poder executivo, tendo como principal objetivo avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes das políticas da saúde em cada esfera do governo. Os Conselhos de Saúde foram criados para identificar, fiscalizar e cobrar soluções para os problemas da população, bem como para deliberar sobre as políticas públicas para a saúde.

### **1.3 - Os Conselhos de Saúde: origem, desenvolvimento e importância**

Os Conselhos de Saúde têm seu precedente em 1937, quando a Lei 378 providenciava uma nova organização para o Ministério da Educação e da Saúde, instituindo o Conselho Nacional de Saúde, com a atribuição de assistir o Ministério (Conselho Nacional de Saúde, 2003). Após cerca de 30 anos de funcionamento não regular e pouco expressivo, entra em vigor o Decreto 67300/70, que atribui ao conselho funções e propósitos mais definidos, na tentativa de que houvesse uma compatibilização com o processo de modernização conservadora que vinha se desenvolvendo no país, na década de 70. Ele passa a ser definido como um órgão de consulta, integrado ao Ministério, a quem competia examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde. O Conselho era composto por membros escolhidos diretamente pelo Poder Executivo. A idéia de que deveria haver a participação da sociedade no Conselho, através de representações autônomas de seus setores organizados, nem era cogitada, até então. O Conselho era definido apenas como um órgão técnico, que seguia funções normativas, sendo que sua legitimidade era fundada no próprio Estado, único responsável pela indicação dos membros.

Esse perfil técnico e normativo do Conselho foi ratificado através de outros decretos e portarias. Em 1976, a Lei 6229 consolidou o Sistema Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, que tinha como função examinar e propor problemas que se referiam à promoção, proteção e recuperação da saúde. Algumas Portarias (360/77 e 204/78) dotam o conselho de estrutura técnica e administrativa apenas. No período de 1970 a 1990, podemos dizer que o conselho manteve um funcionamento quase inerte, à margem dos movimentos que marcaram a década de

80, momento em que o processo político e institucional da saúde caminhava rumo à sua reformulação.

Somente em agosto de 1990 que o Decreto 99438/90 cria um “novo” Conselho Nacional de Saúde, preconizando a participação e o controle popular nas políticas públicas de saúde. Podemos dizer, então, que embora os Conselhos existam desde a Lei 378, a novidade trazida pela Constituição de 1988 está na formalização da participação dos usuários na decisão colegiada, com o poder de formular as políticas de saúde na esfera de governo correspondente, acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde, podendo, dessa forma, produzir algum impacto no controle popular.

Pela Lei 8142, os Conselhos foram criados para atuar em caráter permanente e contínuo, agindo na formulação de estratégias e no controle da política de saúde.

Quanto ao regimento interno dos conselhos, este só é definido em plenária própria e deve ser aprovado pelo chefe do poder executivo. Ou seja, cada conselho tem autonomia para definir as metas e os objetivos de suas ações políticas. Os conselhos são instituições políticas perenes, públicas, constituídas por atores da sociedade e do Estado, que buscam estabelecer acordos referentes às ações políticas que serão implementadas nos municípios, visando atender aos interesses da comunidade. Além do mais, essas instâncias procuram realizar uma fiscalização das ações do Estado. Nessas instituições, é preconizada a paridade numérica entre sociedade e Estado, como forma de garantir a equidade das decisões políticas a serem tomadas.

Os conselhos são instâncias denominadas “híbridas” (Avritzer, 2002), por serem formadas por representantes do Estado e por representantes da sociedade, em que ambos possuem poderes deliberativos. Essa denominação, apontada por Avritzer, refere-se ao Orçamento Participativo e aos Conselhos Temáticos Setoriais, dentre os quais encontramos os Conselhos de Saúde. A composição dos Conselhos de Saúde é realizada por representantes do governo, dos prestadores de

serviço, dos profissionais da saúde e dos usuários. Sua constituição deve ser como dissemos, paritária, ou seja, o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais segmentos. O número de conselheiros pode variar de acordo com cada município, mas se deve sempre observar a paridade da composição. A paridade foi considerada um elemento importante na constituição dos conselhos, uma vez que possibilita uma real disputa entre diferentes posições, que são por vezes antagônicas. Tatagiba (2002), porém, ressalta que a paridade não deve se resumir a uma simples divisão numérica dos membros. A paridade é importante, mas ela não garante a igualdade de condições à participação para todos os membros do conselho.

Os Conselhos de Saúde são instâncias que fazem parte da estrutura do SUS, que representam espaços participativos a partir dos quais emerge uma diferente forma de cultura política, configurando-se como uma prática em que o diálogo e a negociação ocorrem a favor da democracia. Nesse sentido, Carvalho (1995) afirma que os conselhos podem ser vistos como espaços de constituição de identidades coletivas e de sujeitos políticos. Para ele, somente pelo fato dos conselhos existirem ocorre uma oferta de participação e de inclusão da comunidade, que antes não acontecia. Os conselhos consolidam uma identidade institucional, que pode gerar nos seus membros, um sentido de pertencimento e de identificação recíproco muito inovador, na cultura política brasileira.

Não há dúvidas de que os conselhos são dispositivos institucionais muito inovadores, mas precisamos nos perguntar se realmente essas inovações ocorrem, também, na prática, com a criação de políticas de saúde verdadeiramente renovadoras. A presença dos Conselhos de Saúde constitui-se como um avanço no âmbito das políticas públicas de saúde, mas sua simples existência não garante que processos de democratização estejam ocorrendo, efetivamente. A luta pela democratização dos conselhos deve ser constante, para se tentar evitar políticas clientelistas e decisões hegemônicas do Estado. Uma participação popular que exerça uma influência realmente

eficaz sobre as políticas públicas, deve pressupor a existência de práticas de participação da sociedade civil, somadas à existência de um Estado que valide regras democráticas e participativas.

Os conselhos são instâncias inovadoras por permitir o acesso de grupos com participação até então restrita na produção das políticas de saúde brasileiras (Campos & Maciel, 1997). Hoje vemos que a participação desses grupos ocorre de forma mais instituída, mas saber que tipo de participação se dá nos conselhos seria uma possível análise. Podemos indagar, ainda, de que forma a disputa pela participação no interior dos conselhos vem se processando.

Os Conselhos de Saúde são produtos de lutas e de demandas populares legalmente constituídos, e que se organizaram como espaços privilegiados para o exercício político. Representam, sob o prisma da legalidade, o estabelecimento e o possível desenvolvimento de novos fóruns de participação entre a sociedade civil e o Estado. Mas, se por um lado, a participação legalmente instituída da sociedade civil constitui-se como uma nova modalidade de inclusão nas decisões políticas, por outro lado, Campos & Maciel (1997) destacam experiências, em que os conselheiros usuários participam com a sua simples presença em reuniões, e em plenárias agendadas pelos representantes do governo. Gohn (2001) também destaca que alguns conselhos têm restringido as suas ações ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, fazendo desaparecer seu poder de decisão. Será que essa forma de participação é suficiente para permitir que os representantes da sociedade civil deliberem sobre as ações e as políticas de saúde, discutidas nesses espaços?

A construção de um sistema único de saúde imprimiu várias mudanças no que concerne à participação da comunidade nas decisões sobre as políticas públicas de saúde. Podemos dizer que, é indiscutível, que a gestão democrática das políticas públicas se constitui como uma conquista que permite novas formas de participação da população, na medida em que permite o surgimento

de novas experiências participativas, na administração pública (Silva, 1997). Entretanto, ainda existem muitas dificuldades para que os princípios expressos pela Constituição, notadamente os que se referem à participação da comunidade, efetivem-se em experiências concretas. Apesar de alguns conselhos abrirem a possibilidade de se criar um espaço democrático no processo decisório de políticas públicas, diversos estudos apontam, como dissemos, para as dificuldades que surgem na dinâmica de seu funcionamento, principalmente em relação à participação nos conselhos.

O estudo realizado por Lima (2002) no Conselho Municipal de Saúde de Londrina (SC), mostra que este conselho constitui-se como um mecanismo institucionalizado aberto à participação popular, apesar dos entraves na participação dos segmentos gestor e usuário. Segundo Lima (2002), estes segmentos apresentam maior efetividade na tomada de decisões do que os segmentos prestador e trabalhadores.

Há trabalhos que identificam problemas na efetiva participação nos conselhos, como o de Mota (2000) que aponta para o fato de que alguns conselhos aparecem como um instrumento para que prefeitos e elites exerçam um controle sobre a população. Além disso, diz que os conselheiros representantes da sociedade possuem um tratamento diferenciado, à medida em que têm menos acesso às informações e menos disponibilidade de tempo para atuar nos conselhos.

O estudo de Wedhausen & Caponi (2002) mostra os obstáculos ao diálogo em um conselho de um município de Santa Catarina. Segundo os autores, existe uma relação assimétrica entre os conselheiros usuários e os demais representantes, pois a partir de um discurso de poder veiculado pelos representantes do governo, dos trabalhadores e dos prestadores de serviço, a representação dos usuários fica em um lugar de silenciamento.

Há outro trabalho, que mostra as conseqüências do desconhecimento do SUS pelos conselheiros de saúde (Kruger, 2000). A autora analisou as atas do Conselho Municipal de Saúde de São José (SC) a fim de compreender o entendimento que os conselheiros municipais de saúde

tinham da formação do arcabouço legal do SUS. De acordo com ela, como a maioria dos conselheiros não participou do movimento de reivindicação dos direitos, eles vêm apresentando dificuldades em implementar o SUS e acabam reproduzindo práticas tradicionais da cultura política brasileira. Como resultado de sua pesquisa, Kruger (2000) aponta para o fato de que os conselheiros representantes da sociedade civil são chamados a constituir o conselho, mas não a participar desse espaço. De fato, muitos conselhos têm sido um instrumento a mais nas mãos de prefeitos e de elites, notadamente em municípios sem tradição associativa.

Pessoto, Nascimento e Heimann (2001) estudaram a implementação de mecanismos de participação da comunidade, em diferentes municípios brasileiros. Segundo os autores, os conselhos da maioria dos municípios estudados foram construídos a partir de iniciativas sociais, mesmo sem um apoio significativo dos governos.

Em seu estudo sobre conselhos gestores, Tatagiba (2002) também aponta:

Os interesses que levam as entidades a disputar assento nos conselhos são os mais variados, assim como a própria noção do que seja participar na formulação das políticas (...) a diversidade na compreensão do que seja participar na formulação das políticas públicas, tudo isso torna o campo da sociedade civil, naturalmente heterogêneo, em um campo altamente fragmentado (p.58).

Podemos dizer assim que os Conselhos de Saúde são espaços conflituosos, à medida em que agregam atores com diferentes projetos, propostas e interesses. Os Conselhos de Saúde podem representar um mecanismo de participação política, mas devemos ater-nos ao caráter dessa participação e aos seus alcances na realidade da política nacional, já que eles podem tanto ser um instrumento de construção e de exercício da cidadania, como um lugar em que se busca fundamentalmente realizar interesses particulares e clientelistas. Gohn (2001) destaca que muitos conselhos acabam por não atenderem aos objetivos de controle e de fiscalização das políticas públicas.

Acrescentamos, ainda, que os Conselhos de Saúde realizam, eventualmente, cursos de capacitação para conselheiros no intuito de que eles possam ampliar seu campo de conhecimento a respeito do SUS e do funcionamento dos conselhos, e conseqüentemente, ampliarem sua visão e atuação participativa. Entretanto, a simples qualificação cognitiva não é suficiente para que o conselheiro compreenda seu papel no conselho, e passe a atuar a partir dele. A questão não é simplesmente capacitar, embora ela seja necessária, mas em compreender como os conselheiros interagem-se e constroem laços que levam à ação coletiva. É na interação dos atores envolvidos no processo que ações coletivas e participativas serão possíveis.

A importância deste projeto destaca-se pela possibilidade de ampliar, a partir do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, as discussões à cerca dos processos participativos da sociedade civil, não tendo, entretanto, a intenção de abarcar toda a dimensão, que o tema da participação abrange. Os Conselhos de Saúde são instâncias políticas, ainda em construção, em que questões, acerca do seu estabelecimento, funcionamento e participação devem ser sempre discutidas.



Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar os significados atribuídos pelos conselheiros usuários à sua participação no Conselho Municipal de Saúde, de Belo Horizonte. Para tanto, apresentaremos a seguir o funcionamento do CMS-BH, de maneira pormenorizada.

#### **1.4 - O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: retomando sua história**

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, regulamentado pela Lei Federal nº. 8142/90, pela Lei Municipal nº. 5903/91, e alterado pela Lei Municipal nº. 7536/98, é uma instância de caráter permanente e deliberativo, e está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Suas decisões são consubstanciadas em resoluções, e homologadas pelo Prefeito. Atualmente, ele é integrado por 72 representantes, sendo 18 representantes dos usuários, distribuídos da seguinte forma:

01 da regional Norte

01 da regional Centro-Sul

01 da regional Leste

01 da regional Oeste

01 da regional Noroeste

01 da regional Venda Nova

01 da regional Nordeste

01 da regional Pampulha

01 da regional Barreiro

01 das Associações de Portadores de Deficiências e Patologias Crônicas

04 das entidades do Movimento Sindical do Setor Produtivo e de Serviços

02 das entidades gerais do Movimento Popular e Comunitário

01 do Movimento de Mulheres

01 da entidade de Aposentados.

Sua composição conta, ainda, com nove representantes de prestadores de serviços públicos e privados, da Prefeitura Municipal e da Câmara Municipal, sendo:

04 da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, sendo que um deles é o Secretário Municipal de Saúde

01 dos hospitais públicos

01 dos hospitais privados

01 dos hospitais filantrópicos;

01 das entidades formadoras de Recursos Humanos na Saúde

01 da Câmara Municipal.

Por fim, o conselho é composto por nove representantes de trabalhadores na área da saúde do Sistema Único de Saúde no Município, sendo:

06 das entidades sindicais gerais de trabalhadores na área da saúde

03 das entidades sindicais de categorias.

Cabe lembrar que, para cada efetivo corresponde um suplente, todos com mandato de dois anos, podendo haver reeleição por outros dois anos uma única vez. (Belo Horizonte, 1998). A escolha ou indicação desses membros é feita da seguinte forma: os membros titulares e suplentes do movimento popular das regiões de Belo Horizonte serão indicados em assembleias convocadas especificamente, para esta finalidade, sendo que sua ata deverá ser enviada à mesa diretora do CMS-BH. Os representantes titulares e suplentes das entidades gerais de usuários, de entidades gerais e de categorias de trabalhadores de saúde, e das entidades privadas e filantrópicas prestadoras de serviços serão indicados em assembleias das respectivas entidades convocadas pelo CMS-BH. Já os representantes do Executivo Municipal serão indicados pelo Prefeito.

Para que fosse aprovado o regimento para a criação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, algumas conferências de saúde aconteceram no sentido de mobilizar a população para a necessidade de discussão e criação do conselho. A Iª Conferência Municipal de Saúde, intitulada Pré-Conferência, ocorreu em 1986 e foi organizada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de discutir as políticas de saúde para o município e constituir o Conselho de Saúde, onde foi aprovado seu estatuto interno. A Carta Magna só criou a Lei nº. 8080 em 1990 e a Lei nº. 8142, que estabelecia a participação popular na gestão da saúde, ainda não havia sido editada. Ainda não se tinha muita clareza de como organizar o conselho, quais seriam as suas atribuições, não se sabia como seria sua composição e qual seria o seu caráter ou natureza (Conselho Municipal de Saúde, 2005).

O Conselho Municipal de Saúde seria presidido pelo Secretário de Saúde e composto por 28 membros com mandato de dois anos. Com a mobilização de movimentos populares e do movimento sindical da área da saúde, a Secretaria Municipal elaborou, juntamente com a coordenação do fórum de entidades, um regimento para normalizar o processo de escolha dos

conselheiros. A posse do primeiro conselho se deu em abril de 1992, e a eleição da Mesa Diretora e a aprovação do Regimento Interno do CMS/BH aconteceu em 02 de Julho de 1992.

A IV Conferência se constituiu por um dos principais momentos de construção do SUS, em Belo Horizonte, à medida em que ocorreu, junto com a sociedade civil organizada, a aprovação do projeto político do SUS e a definição do Modelo Assistencial, do município de Belo Horizonte. Faz-se importante destacar que, ao iniciar a programação desta conferência, o conselho fez uma avaliação da primeira gestão, destacando, dentre outras questões, a necessidade de capacitar os conselheiros e de facilitar a participação dos mesmos. A avaliação ressaltava, ainda, o desrespeito da gestão em relação às decisões tomadas pelo conselho, e a distância entre o conselho e a população.

Em 1997, com o segundo mandato da Frente BH Popular, um Secretário de Saúde, antigo militante sindical e pertencente ao Pc do B foi eleito como presidente do conselho. Foi um período de muitos conflitos entre o secretário e o conselho, que acabou sendo destituído da presidência. Esta foi ocupada por um conselheiro usuário.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que completou 14 anos em 2005, pode ser considerado como um conselho que possui uma efetiva atuação no município. Dentre suas atribuições, podemos citar o acompanhamento das diretrizes do SUS em nível estadual e municipal, a formulação de estratégias e o controle da execução da política municipal de saúde, a deliberação, a análise e o controle do funcionamento do SUS no município, a fiscalização da gestão do Fundo Municipal de Saúde. Ele se reúne, mensalmente, para acompanhar os rumos da saúde pública e analisar projetos e campanhas, orçamentos e verbas destinados ao município. As reuniões do conselho acontecem na primeira quinta-feira do mês, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O CMS-BH é constituído pelo Plenário, que é o órgão de deliberação plena e conclusiva do conselho; pela Mesa Diretora, formada por quatro membros – Presidente, Secretário Geral, 1º Secretário e 2º Secretário - eleitos pelos conselheiros por um ano, com a responsabilidade principal de convocar, efetivar e coordenar todas as reuniões ordinárias e extraordinárias do órgão; pela Secretaria Executiva, um órgão de assessoramento administrativo e operacional do conselho e pelas Câmaras Técnicas, constituídas por conselheiros titulares e suplentes a fim de acelerar o processo de funcionamento do conselho, apreciar questões referentes a cada tema e propor soluções às mesmas. As Câmaras Técnicas são:

Câmara Técnica de Recursos Humanos

Câmara Técnica de Financiamento

Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização

Câmara Técnica de Comunicação

Câmara Técnica de Saneamento e Política Intersetorial

Elas se reúnem, mensalmente, para discussão de propostas e de dúvidas. As decisões no conselho são tomadas em reuniões ordinárias ou extraordinárias, através de votação aberta e, eventualmente, com declaração de voto pelos membros participantes, desde que haja quorum mínimo (maioria simples).

Faz-se importante acrescentar que o conceito de usuário utilizado aqui será o indicado pela Legislação Complementar do SUS (Ministério da Saúde, 2002). O termo *usuário* refere-se a todos os representantes de organismos ou de entidades privadas ou representantes de movimentos

comunitários, h organizados como pessoas jurídicas e combina noções de cidadania e direitos dos cidadãos. O usuário, apesar de reter a dimensão política do direito universal do cidadão em participar, também representa no conselho, a participação de um dado segmento social que faz uso dos serviços de saúde. São considerados usuários, aquelas pessoas que vêm aos conselhos representando organizações sociais urbanas, rurais ou sindicais, e são eleitos ou indicados por organizações tais como sindicatos, associações de moradores, movimento de mulheres, associações de portadores de patologias, dentre outros.

O termo *profissionais de saúde* inclui não só os responsáveis por atividades de assistência à saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, dentre outros), como outros responsáveis por atividades intermediárias à saúde (pessoal técnico e administrativo) de órgãos e entidades públicas ou privadas da saúde. Com relação ao *governo*, seus representantes são aqueles órgãos ou entidades da Administração Pública, e o termo *prestadores de serviços* refere-se aos representantes de entidades contratadas pelo SUS, para prestar serviços de atendimento à população. Estes dois representantes fazem parte, no CMS-BH, do segmento dos prestadores.

Em realidade, de acordo com o Ministério da Saúde (1994) todos os representantes acima citados são, essencialmente, usuários do sistema de saúde. Entretanto, somente pode ser considerado um representante legal dos usuários, aquele que não detém condições para ser escolhido representante de outro segmento.

A escolha do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte justifica-se pelo fato de ser um conselho muito atuante, com uma história de participação consolidada e pela facilidade de acesso aos dados que irão compor esta pesquisa.

## Capítulo 2: A participação em foco

No Brasil, o processo de redemocratização e a descentralização das políticas sociais abriu espaço para inúmeras experiências de participação popular nas arenas públicas de decisão de políticas. A Carta Magna incorporou dispositivos, que contemplam formas de participação direta e indireta da população civil nas decisões do governo, através dos referendos, das moções de iniciativa popular e da integração da sociedade civil organizada (Dagnino, 2002). O presente trabalho propõe discutir os significados atribuídos por representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte à participação, e como eles se identificam como sujeitos políticos. Este fato remete à seguinte questão: até que ponto os Conselhos de Saúde poderão tornar-se espaços em que são discutidas e negociadas definições de políticas públicas? E como eles podem materializar a participação política?

O conceito de participação política é complexo e multidimensional. Em seu Dicionário de Ciência Política, Bobbio (1995) destaca que o termo participação política pode possuir diversas interpretações, já que se pode participar de diferentes maneiras. O termo é utilizado para designar atividades como a militância em algum partido político, o voto, a participação em comícios, dentre outros. Ele aponta que existem três níveis possíveis de participação política. A primeira delas refere-se à participação presencial, que seria a maneira menos intensa e mais marginal de participação política. O comportamento do indivíduo, nesse caso, restringe-se à passividade, como a presença em reuniões, ou em situações, nas quais o indivíduo não contribui de forma pessoal a determinado fato político.

A segunda forma de participar seria através do envolvimento da pessoa, dentro ou fora de alguma organização política, em que ela realiza uma série de atividades delegadas a ela, ou



diretamente iniciadas por ela mesma. Diz respeito ao envolvimento do indivíduo em campanhas eleitorais, em manifestações, etc. O indivíduo já é mais ativo no processo de participação política.

A terceira forma de participação seria aquela em que o indivíduo de fato contribui, direta ou indiretamente, de alguma decisão política. A participação política direta, somente seria possível, em contextos menores. Geralmente, a participação ocorre de forma indireta mediante a escolha das pessoas investidas de poder, por determinado período.

Faz-se importante ressaltar que Bobbio (1995) trabalha com uma idéia de participação em um modelo de democracia partidária. Ainda que possamos distinguir estes três graus de participação, no que diz respeito à deliberação sobre políticas de saúde, graus que no caso podem variar desde a mera presença em uma conferência de saúde até a participação efetiva em Conselhos de Saúde, esta hierarquização de participação não é suficiente para compreender os conselhos como novos dispositivos participativos, que pretendem ampliar o acesso participativo de diversos segmentos sociais, na definição de políticas de saúde.

Ressaltamos que os conselhos são uma resposta à crise da democracia partidária que sofrem, nas palavras de Santos (2002), de uma dupla patologia: a patologia de representação, que se refere ao fato de os eleitores não se sentirem representados pelos políticos, e a patologia do absentismo ou resistência à participação nas eleições, que faz com muitos eleitores não compareçam ou não queiram participar do momento do voto. Nesta perspectiva, a criação dos Conselhos de Saúde e de outros conselhos gestores de políticas públicas é fruto de uma concepção não hegemônica de democracia e de participação política. Este aspecto é muito destacado por Pedro Demo (2001).

Demo (2001) faz uma análise da participação, como sendo um processo de conquista da sociedade, processo este que se encontra em constante devir. Para ele, não podemos dizer que exista uma forma de participação dada e acabada, já que ela deve, mesmo depois de conquistada,

ser permanentemente construída e reconstruída. Nesse sentido, o autor considera que a participação não é uma dádiva, pois é algo conquistado, tampouco uma concessão, já que faz parte de todo um processo de luta da sociedade. Ele ressalta, ainda, a importância de pensarmos que a participação, esteja ela em processo de conquista ou já adquirida, supõe compromisso, envolvimento e presença que pressupõem uma atividade do indivíduo, que pretende participar ou que já participa. Ou seja, participar dá trabalho. O autor afirma, ainda, que para que a participação seja efetivada é preciso que o Estado seja permeável às ações propostas por aqueles que reivindicam um espaço participativo, nas arenas decisórias.

Para ele, um importante canal de participação, através do qual a sociedade pode se expressar, é a própria organização da sociedade civil, entendida como a capacidade histórica de a sociedade assumir formas conscientes de organização. O início de processos participativos está na capacidade de organização da sociedade civil, pois somente dessa forma, ela pode adquirir vez. Dentre essas formas de organização da sociedade civil, encontram-se diversas formas de conselhos gestores e os orçamentos participativos. Aqui, cabe mencionar que, embora muitos Conselhos de Saúde sejam o resultado de uma política de indução do Ministério da Saúde, derivada da aprovação da Lei nº. 8080, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e da Lei nº. 8142, que dispõe sobre a participação comunitária, já havia surgido conselhos ou comissões de saúde na década de setenta e oitenta, advindos de mobilizações de populações locais, apoiadas pela Igreja e por médicos sanitaristas. Este processo ocorreu com maior visibilidade em São Paulo (ver Sader, 1988).

Nesta perspectiva, é significativo que estudos sobre atuais Conselhos de Saúde apontem um dos fatores que contribuem para a efetividade de um conselho é a presença de uma maior rede associativa (Cortes, 1998), ou seja, os conselhos somente poderão, realmente, estabelecer-se caso a sociedade os sustente ou lute para conquistar esse espaço. Para Demo (2001), o direito da

sociedade é algo incondicionalmente devido, e se constitui como a forma mais coerente de controle, já que é através dele, que regras de jogo tornam-se comuns a todos, sendo, inclusive, capazes de garantir a idéia de igualdade de oportunidades perante a lei. Entretanto, esses direitos só se efetivam em um processo constante de luta popular, em que os grupos interessados têm que fazer valer esses direitos adquiridos.

Campos e Maciel (1997) são solidários com a idéia de que a participação deve ser compreendida como um processo histórico de construção social, que se realiza em um contexto social, econômico e político específico e complexo, constituído de subjetividades e de estruturas solidificadas. A participação entendida como uma ação humana manifesta-se em cenários antagônicos, comportando de maneira conflituosa as diversas possibilidades de transformação ou de sedimentação da ordem vigente. Ela representa a possibilidade de construção de uma cultura política capaz de conferir visibilidade aos grupos sociais com pouco acesso ao exercício decisório das políticas públicas. Para Campos e Maciel (1997) a participação deve ser pensada, dessa forma, como uma possibilidade de intervenção e como um mecanismo mobilizador de recursos, tratando da inserção de atores sociais nas instâncias de decisão. Dessa forma, há o confronto com experiências que identificam a participação como a simples presença de usuários dos serviços públicos em reuniões ou outros eventos. O Conselho de Saúde é pensado então como um espaço público contraditório, mas que abriga uma nova forma de participação. Esses autores discutem o processo participativo de forma ampla, embora não nos forneçam operadores analíticos que nos permitam pensar fatores que levam atores sociais a fazerem parte de uma ação coletiva. Os Conselhos de Saúde inserem-se em um sistema composto por Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais e o Conselho Nacional de Saúde, ainda que todos tenham sua autonomia própria pelo fato de todos serem entes federativos. Isto aponta para a proposta de que a participação da população na gestão e na definição de políticas públicas transcenda o nível local.

Sartori (1994), um autor que discorre sobre democracia participativa e suas formas possíveis de efetivação, é bastante crítico a respeito dessa possibilidade. Sartori (1994) inicia sua discussão sobre a democracia participativa a partir da definição etimológica da palavra democracia, que se refere ao governo ou o poder do povo. Entretanto, como nos aponta o autor, buscar o significado original desse termo seria simplesmente o início de uma pesquisa, já que tal proposição não nos explicita, na prática, o que de fato o termo abrange. Após revisitar alguns dos termos cruciais que estão incutidos na palavra democracia, tais como povo e poder, ele chega a um conceito funcional de democracia ao defini-la como sendo o poder limitado da maioria, respeitando os direitos da minoria. O autor vem delinear com isso que a democracia não se refere a um poder ilimitado e irrestrito da maioria, pois, se assim o fosse, ou seja, se uma maioria fizesse uso excessivo e sem reservas de seu direito, o sistema não funcionaria mais como uma democracia, uma vez que excluiria a minoria. Os direitos da minoria são uma condição necessária para que ocorra o processo democrático, já que a democracia consiste em “um processo contínuo (que) requer que asseguremos a *todos* os cidadãos (maioria mais minoria) os direitos necessários ao método segundo o qual a democracia funciona” (p.56). A partir dessa definição de democracia, como então podemos definir a democracia participativa?

Para Sartori (1994), só conseguiremos chegar a uma noção do que seja a democracia participativa se tivermos claro o que significam os termos democracia direta, democracia de referendo, democracia eleitoral e democracia representativa. A democracia direta é definida como sendo uma democracia sem representantes e sem nenhum instrumento de transmissão dessa representatividade, o que seria uma democracia autogovernante. Ele nos alerta, porém, que uma democracia autogovernante só seria possível em um grupo relativamente pequeno, passível de ser observado. A democracia de referendo é uma subespécie da democracia direta. De fato, nela o povo decide as questões diretamente de forma individual. Essa democracia representa a superação

da direta na medida em que ultrapassa seus limites de tamanho e de espaço. A democracia de referendo é uma democracia direta de indivíduos isolados, que não interagem, uma “participação sem debates”.

A democracia eleitoral é uma democracia indireta em que o povo não governa a si mesmo, elegendos representantes para governá-lo. O conceito de democracia representativa inclui o de democracia eleitoral, sendo uma condição necessária para que a democracia representativa aconteça. Para situar a democracia participativa nesse contexto, Sartori (1994) nos diz que ela se encontra em todas essas definições e em nenhuma delas ao mesmo tempo. O autor parte da definição de participação como sendo “tomar parte pessoalmente”, ou seja, um tomar parte desejado, auto-ativado. Ele nos alerta para o fato de que participar não é simplesmente fazer parte de algo ou se tornar parte de algo. Para ele, participação é um movimento próprio. Diz o autor: “participação é um movimento próprio e, assim, o exato inverso de ser posto em movimento (por outra vontade), isto é, o oposto de mobilização” (p.159). A participação é assim definida como tomar parte de algo de forma voluntária. Quando falamos da democracia direta, dissemos que ela seria um autogoverno e que deveria ocorrer em um espaço pequeno. Dessa forma, a intensidade da participação, ou seja, sua efetividade e sua autenticidade é inversamente proporcional ao número de participantes. De acordo com Sartori (1994):

Num grupo de cinco, a parte de cada um é um quinto; num grupo de cinquenta, a parte de cada um é  $1/50$ , e assim por diante. Desse modo, a participação pode ser operacionalizada como uma proporção expressa por uma fração. À medida que o denominador aumenta, a “parte” (a cota, o

peso, a importância) de cada participante diminui na mesma proporção.  
(p.159).

Faz-se importante destacar a idéia apontada por Sartori (1994) de que a participação só ocorre quando o indivíduo age intencionalmente em determinada direção. Com isso, o autor chama a atenção para o fato de que a teoria da democracia sempre considerou em seus estudos a participação como uma forma de envolvimento pessoal e ativo. Entretanto, ele acredita que essa forma de participação só é possível de ser executada se os indivíduos fizerem parte de um pequeno grupo, ou seja, que a participação é o cerne das micro democracias. Sartori (1994) aponta para os limites de se pensar em uma democracia participativa, na medida em que essa só se torna possível a partir dos pequenos grupos de trabalho, pois à medida que aumenta o número de participantes, diminui a capacidade participativa de cada um. Para além dessas limitações, Sartori (1994) não discute de que forma poderíamos pensar a democracia participativa em contextos mais amplos. Nesta perspectiva, coloca-se a questão a respeito da representatividade das deliberações de um Conselho de Saúde ou de outros conselhos gestores de políticas públicas. Vários autores buscam responder a esta questão, criticando a concepção de reduzir a participação à simples “contagem de cabeças” e trazendo conceitos tais como redes e associações de deliberação e a configuração de discursos (ver Dryzek, 2004).

Entretanto, esta discussão, apesar de fecunda, foge ao objeto de estudo e de interesse desta dissertação. Para compreendermos a dinâmica de um Conselho de Saúde não basta discutir apenas as condições estruturais de participação ou identificar potenciais conflitos. Faz-se importante indagar como os indivíduos chegam a participar e a se transformarem em atores políticos. Isto nos

remete à discussão em torno da formação de identidades coletivas, da percepção de injustiças e de sentimentos de insatisfação e a noções de interesses compartilhados e crenças na efetividade da ação coletiva.

A análise da mobilização para ação coletiva tem estado integrada ao campo de estudos sobre movimentos sociais. Segundo Prado (1993) há três aspectos psicossociais importantes que constituem o processo de mobilização social: a identidade coletiva, uma questão central para Melucci (1996), a transformação das relações de subordinação em relações de opressão, questão abordada por Laclau & Mouffe (1985) e a demarcação de fronteiras políticas entre grupos sociais, abordada por Howarth & Stavrakakis (2000). A identidade coletiva se refere segundo Taylor e Whittier (apud Klandermans, 2002) a idéias compartilhadas de pertencimento que derivam de interesses comuns e de solidariedade. Prado (1993) enfatiza que esta identidade “se dá em processo e está implicada pelas práticas sociais que o grupo desenvolve” (p. 66). Devem ser considerados processos interativos de articulação e de organização, influência de ideologia e de utopias, papel de lideranças, dentre outros. A estruturação de crenças, de interesses e de valores vai sofrendo uma transformação ao longo do processo de interação e é através dele que se torna possível a construção de identidades coletivas. Identidades coletivas possuem múltiplas dimensões e estão ancoradas em diversas práticas e campos sociais e o indivíduo representa uma síntese sempre em movimento de pertencimentos a grupos com essas identidades coletivas. Há de se ressaltar que identidades coletivas poderão mobilizar ou desmobilizar a ação coletiva. Entretanto, a ação coletiva não poderá ser compreendida sem identidades coletivas que lhe confirmam sentimentos de ações compartilhadas, de motivação e de legitimidade. A politização da identidade coletiva implica que um grupo ou uma coletividade se vê em oposição a alguma autoridade ou ator político.

A literatura sobre movimentos sociais sugere que isto ocorre quando ressentimentos compartilhados criam o sentimento de “nós” frente a “eles” vistos como responsáveis pela situação que provoca ressentimentos, especialmente pelas autoridades políticas que são responsabilizadas pela situação, não atendem a demandas ou reprimem reivindicações (Klandermans, 2002). Prado (1993) refere-se a Laclau & Mouffe (1985) que apontam para a transformação de relações de subordinação, que implicam em posições diferenciadas em relações de opressão, que por sua vez implicam em reconhecimento de privação e de impedimento por outros e, portanto, se tornam lugares privilegiadas de antagonismos. A demarcação entre “nós” e “eles” gera reconhecimento de antagonismos, mas também de reciprocidade. Emergem fronteiras, pois há antagonismos percebidos como irreconciliáveis, mas ao mesmo tempo tanto o “nós” como o “eles” possuem os mesmos direitos e se enfrentam nos mesmos espaços sociais e políticos (Prado, 1993).

Nesta perspectiva, Ellemers (1993) aponta para o fato de que a ação coletiva emerge em situações instáveis e em fronteiras intergrupais impermeáveis. Vale destacar que Prado (1993) chama atenção para o caráter instável e precário de identidades políticas, na medida em que se trata de um consenso construído pela internalização de um constitutivo exterior – “eles”.

Sandoval (2001) aborda a multidimensionalidade da identidade política, distinguindo sete dimensões da consciência política. Ele define a consciência política como um conjunto composto de dimensões psicossociais interrelacionadas de significados e de informações que permitem aos indivíduos tomarem decisões quanto ao melhor curso de ação dentro de contextos políticos e situações específicos. Como tais, essas dimensões permitem compreender tanto a ocorrência como a ausência de ações coletivas. As dimensões apontadas por Sandoval (2001:185) são a identidade coletiva, as crenças sociais e as expectativas, os sentimentos de interesses coletivos e antagônicos, a eficiência política, o sentimento de injustiça, a vontade de agir coletivamente e as propostas de



ação persuasivas. A análise de cada uma dessas dimensões pode nos oferecer indicações de como mudanças na estrutura e nas relações sociais podem afetar a predisposição das pessoas em agir a partir de seus próprios interesses. A identidade coletiva refere-se ao sentimento pessoal de pertencer ou à identificação do indivíduo com um ou mais grupos sociais. Faz-se importante destacar que o processo de identificação é, segundo o autor, fundamental na determinação da participação em movimentos sociais. Para ele, a identidade coletiva é frequentemente abusado com um conceito “catch-all”, o que faz com que o termo identidade perca seu poder analítico e obscureça as diferenças entre a identificação individual e as representações coletivas que os grupos constroem sobre os movimentos. Em razão desse uso irrestrito e ampliado do conceito de identidade, Sandoval (2001) faz a opção de trabalhar o conceito de identidade coletiva a partir de um ponto de análise mais restrito. Para ele, a identidade coletiva deve ser compreendida como uma dimensão da consciência política, referindo-se à maneira pela qual os indivíduos estabelecem identificações psicológicas de interesses e sentimentos de solidariedade e de pertencimento do ator coletivo.

A segunda dimensão apontada por Sandoval como fundamental para a compreensão da noção de consciência política consiste nas crenças, nos valores e nas expectativas que um indivíduo desenvolve em relação à sua sociedade e que expressam noções de ideologia política na visão de cada um sobre o mundo. Para o autor, essas crenças, esses valores e essas expectativas podem ser compreendidos como sendo representações sociais resultantes de processos de interações sociais e de experiências vividas pelos indivíduos em vários grupos ou instituições. Uma consequência importante disso é o desenvolvimento de sentimentos de pertença ou não a grupos sociais e de inclusão ou de exclusão dos mesmos.

A terceira dimensão da consciência política consiste em um sentimento individual relacionado com a percepção de como interesses simbólicos e materiais se opõem aos interesses

de um outro grupo e de até que medida esses interesses antagônicos podem levar a uma concepção da existência de adversários coletivos na sociedade. O que suporta a ação coletiva é a sensação de uma relação oponente entre o indivíduo e outro indivíduo ou outro grupo ou categoria social. Para o autor, na medida em que o indivíduo não percebe a existência de um adversário visível, torna-se impossível mobilizá-los em coletividade e coordenar ações contra um alvo específico.

A quarta dimensão diz respeito ao sentimento da eficiência política, isto é, ao sentimento de um indivíduo quanto à sua capacidade de intervir em uma situação política. A teoria atributiva de Hewstone apresenta três interpretações sobre a causação de eventos: a) forças transcendentais, desastres naturais ou intervenções divinas; b) o próprio indivíduo; c) ações de outros indivíduos ou grupos. A primeira interpretação leva ao conformismo ou a submissões diante de conflitos sociais. A segunda leva os indivíduos a procurarem soluções individuais ou a se culparem pela situação. A terceira interpretação permite aos indivíduos crerem que suas ações poderão mudar a situação. É somente através dessa última crença que os indivíduos podem se tornar atores ativos na mudança de suas vidas.

A quinta dimensão é o sentimento de justiça e de injustiça do indivíduo, que se refere ao modo como o indivíduo enxerga qualquer arranjo social e se este arranjo possui um nível de reciprocidade de obrigações e de recompensas entre os atores. Todas as vezes que os indivíduos acreditam que o equilíbrio nas relações recíprocas se desequilibra contra eles mesmos, eles passam a entender essa quebra de reciprocidade em termos de injustiça. O critério para se medir noções de reciprocidade são históricos e contextualmente determinados, visto que são noções muito complexas. Esses sentimentos de reciprocidade que cessaram de existir ou que foram violados criando uma situação de injustiça têm estado presentes no descontentamento coletivo e nas manifestações de protesto. Quando as pessoas dizem a respeito de sua participação em

movimentos sociais, encontram referências a noções de injustiça como forma de legitimar suas reivindicações.

A sexta dimensão de consciência política compreende o desejo de agir coletivamente e encontrar soluções para as injustiças. Essa dimensão foca três aspectos fundamentais para a participação coletiva. O primeiro são os custos e os benefícios da lealdade interpessoal e os laços que resultam da participação ou não em um movimento. O segundo está relacionado com as perdas e com os ganhos materiais e os benefícios resultantes da participação no movimento. E o terceiro se refere aos possíveis riscos físicos que podem advir. As pessoas, ao decidirem participar de movimentos de forma individual ou coletiva, o fazem através de escolhas informadas e significativas que influenciam sua participação e seu comprometimento com o movimento social. E essas escolhas tornam-se significativas a partir da articulação com todas as outras dimensões já citadas até aqui. Juntas, essas dimensões contribuem para o processo de tomada de decisões do indivíduo.

A sétima e última dimensão do modelo de consciência coletiva proposto por Sandoval (2001) refere-se aos objetivos e as ações do movimento social. Essa dimensão compreende o grau de correspondência entre os objetivos do movimento social, suas estratégias de ação e sentimentos de injustiça, seus interesses e sentimentos de eficiência política. Esta dimensão relaciona-se ao modo como os participantes sentem que os objetivos e as propostas do movimento social, bem como sua liderança, combinam com seus próprios interesses materiais e simbólicos, ao modo como o movimento aborda suas ânsias por justiça e ao modo como as ações coletivas estão dentro dos limites de suas próprias sensações de eficiência política em um dado momento. Esta dimensão traz consigo os outros componentes da consciência política que interagem com as características organizacionais de um movimento formando uma predisposição psicossocial à ação coletiva.

Quanto à constituição de conselheiros de saúde como atores políticos e ao desenvolvimento de ações coletivas, há de se ressaltar uma diferença importante entre movimentos sociais e Conselhos de Saúde. Movimentos sociais são vistos como movimentos de protesto não raras vezes em confronto com autoridades políticas, enquanto os conselhos gestores de políticas públicas são espaços institucionais que abrem o Estado a um conjunto de entidades sociais antes excluídos do processo de elaboração e de controle de políticas públicas. Eles possuem uma representação vinculada, sendo compostos por representantes de órgãos públicos e de entidades da sociedade civil. No caso específico dos Conselhos de Saúde dissemos que são paritários, no sentido de que a metade dos conselheiros é formada por representantes de usuários, enquanto a outra metade é formada por representantes dos trabalhadores de saúde (25%) e dos prestadores públicos e privados (25%). Em termos de poder de decisão são deliberativos, cabendo aos gestores do SUS executarem as decisões tomadas pelo conselho. Agem como controladores e fiscalizadores das ações dos gestores do SUS a partir de diretrizes estabelecidas pelas Conferências de Saúde e pelo Ministério da Saúde, mas definem também as estratégias do SUS em nível local, aprovando e acompanhando programas de saúde definidos pelo Ministério da Saúde.

Nesta perspectiva, não podemos interpretar a relação do Conselho de Saúde com os gestores do SUS meramente como uma relação antagônica, mas como uma relação de parceria em que haverá momentos de cooperação como também de conflitos com os gestores do SUS e entre os segmentos que compõem o conselho. Ainda que o *locus* institucional do conselho não desqualifique totalmente o uso de conceitos construídos para compreender ações coletivas em nível da sociedade civil e para compreender as identidades coletivas e as ações de conselheiros de saúde, parece útil colocar em destaque alguns elementos da ação coletiva que ficaram subentendidas na discussão do tema por Prado (1993) e Sandoval (2001). Referimo-nos a dialética entre sistemas de interesse e sistemas de solidariedade tal como proposta por Pizzorno (1975).

Para este autor, o interesse de um ator (individual ou coletivo) leva a uma ação pela qual ele se distingue de outros atores, objetivando melhorar sua posição relativa no confronto com os mesmos. Isto implica em um critério compartilhado pelo ator e por aqueles em relação aos quais o ator quer melhorar sua situação. Nesse sentido, um sistema de interesses comporta um sistema de avaliação comum a todos e desta forma supõe a existência de um sistema de solidariedade. Este sistema de solidariedade constitui-se pela referência aos valores de um sistema de interesses em um processo de formação de áreas de igualdade. O interesse seria algo que distinguiria um ator de outro ao passo que a solidariedade seria o elemento responsável pelo compartilhamento de objetivos ou de interesses. Para participar de uma coletividade solidária, os atores se colocam como iguais em referência aos valores de um determinado sistema de interesses, ou seja, o sistema de solidariedade se constitui pela negação das desigualdades correspondentes a determinados sistema de interesses. A participação só poderá acontecer entre iguais, na medida em que há um reconhecimento, por parte dos atores envolvidos, da criação de uma identidade. Entretanto, a área de igualdade em respeito a uma determinada questão importante torna-se ao mesmo tempo um sistema de interesses do ponto de vista das relações internas entre seus membros, como destaca Reis (2000). Isto nos permite entender o Conselho de Saúde como espaço onde ao mesmo tempo há um foco coletivo de interesse – a defesa do SUS e o controle popular do gestor do SUS - e competição e confronto entre segmentos ou indivíduos.

Tanto das análises de Sandoval (2001) e Prado (1993) com as de Pizzorno (1975), depreende-se que as ações coletivas são construções sociais. A construção social da ação coletiva é complexa, visto que ela não pode ser compreendida como o resultado direto de um único fator ou variável. Nesta construção articulam-se de forma dinâmica fatores relacionados à intencionalidade e fatores relacionados aos condicionamentos sociais. A ação coletiva não é resultado da mera vontade nem fruto mecânico das determinações da estrutura social. Não há

garantia de que o ator irá ser capaz de atuar coletivamente e não há garantia de que ele conseguirá reproduzir-se e manter-se ao longo do tempo. A ação coletiva depende do campo das relações sociais em que foi estabelecido, na medida em que ela é uma interação de objetivos, de recursos e de obstáculos. É uma orientação intencional estabelecida dentro de um sistema de oportunidades e de coerções. Se a ação coletiva é uma construção social, é preciso compreender que esta construção tem que ser realizada com os materiais e com os instrumentos disponibilizados por uma determinada trajetória social e histórica. É a partir do campo de possibilidades objetivas e subjetivas que se pode apreender a ação coletiva em sua complexidade.

A intencionalidade não se constitui externamente aos condicionamentos objetivos e subjetivos, mas é por eles condicionada. A intencionalidade busca apreender os processos através dos quais os atores, sob condições objetivas dadas, atuam no sentido de produzir uma ação que se encontra como possibilidade determinada por aquelas condições. Os atores envolvidos na construção da ação coletiva devem ser concebidos como agentes inseridos em campos de relações sociais estruturadas. Nas redes de relações sociais o ator se socializa e constitui seus diferentes referenciais simbólicos e uma identidade que irão orientar suas ações. Os interesses, valores e ideologias são resultados de um processo de formação social do agente. Na análise da ação coletiva, devemos considerar ainda a diversidade dos atores envolvidos em termos de comprometimento e de envolvimento no ato coletivo. Interessa-nos desenvolver a idéia de que os processos de participação que ocorrem no interior dos Conselhos de Saúde, mais especificamente no CMS-BH, são processos de ação coletiva. Incluiremos a dimensão da ação coletiva e da sua construção social com fator constituinte dos processos participativos. Estes dependem de ações de organização e de mobilização coletivas que são construções produzidas por indivíduos e grupos que atuam com a intencionalidade de gerar tal organização e mobilização e assim a participação. A participação ativa dos atores sociais em espaços de gestão pública é uma construção social que

depende de um aprendizado fundado na experiência de uma trajetória social. Ademais, esses processos de participação não podem ser vistos como experiências reduzidas à sua dimensão institucional, com dependente de arranjos políticos institucionais, mas como ações coletivas construídas socialmente.

Uma das dimensões fundamentais para compreendermos a ação dos conselheiros de saúde diz respeito à construção da identidade coletiva. Esta dimensão foi apontada tanto por Sandoval (2001) e Prado (1993) como por Pizzorno (1975). Nossa análise deverá verificar como se processa a construção da identidade coletiva. Uma outra dimensão importante apontada por Sandoval (2001) consiste nas crenças, nos valores e nas expectativas desenvolvidas pelo ator social em relação à sociedade. Aqui importa investigar como os conselheiros desenvolvem uma visão do SUS no contexto atual da sociedade brasileira. O Conselho de Saúde como arena pública de interlocução e de negociação entre os segmentos não se caracteriza por relações estáveis de antagonismo. Há um foco comum que de acordo com as questões em pauta poderá implicar antagonismos com determinados atores sociais, mas ao mesmo tempo surgem competições e confrontos entre os segmentos. A efetividade política da ação dos conselheiros não depende apenas da crença dos conselheiros a respeito de sua capacidade de intervenção, mas também de condições materiais e financeiras. Mesmo assim, os conselheiros poderão construir sentimentos de capacidade de intervenção em uma situação política.

Podemos pensar ainda na importância que o conselheiro atribui ao CMS-BH e na sua capacidade deliberativa sobre as políticas de saúde no município. Na motivação de suas ações, os conselheiros encontram a percepção de que a realidade social em que o SUS se insere nega permanentemente seus princípios e suas diretrizes. No modelo de consciência política de Sandoval (2001), isto corresponde aos sentimentos de justiça e injustiça. O fato de um ator se candidatar para participar do conselho implica em um grau maior ou menor no desejo de agir coletivamente.

Entretanto, não necessariamente haverá um consenso claro a respeito de objetivos e de ações a serem praticados, na medida em que os conselheiros estão inseridos e agem em contextos sociais e políticos nem sempre em congruência com os princípios e as diretrizes do SUS. Além disto, competições internas na área de igualdade poderão dificultar a formulação de objetivos e de ações coletivas. Podemos concluir que investigar a consciência de participação e a identidade coletiva dos conselheiros de saúde utilizando como instrumental as dimensões apontadas por Salvador (2001), levando, porém, em consideração as contribuições de Pizzorno (1975), parece ser um caminho profícuo.



## **Capítulo 3: Rumos Metodológicos**

### **3.1 - A especificidade das ciências humanas na abordagem qualitativa**

De acordo com Minayo (1996), o objeto das ciências sociais é fundamentalmente qualitativo, na medida em que consideramos como objetos de estudo sujeitos de determinada condição social, pertencentes a classes que possuem suas crenças, seus valores e seus significados. Para ela, uma pesquisa social que queira realizar um aprofundamento mais abrangente da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo. Serapioni (2000) ressalta a importância de haver uma complementaridade entre os métodos quantitativos e qualitativos.

Referindo-se a essa abordagem mais aprofundada da realidade, Serapioni (2000) chama a atenção para o fato de que os métodos qualitativos, por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de aprofundar nos significados e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados. Segundo ele, muitos cientistas sociais discutem a respeito das desvantagens de se utilizar os métodos qualitativos, notadamente no que se refere à generabilidade e à representatividade dos conteúdos que emergem ao longo da pesquisa. Serapioni (2000) ressalta a importância de se utilizar instrumentos rígidos para o levantamento de dados para que ocorra uma melhor avaliação da importância da descoberta. Por outro lado, ele vai dizer que há cientistas sociais que destacam a existência de várias estratégias válidas de generalização dos métodos qualitativos. Dentre elas, destaca-se a generalização conceitual ou analítica, que permite aos métodos qualitativos generalizar a respeito de características conceituais, sem que haja necessariamente uma generalização em termos numéricos.

Podemos dizer que os métodos qualitativos analisam o comportamento humano a partir do ponto de vista do próprio ator envolvido. Além do mais, esses métodos são essencialmente descritivos, exploratórios, indutivos e subjetivos, assumindo uma realidade dinâmica (Serapioni, 2000).

Assim sendo, a escolha do procedimento metodológico a ser utilizado evidenciou-se a partir da delimitação do objeto a ser investigado, a saber, os significados atribuídos pelos conselheiros usuários à participação dentro do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Utilizamos a investigação qualitativa por permitir entender o modo como esses sujeitos interpretam suas experiências e pela possibilidade de oferecer detalhes ricos a respeito da influência do ambiente na configuração da personalidade dos sujeitos investigados, no caso, os conselheiros representantes dos usuários (Minayo, 1996).

Nosso universo de pesquisa compreendeu o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG, instituído pela Lei 5903/ 91 e alterado pela Lei 7536/ 98 (Belo Horizonte, 1998), por ser considerado um conselho muito atuante e articulado com uma grande rede de conselhos distritais e locais.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Segundo Bauer e Gaskell (2003), a entrevista qualitativa é uma metodologia de coleta de dados muito utilizada no âmbito das ciências sociais. Ela é considerada um instrumento importante na coleta de dados na medida em que permite descobrir que existem perspectivas que se encontram para além daquelas que o entrevistado relata na entrevista. Nesse sentido, Minayo (1996), também aponta para a importância da entrevista na coleta de dados ressaltando que o entrevistado transmite ao pesquisador não só condições estruturais, seus sistemas de valores e suas normas, como também as representações do grupo social no qual se encontra inserido. Bauer e Gaskell (2003) ressaltam então que a entrevista permite fornecer dados essenciais para que possamos compreender as

relações entre os atores sociais e a sua situação, na busca de um entendimento pormenorizado de crenças, de atitudes e de valores em relação ao comportamento dos sujeitos em determinado contexto social.

Estamos interessados, nesse estudo, em compreender os significados atribuídos pelos conselheiros usuários à participação no interior do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Assim sendo, acreditamos que a entrevista se constituiu como um instrumento valioso capaz de abarcar o objetivo proposto para esse trabalho, na medida em que ela nos permitiu compreender os pontos de vista dos atores envolvidos no objeto da pesquisa, ou seja, os conselheiros representantes dos usuários, relacionando os significados atribuídos por eles à participação, com o contexto social específico no qual eles se encontram inseridos, isto é, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Para tanto, utilizamos a entrevista semi-estruturada, na qual, segundo Minayo (1996), o entrevistado discorre sobre o tema que o pesquisador propõe, sem que haja respostas ou condições pré-determinadas por ele. Ela ressalta, porém, que isso não quer dizer que a entrevista semi-estruturada seja indisciplinada. Para que possamos fazê-la, devemos especificar aquilo que irá ser perguntado aos entrevistados, bem como selecioná-los de forma precisa.

Seguimos então uma orientação de Bauer e Gaskell (2003) que estabelecem duas condições que devem ser observadas antes do início da entrevista, que são a especificação do tópico guia (o que perguntar) e de que forma devemos selecionar os entrevistados (a quem perguntar).

O tópico guia se constitui como um momento de preparação do entrevistador em que ele irá realizar uma leitura crítica da literatura sobre o tema, fazer um reconhecimento do campo de análise, realizar discussões com colegas experientes e desenvolver um pensamento criativo. O tópico guia é um lembrete ao pesquisador, um referencial que irá guiá-lo ao longo da entrevista,

sem, no entanto, se tornar uma espécie de roteiro fixo e inflexível. Para a nossa pesquisa, elaboramos um tópico guia para as entrevistas realizadas, seguindo o tema que propomos investigar. As perguntas feitas aos conselheiros usuários foram semi-abertas para que eles pudessem discorrer a respeito do que estava sendo proposto, sem se fixarem em respostas condicionadas ou em categorias pré-definidas e acabadas.

Para selecionarmos os entrevistados, devemos nos atentar para o fato de que o fim da pesquisa qualitativa não é simplesmente contar opiniões, mas explorar as várias opiniões existentes a respeito de um tema, ressaltando as diferentes representações sobre o tema em questão. Nessa pesquisa, estamos interessados em compreender as variedades dos pontos de vista dos conselheiros usuários, visando maximizar a compreensão das variadas posições tomadas pelos conselheiros em relação à participação dentro do Conselho. Se segundo Bauer e Gaskell (2003) não existem critérios para a seleção dos entrevistados, vamos explicitar os procedimentos que utilizamos para a nossa escolha.

### **3.2 - Evidenciando caminhos: as entrevistas semi-estruturadas**

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre do ano de 2005. Foram ao todo 15 entrevistas, sendo 08 realizadas com conselheiros representantes dos usuários atuais (Anexo 1), 3 realizadas com ex-conselheiros representantes dos usuários (Anexo 1), 1 com o Secretário Executivo do CMS-BH (Anexo 2), 2 com conselheiros representantes dos trabalhadores (Anexo 3) e 1 com um conselheiro representante do prestador (Anexo 3). Para análise deste material, utilizamos a análise de conteúdo, mais precisamente a análise temática. Os procedimentos de análise foram feitos a partir de categorias analíticas pré-construídas. As categorias utilizadas se encontram no Anexo 4.

A princípio, identificamos quem são os conselheiros usuários, através de dados formais como nome, idade, gênero, regional e entidade que representa.

Procuramos informações a respeito dos 36 conselheiros usuários (efetivos e suplentes) que participam do CMS-BH através de fichas cadastrais disponíveis na sede do Conselho e entrevistando o Secretário Executivo do CMS-BH. Em seguida, fizemos uma subdivisão do grupo dos usuários a partir das seguintes variáveis: quantidade de mandatos no CMS-BH, gênero e entidade que representa. A escolha dos entrevistados de cada subgrupo sofreu algumas contingências, tais como a facilidade de acesso ao conselheiro, a sua disponibilidade em realizar a entrevista e a sua vontade em concedê-la.

Obtivemos, então, uma amostra dos conselheiros a partir desses critérios. Tivemos como somatório 08 conselheiros usuários com os quais realizamos as entrevistas semi-estruturadas durante o 2º semestre de 2005 com o intuito de identificar suas visões, suas opiniões e seus

sentimentos a respeito dos significados atribuídos por eles à participação dentro do CMS-BH. Para realizar o roteiro da entrevista, levantamos dados referentes ao perfil dos participantes, com o objetivo de identificar características etárias e ocupacionais dos conselheiros usuários, na medida em que perfis diferentes definem padrões diferentes de participação. A literatura sobre participação visando a ação coletiva também foi utilizada para a formulação de hipóteses norteadoras do trabalho. Algumas delas foram levantadas a partir das dimensões apontadas por Sandoval (2001) em seu modelo de consciência política e outras a partir de elementos trabalhados por Pizzorno (1975). As dimensões apontadas por Sandoval em seu modelo de consciência política foram abordadas nas categorias construídas, mas não seguiram necessariamente as mesmas indicações propostas pelo autor. As categorias analíticas seguiram algumas especificidades relativas aos conselhos, como a trajetória participativa anterior do conselheiro.

A amostra, com nomes fictícios, compõem-se dos seguintes conselheiros:

1. Alianderson, conselheiro usuário, representante do movimento sindical, 2º mandato no CMS-BH.
2. Joaquim, conselheiro usuário, representante do movimento sindical, 5º mandato no CMS-BH.
3. Juvenal, conselheiro usuário, representante do movimento popular e comunitário, 5º mandato no CMS-BH.
4. Josias, conselheiro usuário, representante das associações de portadores de deficiência e patologias crônicas, 1º mandato no CMS-BH.
5. Maria de Jesus, conselheira usuária, representante do movimento de mulheres, 1º mandato no CMS-BH.

6. Sebastião, conselheiro usuário, representante da região leste, 4º mandato no CMS-BH.
7. Abigail, conselheira usuária, representante da região venda nova, 1º mandato no CMS-BH.
8. Túlio, conselheiro usuário, representante dos aposentados, 1º mandato no CMS-BH.
9. Geraldo, conselheiro representante da Câmara Municipal de Belo Horizonte, 1º mandato no CMS-BH.
10. Lúcio, conselheiro representante dos trabalhadores, representa o sindicato, 3º mandato no CMS-BH.
11. Mauro, conselheiro representante dos trabalhadores, representa o sindicato, 1º mandato no CMS-BH.
12. José Oswaldo, secretário executivo do CMS-BH há 11 anos.
13. Carlos, ex-conselheiro usuário, 2 mandatos anteriores no CMS-BH.
14. Zenaide, ex-conselheira usuária, 1 mandato anterior no CMS-BH.
15. Aniciberte, ex-conselheiro usuário, 2 mandatos anteriores no CMS-BH.

A hipótese central desse trabalho é de que o conselheiro representante dos usuários se depara com entraves de participação no Conselho Municipal de Saúde em função da dificuldade em decodificar o contexto participativo e informativo e os assuntos tratados em reuniões. Sandoval (2001) afirma, como vimos acima, que para que o ator social delibere da melhor forma possível dentro de um contexto específico, ele deve formar uma consciência coletiva que se refere a algumas dimensões sociais e psicológicas interrelacionadas.

Como hipóteses periféricas, apontamos o fato de que a participação do conselheiro relaciona-se diretamente com a maneira como ele compreende sua participação, as suas crenças e as suas expectativas em relação à participação, para a qual foi elaborada a questão sobre o significado de participação. Essa hipótese pode ser sustentada teoricamente a partir das considerações de Sandoval (2001) que afirma que as crenças, os valores e as expectativas podem ser compreendidos como sendo representações sociais resultantes de processos de interações sociais e de experiências vividas anteriormente pelos atores (trajetória política), tendo como consequência importante o desenvolvimento de sentimentos de pertença ou não em grupos e a possibilidade de inclusão ou de exclusão dos mesmos.

Há ainda o fato de o conselheiro sentir-se motivado a participar na medida em que se reconhece no grupo como igual aos demais, ou seja, refere-se à identidade dos atores na produção da ação coletiva. Para isso, questionamos ao conselheiro o motivo que o leva a participar. Pizzorno (1975) trabalha com a idéia de que a participação só acontece entre iguais e Sandoval (2001) com a idéia de que a construção de uma identidade coletiva, que deve ser compreendida como uma dimensão da consciência política que acontece à medida que os atores estabelecem identificações psicológicas de interesses e de sentimentos de solidariedade.

Um outro ponto trabalhado foi de que a construção do significado da participação pelo conselheiro usuário varia ainda de acordo com a qualificação que ele recebe e com seu envolvimento em organizações anteriores. Questionamos, então, como o conselheiro procura se informar a respeito de assuntos pouco compreensíveis e qual é a sua trajetória participativa. É importante conhecer a trajetória participativa do conselheiro, pois vimos que as crenças, os valores e as expectativas construídos por ele são resultados de experiências vividas anteriormente pelos atores, como já nos apontou Sandoval (2001).



Hipotetizamos ainda que os usuários, não possuindo o mesmo saber ou conhecimento e as mesmas informações políticas que os demais segmentos, abster-se-iam das discussões sobre as políticas de saúde, permanecendo em uma posição de passividade e de desmotivação no acompanhamento do processo. Para esta hipótese, elaboramos a questão a respeito da distribuição de poder e de importância dos segmentos no CMS-BH, ou seja, como o conselheiro usuário percebe os outros segmentos.

Destacamos ainda a análise que o conselheiro usuário faz de sua capacidade de intervir no processo político da saúde, questionando qual é importância que ele atribui ao CMS-BH e que ações importantes a instância já discutiu ou aprovou. Esse questionamento vai de encontro à colocação de Sandoval (2001) que estabelece que o sentimento de um indivíduo quanto à sua capacidade de intervir em uma situação política se constitui como uma dimensão fundamental para a construção da ação coletiva. Para acesso ao roteiro completo da entrevista, vide anexo 1.

Além das entrevistas com os conselheiros representantes dos usuários, realizamos entrevistas com dois conselheiros representantes dos trabalhadores, um conselheiro representante dos prestadores e uma entrevista com o Secretário Executivo do Conselho. O objetivo dessas entrevistas complementares foi justamente o de permitir analisar de que forma o conselheiro usuário é reconhecido pelos outros conselheiros e como se dá a interação entre eles. A entrevista com o Secretário Executivo se justifica pelo fato de ele estar há 11 anos no CMS-BH e ter acompanhado toda a história de formação e consolidação do mesmo. Realizamos, ainda, entrevistas com três ex-conselheiros representantes dos usuários, que já tiveram um ou mais mandatos anteriores no CMS-BH. A circulação desses atores se constitui como um dado relevante a ser considerado, na medida em que eles continuam freqüentando reuniões ordinárias e extraordinárias, conferências e seminários, apresentando críticas, sugestões ou denúncias ao CMS-BH.

Além disso, alguns deles se mostram interessados em conquistar um novo mandato. A presença deles nesses canais participativos do conselho permite que eles se mantenham atualizados com as informações circulantes. A escolha desses entrevistados sofreu os mesmos fatores contingenciais apresentados anteriormente em relação aos conselheiros representantes dos usuários. Isso significa que esses conselheiros foram ouvidos de acordo com sua vontade em participar desta pesquisa.

Seria possível, ademais, realizarmos comparações contextuais que envolvessem os governos que estavam em evidência em cada momento do conselho. Esse dado poderia permitir que fizéssemos confrontações com governos de diferentes atuações ideológicas e compreendermos de que forma eles poderiam interagir com a dinâmica de funcionamento do CMS-BH. Entendemos, porém, que este trabalho restringe-se em realizar uma análise menos comparativa e mais aprofundada acerca dos significados atribuídos pelos conselheiros usuários à participação, sem deixar de considerar, entretanto, os efeitos e as relações possíveis entre o governo vigente e a formação e composição do CMS-BH nos anos de 2004 e de 2005.

### **3.3 – Fontes secundárias: as reuniões e as atas**

Para que pudéssemos realizar a coleta e a análise de dados de uma maneira mais completa e ampliada, utilizamos a participação passiva em reuniões e em Câmaras Técnicas, com anotações sistemáticas, bem como 25 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias entre julho de 2004 e julho de 2005, a fim de conhecer outras informações que poderiam nos escapar se utilizássemos apenas a entrevista semi-estruturada. De fato, Bauer e Gaskell (2003) apontam três limitações que as entrevistas deixam transparecer quando usadas sozinhas. Uma dessas dificuldades diz respeito ao fato que o entrevistador pode eventualmente não compreender a linguagem por vezes específica utilizada pelos entrevistados. Outro aspecto considerado limitador da entrevista é que o entrevistado pode suprimir detalhes sobre o tema que lhe pareçam sem importância, mas que não deixam de ser importantes para a entrevista. O último aspecto que pode se constituir como uma falha nas entrevistas é o fato do entrevistado fornecer versões do tema que sejam enganadoras, por ver situações através de “lentes distorcidas”. Isso pode se tornar impossível de ser testado ou verificado.

Bauer e Gaskell (2003) destacam que essas limitações ou falhas da entrevista podem levar o entrevistador a realizar falsas inferências a respeito de certas situações. Eles colocam, então, que com a observação, o pesquisador tem a chance de obter uma maior amplitude e uma maior profundidade da informação, que não se obteria se utilizasse somente da entrevista. A observação abre, assim, a possibilidade do pesquisador confluir diferentes observações e impressões a respeito do tema que será investigando. Assim sendo, além de freqüentar as reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde no ano de 2005, foram analisadas,

como fontes secundárias, as atas de reuniões no período de julho 2004 a julho 2005, o que nos permitiu ampliar nosso campo de discussão, através de uma análise longitudinal.

### **3.4 - Análise de dados: sobre a aplicação da Análise de Conteúdo**

Minayo (1999) destaca que, por conta da riqueza dos dados que obtemos a partir dos métodos utilizados, encontraremos muitas dificuldades em analisar esses dados, na medida em que podemos correr o risco de acharmos que a realidade dos dados apresenta-se de forma clara para nós. Para tanto, devemos adotar critérios rígidos de tratamento dos dados. Para Bauer e Gaskell (2003), o primeiro passo é realizar uma transcrição com boa qualidade. O objetivo da análise é procurar os sentidos e os temas que possuem conteúdo comum.

O método empregado para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (1977), consiste em um conjunto de técnicas de análise visando obter, por procedimentos sistemáticos de descrição das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições do processo de produção dessas mensagens.

A análise de conteúdo faz parte de uma busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Ela visa um ultrapassamento de significados manifestos, relacionando estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados. Essa análise leva em conta o conteúdo das mensagens, as variáveis psicossociais e o contexto cultural.

Segundo Bardin (1977), várias são as fontes de informação que o pesquisador tem para construir seu conhecimento, tais como a construção do discurso, a escolha dos termos usados pelo entrevistador, etc. Dentre as abordagens da análise de conteúdo optamos pela Análise Temática, que nos permite identificar o cerne de sentido que compõe uma comunicação. A presença de determinados temas podem denotar os valores de referência e os modelos de comportamento presente nos discursos. A Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que

compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Para a análise das entrevistas semi-estruturadas, utilizamos categorias anteriormente estabelecidas através do modelo de análise proposto por Sandoval (2001), levando em consideração o acréscimo de categorias diferenciadas que eventualmente poderiam surgir durante as entrevistas. Essas categorias podem ser observadas no Anexo 2. Para a análise das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias optamos pela preservação dos assuntos comuns a todas as reuniões, categorizando as áreas temáticas em saúde. Para acesso às categorias temáticas das atas, vide Anexo 4.

## **Capítulo 4: Retratos da participação**

### **4.1 – O perfil dos conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise realizada dos depoimentos, das atas e da observação em reuniões ordinárias e extraordinárias.

O estudo foi realizado com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, cidade que possui 2.238.526 milhões de habitantes, dividida em nove regionais, cada qual com sua representação garantida no Conselho (IBGE, 2000). Além da identificação formal do conselheiro usuário (nome, escolaridade, gênero, data de nascimento, ocupação atual), quatro temas principais foram abordados: significado atribuído à participação, valoração da participação no CMS-BH, relações que os conselheiros representantes dos usuários mantém com as associações que representam e com a comunidade, motivação do conselheiros à participação. Esses temas foram abordados a fim de compreendermos de maneira mais clara quais os significados atribuídos à participação pelos conselheiros usuários. Os membros representantes dos conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte são 36, sendo 18 efetivos e 18 suplentes.

Os dados quantitativos permitem chegar a algumas conclusões a respeito da atuação participativa dos conselheiros representantes dos usuários no CMS-BH. Dos 36 conselheiros usuários, 12 são do gênero feminino, sendo 6 efetivos e 6 suplentes e 24 do gênero masculino, sendo 12 efetivos e 12 suplentes. Em relação à faixa etária, a maioria dos conselheiros está entre os 51 e 60 anos e em relação à escolaridade os conselheiros têm em sua maioria o ensino médio e sua maioria está aposentada. As tabelas abaixo mostram essa distribuição.

Tabela 1 – Distribuição dos conselheiros usuários em relação ao gênero

Gênero	Conselheiros usuários					
	Efetivos	%	Suplentes	%	Total	%
Masculino	12	66.67	12	66.67	24	66.67
Feminino	6	33.33	6	33.33	12	33.33
Total	18	100,00	18	100,00	36	100

Fonte: Dados cadastrais coletados com os conselheiros usuários em 2005

Tabela 2 - Distribuição dos conselheiros usuários de acordo com a escolaridade

Escolaridade	Conselheiros					
	Efetivos	%	Suplentes	%	Total	%
Educação básica	2	11,11	2	11,11	4	11,11
Ensino fundamental	1	5,56	2	11,11	3	8,33
Ensino médio	6	33,33	2	11,11	8	22,22
Superior	1	5,56	4	22,22	5	13,89
Não informou	8	44,44	8	44,44	16	44,44
Total	18	100,00	18	100,00	36	100,00

Fonte: Entrevistas realizadas com os conselheiros usuários em 2005.



Tabela 3 - Distribuição dos conselheiros usuários de acordo com a faixa etária

Idade	Conselheiros					
	Efetivos	%	Suplentes	%	Total	%
30 - 40	1	5,56	2	11,11	3	8,33
41 - 50	4	22,22	6	33,33	10	27,78
51 - 60	6	33,33	7	38,89	13	36,11
61 - 70	5	27,78	2	11,11	7	19,44
Acima 70	2	11,11	1	5,56	3	8,33
Total	18	100,00	18	100,00	36	100,00

Fonte: Dados cadastrais coletados com os conselheiros usuários em 2005.

Tabela 4 - Distribuição dos conselheiros usuários de acordo com a ocupação atual

Profissão	Conselheiros					
	Efetivos	%	Suplentes	%	Total	%
Aposentado	6	33,33	4	22,22	10	27,78
Autônomo	2	11,11	3	16,67	5	13,89
Dona de casa	6	33,33	3	16,67	9	25,00
Funcionário público	2	11,11	3	16,67	5	13,89
Funcionário privado	2	11,11	5	27,78	7	19,44
Total	18	100,00	18	100,00	36	100,00

Fonte: Dados cadastrais coletados com os conselheiros usuários em 2005.

De acordo com a Resolução 333/2003 (Brasil, 2003), a representação de órgãos ou de entidades tem como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade de todas as forças sociais, respeitando as especificidades de cada município. O CMS-BH possui sua representatividade distribuída da seguinte forma: entre os representantes da sociedade civil, existe uma predominância de pessoas do gênero masculino, tanto no caso dos suplentes como no caso dos efetivos. Em relação à faixa etária, a maioria dos conselheiros usuários encontra-se na faixa dos 51 a 70 anos. Ao analisarmos a setor de atividade profissional dos conselheiros vemos que a

maioria daqueles que exerce a atividade de conselheiro municipal está aposentada ou exerce atividades de “dona de casa”. Ou seja, dois terços dos entrevistados já não mais estão no mercado formal de trabalho.

De certa forma, as atribuições de um conselheiro municipal de saúde são numerosas, sendo uma atividade que exige tempo e dedicação para ser praticada. Em certo sentido, o fato de termos no CMS-BH uma maioria de pessoas fora do mercado formal pode ser pensado como um aspecto positivo no sentido de que essas pessoas terão mais tempo para poderem se entreter com as atividades designadas para o conselheiro. Esse fato, entretanto, pode ser gerador de problemas no conselho, na medida em que muitos dos conselheiros acabam se “profissionalizando” em sua função, sendo eleitos para mais de um mandato. Nesse caso, a noção de representatividade veiculada pela Resolução 333/2003 pode deixar de ocorrer.

Vemos então que a participação no conselho está sendo garantida, sobretudo, por homens e aposentados que têm conexões anteriores com comissões locais e ou distritais. Alguns dos conselheiros usuários aposentados entrevistados declararam que o fato de não terem mais que exercer uma atividade diária atuou como um fator motivacional para a sua participação no CMS-BH.

## **4.2 – A construção dos significados atribuídos à participação pelos conselheiros usuários: a análise das entrevistas semi-estruturadas**

Levando-se em consideração o aporte teórico fornecido por Sandoval (2001) e com algumas contribuições de Pizzorno (1975), levantamos como operador analítico o fato de que a construção da noção de participação faz parte de uma consciência política participativa que o conselheiro deve formar para efetivamente participar. Ou seja, é somente a partir da construção dessa consciência que o conselheiro pode efetivamente participar como ator político no interior do conselho. Sandoval (2001) afirma que para se formar essa consciência o indivíduo deve construir sete dimensões psicossociais. Segundo ele, é somente a partir delas que o indivíduo consegue construir essa consciência. Pizzorno (1975) também nos fala de uma identificação coletiva necessária para que o indivíduo participe do processo decisório.

Dito isso, podemos ver se o conselheiro constrói essas dimensões, como ele as constrói e quais são os significados que ele atribui à sua participação. Os limites teóricos relacionados ao modelo de Sandoval (2001) e à contribuição de Pizzorno (1975) foram ampliados através de outras categorias analíticas acrescentadas à análise das entrevistas.

A primeira categoria de análise foi a opção “Trajetória de participação do conselheiro”. Esta categoria buscou analisar a atuação anterior do conselheiro em comissões locais ou distritais, associações de bairro ou comunitárias, dentre outras formas de organização social. A abordagem desta categoria foi importante por nos auxiliar a pensar que se o conselheiro usuário possui um percurso anterior de participação, se já esteve em espaços participativos semelhantes, mesmo que não institucionalizados como é o caso do CMS-BH, irá contribuir na sua inserção como ator político no conselho, nas suas formas de participação e na possível construção de identidades

coletivas. Ademais, os significados construídos pelo conselheiro à participação serão influenciados por essas vivências anteriores, já que eles vão sendo constituídos à medida que o usuário entra em contato com a dinâmica de funcionamento desses espaços e passa a atuar a partir delas.

O que analisamos a partir das entrevistas realizadas foi que os conselheiros possuem uma atuação anterior expressiva em movimentos organizados. Nessas experiências prevalece a participação dos conselheiros usuários em algum tipo de organização política, comissão regional ou associação antes de serem eleitos ou indicados a fazer parte do CMS-BH. Nesse sentido, vemos pelas análises que os entrevistados freqüentam ou participam de diversos espaços de representação e de participação ou de militância política. Vejamos o que afirma um dos conselheiros representante dos usuários:

*Por ser coordenador de políticas sociais da CUT, fui indicado pela Central e pela Coletiva Estadual de Saúde da CUT - Minas para fazer parte do Conselho Municipal de Saúde de BH. Eu tenho atividade na área sindical e dentro do movimento sindical popular e por isso meu campo agora é a saúde (Alianderson).*

A participação do conselheiro em uma instância como a CUT, apesar de não ser especificamente um órgão voltado para as discussões sobre políticas de saúde, pode permitir a ele uma formação política mais apurada. Além disso, o conselheiro em questão diz participar de mais de uma instância política, como o movimento sindical. Outro conselheiro afirma:

*Eu sou conselheiro usuário da região Leste, mas represento a Associação de Bairros. A gente está inserido nas Comissões Locais, nos Postos de Saúde da Regional Leste. A gente é muito mobilizado nesta questão da saúde porque a minha regional tem uma tradição de participação nas lutas das questões da saúde. Eu sou conselheiro distrital da Regional Leste e também sou da Comissão Local (Sebastião).*

Os conselheiros relatam que antes de participarem do CMS-BH já haviam passado por comissões locais ou distritais e outros por movimentos específicos, como a CUT. Esse dado nos indica que a participação do conselheiro em espaços participativos podem auxiliar na construção de uma visão sobre o SUS e nos significados que eles darão à participação. Outro conselheiro usuário corrobora esta tradição participativa:

*Pra chegar até onde estou saí de uma Comissão Local de Saúde. Foi através de um buraco que tinha na frente do Centro de Saúde que sentamos e decidimos formar um grupo para discutirmos aquilo que interessava a todos nós moradores da Vila. Em 1991 formamos essa comissão, eu ganhei quatro mandatos como coordenador e de lá saí direto pro CMS-BH, onde já estou no meu quarto mandato. Aprendi muito lá nessa comissão, passei a ver problemas do povo, que a gente enfrenta todo dia no SUS. Falta remédio, falta tudo. Achei que lutar por isso era importante, não dá pra ver o povo sofrer e ficar calado (Juvenal).*

Este conselheiro fala de seu caminho até chegar ao CMS-BH, afirmando ter sido a participação em outras comissões a responsável pelo seu interesse em atuar no conselho municipal. Outro conselheiro usuário afirma:

*Cheguei ao CMS-BH como conselheiro usuário da região do Horto Florestal, onde fazia parte de uma comissão local. Na verdade, eu formei a comissão local. Aí fui para o distrito sanitário, onde consegui formar doze comissões locais e recuperei novamente o conselho distrital. A partir daí vim pro CMS-BH. Sempre há disputa pela nomeação. Eu consegui sair no consenso, mesmo com vários nomes importantes na disputa. Foi nessas comissões que comecei a entender mais a saúde, estava perto das coisas (Joaquim).*

Analisando esses trechos de entrevistas, verificamos que os entrevistados relataram participações anteriores ao mandato no CMS-BH em diferentes tipos de movimentos populares, tais como comissões locais e distritais, além da ocupação de mais de um mandato no próprio CMS-BH. A importância de participações anteriores recai sobre o fato de que o envolvimento dos atores sociais em ações que propiciam o desenvolvimento da argumentação e da negociação mostra-se importantes para o desenvolvimento de práticas democráticas. Isso significa que os conselheiros usuários assumem o mandato com um percurso participativo anterior, mesmo que não seja especificamente na área da saúde. Esse percurso permite ao conselheiro assumir o mandato no CMS-BH não de maneira crua, sem contato com outro tipo de organização social. Esse fato pode contribuir para o seu entendimento sobre o modo de funcionamento do conselho. Podemos dizer que a importância e o valor que eles dão à participação no CMS-BH aumenta na

medida em que eles já estiveram em outros espaços em que participar era importante. A noção do que é participar e qual o seu papel no conselho é construída na interação social que eles estabelecem com outros atores em diferentes arenas participativas. Essa trajetória influencia nos significados e na importância que eles irão atribuir à participação.

Importante perceber também que alguns conselheiros relatam uma ampliação de sua visão do conselho em função da participação em comissões locais ou distritais. Essa prática participativa auxilia na formação de uma consciência política no CMS-BH, na medida em que o seu contato com outras modalidades participativas permite ao conselheiro a construção de uma visão mais ampliada da saúde e do SUS. O conselheiro passa a entrar em contato com as questões da saúde, aprende sobre os problemas enfrentados pela população e se sentem mais mobilizados no momento de fazerem parte do CMS-BH. Com efeito, o tipo de mandato anterior vivenciado pelo conselheiro altera sua formação para o exercício de sua função no CMS-BH. Os conselheiros que anteriormente não tiveram contato com outras instâncias de saúde podem sentir mais dificuldades em decodificar esse contexto do conselho.

Podemos fundamentar teoricamente essas falas a partir da segunda dimensão apontada por Sandoval (2001) em que ele afirma que as experiências vividas pelos atores sociais em vários grupos ou instituições auxiliam na construção de suas crenças, de seus valores e de suas expectativas. Os significados atribuídos à participação relacionam-se com a trajetória anterior do conselheiro, pois é a partir de vivências participativas anteriores que as crenças vão sendo constituídas.

A segunda categoria analisada foi “Relações dos conselheiros representantes dos usuários com os demais segmentos”. Nesta categoria interessou-nos investigar como se dá a interação dos conselheiros usuários com os demais conselheiros, como os conselheiros usuários percebem os outros atores e como eles observam a possível relação de poder entre eles. Esta categoria buscou



analisar como a relação dos conselheiros usuários com os demais segmentos influencia na forma como eles irão dar significados à sua participação, pois é na interação com os outros membros do conselho que eles vão construindo os sentidos à sua participação. Sua participação também é influenciada pela relação que eles estabelecem entre si.

Podemos observar que os conselheiros usuários identificam que há uma simetria de importância entre os segmentos. Diz um conselheiro usuário:

*Nenhum segmento é mais importante que o outro. Todos são importantes, apesar dos usuários serem 50%. Mas eu acho que o que temos que procurar e buscar é que o SUS funcione bem. Não quem é mais importante ou deixa de ser. Todos são importantes na condição do SUS e é isso que a gente prega e pratica dentro do CMS-BH. Para mim não tem segmento mais importante, eu acho que todos são, apesar de a gente ter maioria (Alianderson).*

Essa visão parece ser compartilhada pela maioria dos entrevistados. Diz outro conselheiro usuário:

*Para mim todos os segmentos aqui dentro são importantes, principalmente que aqui dentro nós todos somos iguais, trabalhadores, usuários e gestores, onde nós temos um grande relacionamento tanto para usuário, trabalhador e gestor, nós discutimos tudo em conjunto, nós não temos aqui um segmento que é melhor do que o outro nem pior (Túlio).*

A visão otimista dos conselheiros em relação à interação entre os membros aparece em várias entrevistas. Outro conselheiro diz:

*Praticamente eu acho que todos os segmentos são importantes, porque a gente sente que a participação... muita gente reclama das coisas que não estão sendo feitas. Como a gente está participando de tudo, a gente está vendo, com a reclamação... a gente está vendo, está sempre atento. Eu acho que tanto tem importância o usuário, como o gestor e o trabalhador. Eu acho que a importância é estar todo mundo junto, para discutir a questão. Mas o que tem mais poder é o gestor (Juvenal)*

Vemos que o discurso desse conselheiro é contraditório e preconiza que, apesar de achar que nenhum segmento tem mais importância que o outro, ele afirma que o gestor detém o maior poder. Outro conselheiro usuário, apesar de também concordar com a igualdade de importância, corrobora a idéia de que o gestor possui maior poder em relação aos demais, ao afirmar:

*Isto é muito relativo, porque tanto os representantes dos usuários como os representantes dos trabalhadores, como os representantes dos gestores, todos eles têm poder de deliberação. Isto acontece o seguinte: tem épocas que os usuários estão mais organizados, tem épocas que são os trabalhadores. Os gestores, nem se fala: estes já vivem organizados em detrimento do próprio exercício. O gestor costuma, às vezes, exercer poderes sobre os segmentos até pelo próprio descaso dos outros segmentos. Mas não é que eles tenham condições para isso não, porque são*

*até minoria. Os usuários são 50%, usuários e trabalhadores são maioria. Poderá acontecer que os gestores exercem poder pela ineficiência dos próprios trabalhadores e usuários. Mas eles têm um poder maior mesmo (Joaquim).*

Os conselheiros usuários relatam que todos os segmentos são importantes e que não haveria diferença de importância entre eles. Já quanto ao segmento que tem mais poder, eles afirmam que é o gestor, embora acreditem que a maioria numérica dos usuários possa vir a garantir mais poder a eles. Apesar de saberem dessa diferença numérica, eles afirmam que o conselheiro usuário talvez não saiba como usufruir dessa vantagem presencial. Sabemos que a superioridade numérica dos conselheiros usuários não garante nem formas de exercício de poder nem a participação. Apesar de quererem pensar que o usuário tem mais poder em função de ser maioria, eles não deixam de reconhecer o poder e a força do segmento do gestor, que além de deter todas as informações políticas, tem mais conhecimento técnico.

Os outros três conselheiros entrevistados dos demais segmentos (municipal e trabalhador) percebem uma simetria no que concerne à importância e também relacionam o poder como associado à obtenção de conhecimento técnico e acúmulo de informações políticas. Nesse sentido, eles apontam o gestor como o mais poderoso no CMS-BH. Um conselheiro dos trabalhadores afirma:

*Cada segmento, cada um, dentro de suas especificidades, cada um dentro de sua liberdade, cada um tem sua importância, mas com um direcionamento único. Cada um tem sua forma de impor. É importante que cada um tenha sua opinião, porque a luta pelo SUS é muito*

*dificultada... Só que aí o gestor... ele acaba exercendo mais poder sobre os outros, porque ele sabe mais, né? Ele já está aí há mais tempo, já conhece como funcionam as leis (Lúcio).*

Este conselheiro afirma a importância de cada segmento em particular, visão esta compartilhada por outro conselheiro representante do prestador:

*Tudo bem que cada um tem sua importância de existir. Mas eu acho que a discussão do poder a gente tem que discutir. É difícil pra gente falar, mas o gestor tem suas formas de persuasão e de imposição que é a mesma coisa que poder. Eles têm a informação, o conhecimento e conhecimento é poder. Isso faz com que cada um saiba vender seu peixe. Mas o poder está aí (Geraldo).*

Podemos perceber que os conselheiros representantes dos demais segmentos apontam para uma igualdade de importância dos segmentos no CMS-BH, reconhecendo que cada segmento possui sua forma de contribuição, sua forma de atuação e conseqüentemente, cada um tem uma importância de existir. O discurso desses conselheiros aparece muitas vezes de forma “politicamente correta”, sem levar em conta a heterogeneidade presente no órgão. Mas eles acreditam que a influência do gestor é muito grande, já que eles detêm mais conhecimento técnico e político.

O Secretário Executivo do Conselho compartilha com essa opinião. Há 11 anos no CMS-BH, ele acredita que essa dissimetria de importância acontecia nos primórdios do conselho, mas que hoje isso já não existe mais. Segundo ele:

*Todos os segmentos são importantes. Não acho que nenhum é mais importante que o outro. É claro que do ponto de vista de peso a própria lei que criou o conselho deu peso maior para os usuários, sob o ponto de vista de número. Mas todos são importantes, porque os trabalhadores são importantes porque vão trazer a questão técnica, informações técnicas. Os gestores trazem também informações técnicas, os usuários vão trazer o seu dia-a-dia na Unidade de Saúde. Então os três são importantes (José Oswaldo).*

Mas ele não deixa de confirmar a idéia desenvolvida pelos demais segmentos de que o gestor tem uma capacidade maior de exercer um controle no conselho e que tem mais poder. Segundo sua opinião:

*Do ponto de vista do poder pode colocar os gestores em primeiro lugar porque os gestores têm conhecimento técnico do projeto. Os trabalhadores também têm a técnica, mas se você for olhar para esse lado, você pode considerar que os gestores têm o poder maior porque têm todas as informações. O Conselho para funcionar depende das informações, os gestores não passam as informações, então, não tem como saber, não tem como você avaliar... Desde que estou aqui, há onze anos no Conselho, o gestor nunca se negou a passar as informações. Ele sempre passa as*

*informações, o Conselho averigua, as informações estão corretas fielmente, questiona se achar que não estão corretas as informações, pergunta de novo, questiona... Mas às vezes não tem como saber... (José Oswaldo).*

O poder dos gestores fica claro para os segmentos na medida em que eles associam poder à detenção de conhecimento técnico e de informações políticas para o bom andamento das deliberações sobre as políticas de saúde do município. Em relação aos conflitos, os conselheiros usuários afirmam que eles existem, mas que tais conflitos são saudáveis, pois as divergências provocam discussão e avanço em relação aos problemas e às questões da saúde. Pelas falas dos conselheiros, podemos apreender que os conflitos no interior do CMS-BH existem e que as relações estabelecidas entre os segmentos não são estáveis. Um conselheiro usuário afirma:

*As idéias são divergentes, existe um antagonismo muito forte, ideológico, mas em qualquer conselho tem. Neste Conselho tem, em outro tem também... As divergências existem, mas elas fazem avançar nas discussões (Josias).*

A noção de que as idéias debatidas no conselho são divergentes é corroborada por outro conselheiro:

*Existe muita tentativa de manobra, então isso às vezes gera esse conflito aí... Mas cabe à gente aplicar a democracia, por a mão na massa. O conflito também faz parte, mas não é briga, não é luta (Abigail).*

Os conselheiros representantes dos trabalhadores vêem esses conflitos também de forma “positiva”. Para eles, a disputa política faz parte de qualquer instituição. De acordo com um dos conselheiros do segmento trabalhador:

*Esse processo não pode deixar de ser conflituoso... Cada um tem sua opinião. É importante que cada um tenha sua opinião. Às vezes as divergências somam muito mais. É aquela história de que o consenso é burro. Porque eu imagino uma coisa: nós somos uma canoa, podemos cada um remar de um lado, (mas) temos é que atravessar o rio, que tem sua correnteza, mas temos que seguir (Mauro).*

O Secretário Executivo do conselho compartilha desta opinião e afirma:

*Existe muito conflito aqui. Tem disputa, tem conflito, mas manipulação não. Hoje no CMS-BH não tem nenhum segmento manipulando o outro. Tem conflito de posição do ponto de vista da concepção do SUS. E eles acontecem durante as reuniões, onde eles fazem discursos, falam... Acho que hoje os conflitos são maiores porque os usuários cresceram muito na questão da*

*informação. Antes, nos primórdios do Conselho, eles não tinham informação. Hoje não: eles foram capacitados. Então não há possibilidade de manipulação aqui não (José Oswaldo).*

Os entrevistados consideram que o conflito existe entre todos os segmentos e que esta é uma disputa saudável na medida em que avança nas discussões políticas a respeito das questões da saúde. As visões antagônicas são pensadas de forma positiva e não como um entrave à deliberação, embora muitas vezes elas se constituam como barreiras ao avanço político. A observação passiva em reuniões nos permitiu perceber mais de perto os conflitos e as disputas por votos ou por idéias.

Os confrontos e as competições aparecem, mas os conselheiros as vêem como processos inerentes a qualquer arranjo social de composição heterogênea. As relações não são estáveis e por isso aparecem os conflitos de interesses, de opiniões e de visões sobre o SUS. Sandoval (2001) aponta para a importância da construção de um sentimento individual relacionado com interesses simbólicos e materiais oponentes aos interesses de um outro grupo e na percepção da existência de adversários coletivos na sociedade para a formação da consciência política. Entretanto, como já havíamos discutido, esse sentimento de oposição refere-se a grupos externos ao ator. O caso do CMS-BH aponta para a diversidade da composição, mas não para a existência de adversários contra os quais deve-se lutar, embora essa “luta” eventualmente apareça. A heterogeneidade é vista não de forma negativa, mas no sentido de que essas visões antagônicas possam fazer avançar as questões da saúde. A pluralidade da composição não é vista como entrave, o que não significa que não haja discussões e desentendimentos no funcionamento do conselho, uma vez que há, segundo eles, uma tentativa de busca de equilíbrio na prática. Isso não significa também que os entraves não aconteçam. Como eles afirmam que o gestor é o segmento que tem mais poder dentro



do conselho, apesar de ser minoria, esse equilíbrio que os conselheiros falam que existe seja talvez uma conjectura imaginária, uma vez que, se há uma hierarquia de poder, há desequilíbrio nas formas de participação.

Essa categoria também buscou analisar se o conselheiro usuário observa um equilíbrio entre as relações que se estabelecem no CMS-BH com os demais segmentos. Já vimos, a partir das falas dos usuários, que eles consideram que não há hierarquia de importância entre os segmentos. Entretanto, podemos observar certa ambigüidade na fala dos conselheiros que afirmam, por um lado, uma simetria entre os membros e por outro, destacam o poder exercido pelo gestor. Além disso, podemos observar em reuniões a ausência constante do segmento dos prestadores, que incluem o Secretário Executivo de Saúde, os representantes de hospitais privados, de hospitais públicos e o representante da Câmara.

O Secretário Executivo do CMS-BH nos chamou a atenção para o fato de que nos primórdios do CMS-BH havia uma disparidade participativa muito mais clara, pois os conselheiros usuários tinham menos informações políticas e menor conhecimento da área da saúde. Eles não tinham uma tradição participativa tão arraigada como os demais segmentos e tinham pouco conhecimento sobre o arcabouço teórico do SUS e da máquina administrativa do Estado. Essa disparidade fazia com que o usuário se considerasse prejudicado em relação aos demais segmentos, na medida em que eles não conseguiam efetivar a sua participação.

Nesse caso, parece que os conselheiros usuários consideram que a paridade numérica entre eles e os demais segmentos é capaz de proporcionar um equilíbrio nas relações, gerando conflitos considerados saudáveis para o avanço de discussões políticas. Entretanto, sabemos que o desequilíbrio nas relações acontece justamente em função da heterogeneidade da composição. A cada momento a balança tende para um ou outro lado, mas o equilíbrio nas relações deve ser pensado como um ideal de participação e não como uma realidade vivenciada. O poder do gestor

em relação aos demais é um item que proporciona uma disparidade participativa no conselho, uma vez que a detenção das informações políticas da saúde em suas mãos dá a ele maiores recursos para efetivar sua participação. Ademais, não podemos considerar a relação dos conselheiros usuários com o gestor como simplesmente uma relação marcada pelo antagonismo de poder. Em alguns momentos, vemos uma relação de parceria entre eles, em que dependendo da proposta a ser votada há acordos e interesses direcionados para um só caminho.

A terceira categoria analisada foi “Relações dos conselheiros usuários com a comunidade”. Nesta categoria procuramos investigar como se dá a interação dos conselheiros usuários com a comunidade à qual representam. Essa relação do usuário com a comunidade também ajuda a construir os significados deles à participação, na medida em que o conselheiro, ao levar para aqueles que representam as discussões e as deliberações realizadas no CMS-BH, parte do pressuposto de que participar dessas instâncias implica em saber representar sua comunidade e dialogar com ela para fazer avançar as questões da saúde. A relação positiva ou negativa, de mão única ou mão dupla que o usuário estabelece com a comunidade nos dá indícios para pensarmos como ele vê sua participação no conselho, que inclui necessariamente essa interlocução com seus representados.

Vemos, a partir das análises, que os conselheiros usuários mantêm uma relação de mão dupla com a comunidade, ou seja, eles relataram que levam as informações discutidas no CMS-BH e também trazem reclamações, queixas e sugestões da comunidade para discussão. Diz um conselheiro usuário:

*Mensalmente o Coletivo Estadual de Saúde da CUT se reúne e a gente troca idéias e apura as dinâmicas do CMS-BH e eventualmente em reuniões da diretoria executiva a gente leva*

*demandas do Conselho. Essa relação se dá quase diariamente ou uma ou duas vezes por semana, e mesmo fazendo parte e sendo indicado pela CUT eu tenho uma unidade de referência que o Centro de Saúde Pública Primeiro de Maio, participo sempre na minha regional de três ou quatro reuniões das comissões locais de Saúde e sempre que possível, Comissão de Saúde Norte, que é a minha unidade de referência (Alianderson).*

As contradições não deixam de aparecer na fala do conselheiro. Apesar de afirmar que há uma reunião mensal para as discussões sobre a saúde – e não sobre o CMS-BH – ele reafirma que essas discussões ocorrem diariamente ou três vezes por semana. Há uma confusão em sua fala quanto à forma exata de como se estabelece essa relação com a comunidade. Outro conselheiro usuário acrescenta:

*Nós discutimos com a entidade, nós levamos à entidade o que discutimos aqui. Muitas vezes há um desinteresse delas. Mas a gente está sempre vendo se o usuário está sendo bem atendido (Juvenal).*

O conselheiro não especifica como se dá essa relação e essas discussões. Outro conselheiro afirma:

*Essa é a obrigação nossa. O que nós colhemos aqui estamos levando e discutindo nos Conselhos Distritais de Saúde, nas Comissões Locais de Saúde, nos Conselho de Hospitais quando nós somos convidados para irmos às reuniões desses Conselhos, estamos levando, colhendo e aprendendo, trazendo de lá para cá também (Joaquim).*

Outro conselheiro fala dessa via de mão dupla entre comunidade e seus representantes:

*A gente discute. A gente leva para eles porque a gente tem que levar, porque a gente está representando aqui e também a gente traz o que está acontecendo lá. As Comissões levam para o Conselho Distrital e o Conselho Distrital encaminha para o Conselho Municipal. Se a gente não estiver participando, não está vendo o que está acontecendo (Sebastião).*

Outro conselheiro usuário também fala da importância da interlocução com a comunidade:

*Discutimos muito. Levo para minha entidade e para as outras entidades que estão representadas dentro do Conselho, no segmento todo. Geralmente a gente faz reuniões mensais e faz também contatos por e-mail (Maria de Jesus).*

Os conselheiros relatam que as informações discutidas e deliberadas no CMS-BH são levadas para a comunidade de forma constante. Essa interlocução é importante para a construção dos significados da participação, uma vez que contribui para se pensar que o conselheiro entende que participar não é só presença, mas é debater com aqueles que eles representam. E é na relação com a comunidade que representa que o conselheiro é capaz de relacionar os objetivos e as propostas do CMS-BH com os interesses de sua comunidade. Além do mais, essa interlocução permite aos conselheiros reconhecer os problemas de saúde como problemas que devem ser trabalhados e discutidos no âmbito do CMS-BH. Apesar da importância da interlocução, muitos não afirmam especificamente como ela ocorre e que tipos de discussões são feitas com a comunidade.

Podemos dizer que a identidade coletiva dos conselheiros é formada também a partir desse reconhecimento, na medida em que os conselheiros estabelecem identificações psicológicas de interesses e sentimentos de solidariedade. Segundo Pizzorno (1975), o interesse de um ator por determinada área o leva a uma ação. Nesse caso, vemos pelas análises que os conselheiros compartilham objetivos ou interesses com a comunidade que representam, delineando um foco coletivo de interesse.

Além disso, o contato com a realidade social através desse diálogo e da trajetória participativa do conselheiro permite a ele perceber que o SUS é uma construção, que suas ações, para serem eficazes, devem ser fiscalizadas e eles devem poder deliberar sobre políticas de saúde. Entretanto, a burocratização do processo do conselho e as variadas atribuições que o conselheiro assume podem afastá-lo dessa interlocução e causar um distanciamento entre representante e representado.

A quarta categoria analisada foi em relação “Motivações para a participação”. Perguntamos aos conselheiros o que os motivou a participar do CMS-BH. As respostas foram

codificadas a partir da motivação principal do conselheiro identificada em sua primeira fala sobre o assunto ou a que foi insistentemente reafirmada. As respostas dos diferentes segmentos seguem a expectativa construída em relação ao seu papel no CMS-BH. Vimos com Pizzorno (1975) que a participação só se dá entre iguais, a partir do reconhecimento psicológico e da construção de um sentimento de pertença a um grupo.

Entre os conselheiros do segmento dos usuários a principal motivação apontada foi a perspectiva de discutir problemas sociais e reivindicar direitos da saúde. Além dessa informação, os conselheiros falam a respeito do movimento que representam como um fator primordial para o engajamento político no conselho. Diz um conselheiro:

*Bom, o principal motivo é representar a CUT aqui dentro do Conselho, até por determinação da minha coordenação, eu sou coordenador de políticas sociais na região metropolitana de Belo Horizonte e a saúde está envolvida nas políticas sociais, então, um dos papéis é a interlocução da Central com o CMS e vice-versa, ajudando a completar e melhorar o sistema de saúde de Belo Horizonte e Região Metropolitana, conseqüentemente (Alianderson).*

Outro conselheiro usuário fala que a motivação para a participação ocorre em função da sua identificação com problemas de saúde da população que ele representa:

*Eu vim pelos problemas que hoje, principalmente, as regiões da periferia vivem, que é a questão do saneamento básico, na qual as pessoas vivem em situação paupérrima, de muita*

*carência na beira dos córregos, com esgotos a céu aberto, e também, um problema grave que hoje acontece nas vilas e favelas que é a questão do adensamento, na qual a insalubridade proporciona um número de doenças, principalmente em crianças, doenças relacionadas a questão de respiração, verminoses... Na época a gente estava envolvido com a medicina, com o pessoal da medicina e do Conselho Metropolitano, a gente percebeu no diagnóstico que o pessoal fez, que a situação era muito caótica. Aí a gente resolveu entrar para essas instâncias para a gente ajudar (Sebastião).*

Essa idéia de entrar para o conselho por identificação a problemas da população se repete nos discursos dos conselheiros usuários:

*Eu comecei no movimento popular exatamente porque eu tinha um rapaz com muitos problemas na Escola e eu fui, comecei a conhecer quais eram os problemas que tinham na Escola. Aí, fui conhecer, formei alguns grupos na Escola, associações, cursos de pais, associações de pais. Aí fui convidado para uma reunião do Conselho Local de Saúde no Horto. Aí comecei a participar, mexendo com educação, comecei a participar nos movimentos de Saúde e hoje sou um nome conhecido em vários locais (Juvenal).*

A motivação do conselheiro usuário em participar do conselho se coloca no reconhecimento que ele faz das situações enfrentadas pelos seus iguais em relação à questões da saúde. Muitos passaram a atuar no conselho após vivenciarem uma dificuldade semelhante nas

Unidades Básicas de Saúde ou após vivenciarem situações em suas famílias ou com grupos da comunidade. Segundo Sandoval (2001), a identidade coletiva deve ser compreendida como uma dimensão da consciência política, referindo-se à maneira pela qual os indivíduos estabelecem identificações psicológicas de interesses e de sentimentos de solidariedade. E essa identificação é fundamental para a participação. A formação de identidades coletivas só é possível a partir do reconhecimento que os conselheiros fazem de que os problemas enfrentados pela população podem ser solucionados via conselho.

Além disso, como já havíamos apontado anteriormente, as crenças, os valores e as expectativas que um indivíduo irá desenvolver em relação à sua sociedade irão expressar as noções de ideologia política na visão global de cada um, o que pode ser compreendido como sendo representações sociais resultantes de processos de interações sociais e de experiências vividas pelos indivíduos em vários grupos. Com isso teremos a construção de sentimentos de pertença ou não nos grupos e a possibilidade de inclusão ou de exclusão dos mesmos. O desejo de agir coletivamente para dar soluções ou direcionamentos para os problemas de saúde da população também aparece como um item importante que motiva o conselheiro a atuar no CMS-BH. Esse desejo de ação coletiva em prol do SUS aparece nas falas dos conselheiros e mostra o desenvolvimento de sua capacidade de intervir nas situações de saúde enfrentadas pelo SUS.

Os conselheiros usuários também apontam visões ligadas ao fato de que participação pode contribuir para os problemas sociais de maneira geral. Há uma identificação do conselheiro com esses problemas que ele ou aqueles que representam enfrentam no seu dia-a-dia. Esse dado aparece nas análises, como pode ser verificado abaixo:



*Pra mim o principal motivo é discutir os problemas sociais e principalmente os problemas de saúde pública da capital. Esses são problemas de todos nós, da sociedade toda. Essa causa é nossa como um todo e não só do gestor como acontecia (Túlio).*

E outro conselheiro usuário afirma:

*Estou aqui para lutar pelo povo, servir a população, pedir por ela. Ninguém faz nada sem o povo, precisamos dele para saber o que ele quer. Nós fazemos o SUS acontecer, porque a gente luta por ele para o povo (Juvenal).*

Esse reconhecimento também é apontado por outro conselheiro usuário:

*Vim para promover uma melhor assistência às classes que represento, para lutar por elas. Luto para que haja profissionalismo e qualidade na assistência à saúde (Maria de Jesus).*

A partir das entrevistas, vemos que o conselheiro usuário se sente motivado a participar na medida em que percebe que sua inclusão na luta pela saúde é fundamental para o andamento das políticas do SUS. Ele se percebe como um integrante da comunidade que precisa lutar para que seus direitos sejam de fato alcançados. O conselheiro usuário constrói identificações de interesses

em suas ações no CMS-BH e desenvolve sentimentos de solidariedade com a comunidade que representa.

A quinta categoria analisada foi “Recursos de que dispõe o conselheiro para mobilizar a participação”. Nesta categoria procuramos observar os instrumentos de que dispõe o conselheiro usuário para operar a sua participação no âmbito do CMS-BH, como ele busca informações políticas, como ele adquire conhecimento técnico para atuar no conselho, além de recursos práticos que o auxiliam nessa participação, como o vale-transporte para ir às reuniões, auxílio financeiro para viagens a conferências e a seminários. O significado que ele atribui à sua participação depende dos recursos disponíveis para tal. Para participar é preciso ter recursos, sem eles a participação fica restrita. Os significados da participação são também construídos a partir da disponibilização dos mesmos. As condições materiais e financeiras são condições importantes para mobilizar a participação, mas isso não quer dizer que sem elas os atores deixem de participar.

Vemos que o conselheiro mostra-se informado politicamente através das Câmaras Técnicas, da participação em Conferências sobre saúde e de Cursos de Capacitação. As Câmaras Técnicas são recursos utilizados pelos conselheiros usuários para discutirem pautas antes da reunião geral do conselho. Eles se reúnem semanalmente em grupos de seis ou sete para discutir temas como orçamento, recursos humanos, comunicação, dentre outros já citados anteriormente.

De acordo com as entrevistas, vemos que os conselheiros apresentam dificuldades em acompanhar alguns assuntos tratados em reuniões. Para dar conta de propor políticas de saúde ou votar em alguma proposta, o conselheiro usuário busca se informar anteriormente à data da reunião através das Câmaras Técnicas, que atuam como catalisadores do processo de funcionamento do conselho, ao permitir a discussão dos assuntos mais difíceis, complicados ou polêmicos em um momento anterior às reuniões propriamente ditas. Segundo um conselheiro usuário:

*A gente não tem problema porque antes de vir pra cá a gente já discutiu o assunto com a Câmara Técnica. A gente chega a levar duas ou três vezes pra lá pra poder chegar aqui. Além disso, troco e-mail com outras entidades, vejo notícias de Brasília... (Maria de Jesus).*

Apesar da fala da conselheira, vimos em reuniões que nem sempre esse esclarecimento ocorre, mesmo que seja anteriormente trabalhado nas Câmaras Técnicas. Um conselheiro usuário afirma:

*Nós iniciamos nossa luta antes dessa Lei 8080, que definiu o SUS no Brasil, em 1988. Então, essa quantidade de tempo, essa tradição de participação e também a gente acaba acumulando bastante conhecimento nessa área, então, quando é definido aqui as normas para poder votar a gente já tem um certo conhecimento e consegue sobressair muito bem, definindo aqui o que é mais interessante principalmente para nós que somos usuários. Se isso não acontece, a gente vai nas Câmaras, discute e aprende (Juvenal).*

Os assuntos mais difíceis de acompanhar parecem se relacionar com a parte mais técnica, orçamentária do conselho. Assim relata um conselheiro usuário:

*Eu, apesar de gostar de matemática, acho que financiamento é o mais complexo de todos aqui no Conselho, os vários termos técnicos que se tem. Estamos visando uma mudança de*

*acompanhamento técnico até com a contratação de um contador. Somos todos leigos, mas a gente está contratando para acompanhar a Câmara Técnica de Financiamento para melhorar a condição dessa relação com os conselheiros e os usuários, também porque a gente perde os fios, de um ano para o outro no relatório financeiro. Quanto a aprender os assuntos a gente tem várias instâncias: plenárias, conferências, plenárias de usuários e nesses campos a gente tem discussão, se informa com outros conselheiros que estão a mais tempo aqui do que a gente. Caçamos informações com gestores, conversamos; assim conseguimos fazer estas coisas. Então, para mim é financiamento. Só que o financiamento é um curso mais técnico, tem número e capacidade contábil e financeira, a gente acaba sabendo pouco. Foi bom o curso que fiz e muita gente conseguiu isso. Mas a dinâmica é essa, conversamos com conselheiros mais velhos, perguntamos o que está acontecendo, sentamos com o gerente financeiro que vem aqui e perguntamos mesmo, na prática, na linguagem popular o que é aquele número (Alianderson).*

Os assuntos técnicos e financeiros parecem acarretar problemas recorrentes entre os conselheiros. Outro conselheiro usuário corrobora essa afirmação:

*Tem discussão aqui que pouca gente domina, porque tem números, tem demandas que as pessoas não conhecem, então, há grandes dificuldades... A gestão financeira, orçamentária, poucas pessoas conseguem acompanhar, porque as pessoas não estão preparadas para essa discussão. Mas tem muita gente aqui que se ajuda mutuamente. Agora, nós trabalhamos no sentido de estar capacitando todos os usuários, porque o gestor vem capacitado, o trabalhador vem capacitado, nós usuários somos mal capacitados, então, o que a gente luta aqui neste*

*Conselho é na capacitação, o entendimento do usuário, você tem dúvida, então, vamos voltar novamente, vamos discutir, até as pessoas entenderem (Túlio).*

Os conselheiros falam das dificuldades em acompanhar alguns assuntos, mas que esses são aprofundados via Câmaras Temáticas e Cursos de Capacitação. A dificuldade às vezes é confundida com a própria discussão que se dá em torno do tema. Alguns demonstram dificuldades nas áreas muito técnicas como o financeiro. Mas eles dizem que tentam se aprimorar para não votar sem ter o conhecimento, mas esse aprimoramento nem sempre é possível. Não há como aprender assuntos tão complexos em duas reuniões nas Câmaras Técnicas. E como alguns assuntos a serem votados exigem pressa, os conselheiros usuários ou mesmo os trabalhadores votam sem conhecimento.

Essa dificuldade no acesso às informações pode se constituir como um entrave à participação na medida em que sem recursos é difícil participar. Isso auxilia na construção dos significados da participação, que pode aparecer como um entrave ou dificultosa.

O secretário executivo do CMS-BH corrobora essa visão dos outros conselheiros e diz:

*Os usuários fizeram cursos de capacitação em 2004 desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com 5000 conselheiros do Brasil todo. Essa nova mesa diretora está discutindo um novo curso para os novos conselheiros que vão entrar esse ano com a renovação. É preciso que eles aprendam mais sobre o conselho. Os novos que chegam já participaram de algum momento da saúde, sempre vêm da comissão local. Eles entram já tendo uma idéia do que é o conselho. Não*

*uma idéia perfeita, mas eles têm noção. Mesmo assim tem a capacitação, para eles se informarem (José Oswaldo).*

As falas dos conselheiros usuários nos mostram que eles têm procurado se informar sobre os assuntos a serem discutidos em reuniões antes de votar qualquer proposta. Inclusive para que as propostas possam ser feitas os conselheiros recorrem a essas Câmaras Técnicas para que possam discutir temas e de fato proporem ações de saúde plausíveis. A participação do conselheiro varia de acordo com a qualificação que ele recebe, com o conhecimento técnico que adquire. Esse item pode ser articulado com a sexta dimensão apontada por Sandoval (2001) como sendo fundamental para a construção da consciência política. O autor afirma que o indivíduo que decide participar o faz através de escolhas informadas e significativas que influenciam sua participação e comprometimento com a instância. Vemos que os conselheiros usuários buscam se manterem informados dos assuntos que serão discutidos em reuniões e que contribuem para uma participação mais efetiva. Entretanto, a qualificação deve ser constante e não pontual. Para além disso, sustentamos a idéia de que a qualificação somente técnica não permite ao conselheiro usuário de fato ampliar sua forma participativa. Não basta ao conselheiro receber informações técnicas sobre o conselho, ele deve ser capaz de decodificar o contexto que está inserido, compreendendo-o em sua totalidade.

A sexta categoria analisada foi sobre “Avaliação do conselheiro a respeito do CMS-BH”. Esta categoria buscou analisar de que forma o conselheiro percebe a instância ao qual está atrelado. O conselheiro usuário percebe o CMS-BH como uma instância fundamental para o andamento das políticas de saúde na capital, além de se constituir como um importante instrumento de deliberação e de controle popular. Podemos dizer que a avaliação que o

conselheiro faz sobre o CMS-BH influencia nos significados da participação pois o conselheiro vê o CMS-BH como aquele que incentiva ou não a participação. Sem incentivo a participação se entrava e os significados construídos dependerão desse incentivo. Quanto mais o conselheiro se sente estimulado a participar, mais ele participa. Esse incentivo influencia na compreensão de seu papel junto às decisões do CMS-BH. Um conselheiro usuário afirma:

*Bom, nosso Conselho é deliberativo. Por ser deliberativo é assim: se hoje na saúde do município precisa de três assinaturas para assinar uma verba, uma delas é do CMS-BH. Nós temos o papel de fiscalizar, de propor, de denunciar e de cobrar do gestor municipal, estadual e federal ações na área de saúde. Nós somos deliberativos, temos uma ação efetiva nesse ponto e isto de fato acontece e um dos exemplos clássicos que vou dar é o último que aconteceu foi com relação às farmácias populares (Alianderson).*

Fazer parte do conselho é importante para o usuário, pois ele reconhece que esse espaço tem uma importância fundamental na definição e na fiscalização das políticas de saúde da capital:

*Este Conselho aqui é importante. Este Conselho aqui é talvez... ele está no mesmo nível da Câmara Municipal porque, aqui, nós discutimos, nós deliberamos, e nós não somos vereadores, nós não ganhamos, estamos aqui por amor, mais nada. A única coisa que ganhamos é o vale transporte (Juvenal).*

O conselho é visto com um órgão de importância porque delibera sobre as políticas de saúde. Eles se sentem como fazendo parte de um espaço de extrema importância para a definição das políticas de saúde no município e esse reconhecimento direciona a participação deles no CMS-BH, motivando-os:

*A gente também leva informações pra comunidade. Nosso projeto de comunicação é amplo, nós temos projeto de rádio comunitária, de participação popular, temos o jornal que alcança 3500 conselhos no país, temos uma tiragem de 15000 exemplares, bimestral, informando. O Conselho leva informações pras pessoas, mostra pra elas os seus direitos, seus deveres, o que é muito importante na questão da saúde (Joaquim).*

Outro conselheiro afirma:

*O CMS-BH é muito importante porque ele delibera, ele é um instrumento da população, que a população tem pra decidir sobre as questões da saúde. Ele delibera sobre políticas de forma geral, delibera como vai implementar um programa, um projeto sobre saúde, ele fiscaliza ações, fiscaliza recursos financeiros. É muito importante mesmo (Abigail).*

Outro conselheiro usuário destaca essa importância do CMS-BH na interlocução com a comunidade:



*O Conselho tem grande importância porque muitas pessoas que vão a Unidade de Saúde não conseguem resolver o problema dele, procuram o Conselho, que hoje em dia é um Conselho que não pode ser uma ouvidoria, aonde chega aqui acolhe o cidadão que vem aqui, ouve as reclamações que ele tem, devolvendo lá na ponta. Ligando para os Conselhos, mandando documento para o Secretário de Saúde, para as Regionais, explicando também o motivo, por que o cidadão veio aqui, por que foi mal atendido lá na ponta (Túlio).*

Analisando as falas dos conselheiros vemos que eles atribuem importância ao CMS-BH ao considerá-lo como uma instância capaz de interferir nos problemas da saúde da população. As diretrizes estabelecidas pelo SUS nem sempre são observadas na prática e essa evidência percebida pelos conselheiros os permitem elaborar uma visão do conselho como um importante órgão fiscalizador das questões da saúde no município e na implementação de ações de saúde verdadeiramente eficazes. Essas visões do conselheiro usuário podem ser corroboradas pela sétima dimensão apontada por Sandoval (2001) que fala a respeito do grau de correspondência entre os objetivos da instância, suas estratégias de ação e sentimentos de injustiça, seus interesses e sentimentos de eficiência política. Essa é uma dimensão que trabalha a noção de como os atores sociais percebem que os objetivos e as propostas do conselho relacionam-se com seus próprios interesses materiais e simbólicos. A avaliação do CMS-BH pelo conselheiro usuário articula-se assim à maneira como ele relaciona a importância do conselho com os interesses da comunidade. O conselheiro usuário percebe a importância do CMS-BH.

A sétima categoria analisada foi “Interpretação sobre a participação”. A pergunta feita aos conselheiros foi a respeito do significado da participação, como o conselheiro entende a sua participação no âmbito do CMS-BH. Essa pergunta direta é auxiliada pelas outras acessórias e nos

ajudam a compreender como eles entendem a sua participação no interior do conselho. Assim, buscamos analisar como o conselheiro nomeia a participação no âmbito do CMS-BH e que sentidos, crenças e expectativas ele constrói a respeito dessa participação. Diante dos resultados, explicitou-se o fato de que o conselheiro usuário associa participação ao termo discussão. Isto significa que o conselheiro entende que participar do processo de deliberação das políticas públicas tem a ver com discussão das mesmas, mesmo que essas políticas não sejam efetivadas na prática:

*Participar pra mim é estar a todo momento realmente discutindo, cada vez mais embasado naquilo que discute. A gente tem que estar toda hora discutindo senão não anda, as coisas não andam... discutindo e trabalhando... Significa que a gente vai disputando, discutindo, participando, senão nós não participamos... A participação é a gente estar participando das reuniões, participando os movimentos. Se a gente não participar, a gente nunca sabe de nada, a gente não aprende e nunca ganha também (Sebastião).*

Outro também diz:

*Participar é quando se vem na discussão representando aqui o segmento, você colhe aquilo que foi discutir aqui e leva até na ponta, que é na base, retornando na base aquilo o que foi discutido aqui (Joaquim).*

Embora eles falem que participação tem a ver com discussão, vimos que os conselheiros fazem mais do que apenas discutir. A participação parece ser mais ampla do que isso, embora ela seja emperrada por algumas dificuldades práticas e cognitivas dos conselheiros:

*Participar nas decisões importantes da saúde pública nesse município, e se possível, até colocar propostas no sentido de melhorar o atendimento e ampliar a saúde pública, tendo em vista que ela nunca fica em 1º plano em governo nenhum (Carlos).*

Para além da noção de discussão, os conselheiros usuários entendem a participação como um processo associado à noção de acúmulo informacional. Isso significa que à medida que eles conhecem mais e aprendem mais a respeito do que são as políticas de saúde, como funciona o SUS, qual é a estrutura e a natureza do CMS-BH, eles têm maior embasamento teórico para discutir as questões e os problemas da saúde, bem como discutir com os demais representantes acerca dessas mesmas questões. Essa idéia já tinha sido desenvolvida no item relacionado à trajetória de participação do conselheiro e no item relacionado à importância dos Cursos de Capacitação e das Câmaras Técnicas. Outro depoimento mostra como a associação entre conhecer teoricamente questões práticas e discuti-las é fundamental para a efetiva participação no CMS-BH:

*Participar é ter melhor conhecimento das coisas, pra conseguir discutir as questões. Pra discutir sobre o orçamento da Secretaria tenho que ter conhecimento dela, como é o seu orçamento, como ela funciona, como gasta o dinheiro (Aniciberte).*

Os temas que nós levantamos como sendo os mais apontados pelos conselheiros usuários a respeito da participação foram, além das já citadas (discussão e conhecimento), que participação relaciona-se com formulação e definição das políticas públicas, dando uma idéia de que o conselheiro que realmente participa é aquele que não somente discute políticas, mas que fundamentalmente questiona, reivindica e define essas políticas. Esta categoria foi construída para analisarmos a hipótese de trabalho já referida de que a participação do conselheiro usuário relaciona-se com a maneira pela qual ele compreende o que é participar, incluindo as crenças e as expectativas construídas por eles.

Pela análise vemos que os conselheiros atribuem à participação uma característica ativa, na medida em que a definem não como a simples presença em plenárias ou reuniões, mas como o questionamento e a formulação das políticas de saúde. O depoimento abaixo mostra essa relação:

*Participar pra mim é ser sujeito no processo. Por exemplo, contribuir para definir políticas públicas de saúde. Então a participação pra mim não é apenas lamentar, estar aqui e trazer os problemas. A participação pra mim tem a ver muito com as questões propositivas, definir que essas propostas sejam colocadas na pauta do dia e fazer com que essas proposições entrem de fato na agenda da saúde e contribuam para essas unidades básicas de saúde ou os próprios hospitais (Alianderson).*

Outro diz:

*Participar para mim é a cidadania. Acho que é você deixar um pouco o eu, e começar tentar evoluir as pessoas para ter um melhor conhecimento das coisas, para começar a discutir as questões; não é só: no meu Posto não tem medicamentos, mas discutir questões maiores como orçamento da Secretaria, acompanhar este orçamento e discutir realmente quem é, como se gasta este dinheiro (Juvenal).*

Se pensarmos que trabalhamos com uma hipótese de que a participação do conselheiro relaciona-se diretamente com as suas crenças e as suas expectativas em relação à própria participação, vemos que para ele participar ele tem que conhecer as políticas de saúde, reivindicar sua efetiva realização, discuti-las em reuniões e propor formas de que elas possam de fato ser implementadas junto à comunidade. Cabe lembrar que esta idéia foi apontada por Sandoval (2001) na segunda dimensão necessária para a construção de uma consciência política. Essa dimensão consiste nas crenças, nos valores e nas expectativas que expressam as noções de ideologia política na visão global de cada um. Podemos dizer que essas crenças, esses valores e essas expectativas são resultantes de processos de interações sociais e de experiências vividas pelos conselheiros no CMS-BH.

Fizemos ainda questões a conselheiros do segmento dos trabalhadores e dos prestadores para sabermos de que forma eles vêem a participação dos usuários no processo. Eles afirmam que hoje os usuários participam mais das questões da saúde porque tiveram que aprender para poder efetivamente participar. Eles afirmam:

*Estou neste conselho há bastante tempo. Os usuários antes chegavam aqui e apenas freqüentavam o conselho. Eles não sabiam o que fazer ou como propor as coisas. Eles cobravam, mas não sabiam como levar isso adiante. Agora não, eles chegam, questionam, propõem...*  
(Geraldo)

Os segmentos percebem um crescimento do conselheiro usuário no que concerne ao aprendizado e ao acúmulo de experiências. O Secretário Executivo do Conselho também acredita nesta idéia de crescimento participativo dos conselheiros usuários.

*Antigamente acontecia uma distância maior entre os segmentos. Agora está nivelado porque os usuários também cresceram muito, fizeram cursos, aprenderam na prática* (José Oswaldo)

O modelo teórico desenvolvido por Sandoval (2001) nos auxiliou em nossa análise que procurou saber como os conselheiros abordam questões de participação. Procuramos investigar as dimensões sociais e psicológicas que formam a consciência política de um indivíduo, seja em relação à sociedade, seja em relação a ele mesmo como membro dessa sociedade, o que representa a sua disposição para agir de acordo com esta consciência. Este modelo refere-se a condições que irão constituir a consciência política de cada indivíduo dentro de uma sociedade e que direcionará seu engajamento como ator político. Para participar o usuário deve construir uma consciência coletiva.

Relacionando cada item citado com o modelo proposto por Sandoval (2001), vemos que as categorias foram contempladas nas falas dos conselheiros, guardadas as devidas particularidades. A primeira dimensão apontada, que diz que o ator forma uma consciência política a partir do estabelecimento de identificações psicológicas de interesses e de sentimentos de solidariedade, aparece nas análises das entrevistas com os conselheiros na medida em que eles afirmam que se sentem motivados a participar porque reconhecem a sua importância na luta pelo avanço das políticas públicas de saúde. Nesta categoria também podemos apontar a contribuição de Pizzorno (1975) em relação à construção da participação, em que afirma que essa participação só poderá acontecer entre iguais, na medida em que há um reconhecimento, por parte dos atores envolvidos, da criação de uma identidade. A segunda dimensão apontada por Sandoval, que se relaciona com as crenças e valores que o ator constrói em relação à sociedade e que pautam sua ideologia política pode ser verificada nas falas dos conselheiros, na medida em que eles apontam para o fato de que é a partir de sua trajetória participativa e do conhecimento técnico adquirido ao longo de vivências anteriores que dá a eles a capacidade de participar de maneira mais efetiva do CMS-BH. A terceira dimensão, que fala do sentimento individual que se relaciona com interesses simbólicos e materiais opostos aos interesses de outro grupo, não pôde ser analisada da mesma maneira pensada por Sandoval (2001). Entretanto, abordamos questões internas no conselho, ao investigarmos como se processa a relação entre os segmentos. Eles afirmam perceber a diferença de interesses entre os segmentos, embora admitam uma igualdade de importância e a ação contínua em prol do SUS.

O quarto item apontado por Sandoval diz respeito à eficiência política, que se refere ao sentimento do ator quanto à sua capacidade de intervir na situação política. O conselheiro usuário relatou que se sente como fazendo parte de um espaço participativo de extrema importância para o desenvolvimento das políticas de saúde no município, embora nem sempre ele consiga

efetivamente intervir e deliberar sobre as políticas de saúde. O quinto item de Sandoval fala a respeito do modo como o ator enxerga o arranjo social do qual faz parte. Se as relações recíprocas se desequilibram eles passam a reconhecer essa quebra como injustiça. Esse item foi analisado mais na relação que o conselheiro estabelece com os demais segmentos. Os conselheiros usuários percebem o exercício de poder realizado pelo gestor, mas acreditam que haja uma simetria no quesito importância. O sexto item fala sobre o desejo de agir coletivamente e encontrar soluções para os problemas que podem ser observados no item sobre o reconhecimento do conselheiro em relação aos problemas de saúde que a população enfrenta. O sétimo item refere-se aos objetivos do conselho e se esses se relacionam com os interesses do conselheiro. O conselheiro percebe que o CMS-BH é um espaço que pode permitir a ele direcionar as demandas daqueles que ele representa, na medida em que é um espaço de deliberação das políticas de saúde.

Os significados construídos pelos conselheiros usuários à sua participação dependeram de vários outros fatores, tais como a tradição participativa do conselheiro em outras instâncias semelhantes, o número de mandatos do conselheiro no próprio CMS-BH, a relação de mão dupla com a comunidade, a qualificação dos conselheiros, o incentivo do governo à participação, dentre outros. Participar para o conselheiro usuário significa adquirir conhecimento técnico para discutir problemas da saúde, vivenciar os problemas da saúde na prática com a comunidade, dialogar com os demais segmentos em busca de um equilíbrio nas relações políticas, frequentar as reuniões, conferências e seminários da saúde. Dessa forma, podemos dizer que o conselheiro usuário tem construído uma consciência política participativa no interior do CMS-BH, apesar dos entraves e das limitações vivenciadas.

Esses entraves e essas limitações dizem respeito às dificuldades que eles dizem encontrar em acompanhar determinados assuntos considerados por demais técnicos e complicados. Eles



buscam aprender sobre esses temas anteriormente à sua votação, embora nem sempre consigam clarear totalmente suas dúvidas e seus questionamentos.

Outro entrave à participação parece se relacionar ao poder exercido pelo segmento gestor. Os demais conselheiros afirmam que o fato de o gestor deter o conhecimento técnico, ter um percurso histórico de conhecimento prático e teórico das leis e deterem as informações políticas necessárias para o andamento do Conselho de Saúde, permite a eles exercerem maior poder sobre os demais.

Podemos dizer que os conselheiros usuários do CMS-BH têm construído importantes noções participativas a partir de uma trajetória participativa anterior à chegada no conselho, do reconhecimento de situações problemáticas vivenciadas pela população que representam, da percepção de que são capazes de ajudar na implementação e fiscalização do SUS e da visão ampliada que eles vêm construindo a respeito das políticas de saúde.

### **4.3 – Falas registradas: a análise das atas das reuniões**

Para análise das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias construímos categorias analíticas norteadoras do trabalho. Buscamos construir as categorias a partir de proposições que pudessem nos auxiliar na compreensão de nosso objetivo. Embora toda convocação das reuniões fosse acompanhada de uma pauta, observamos que os temas debatidos não se restringiam aos indicados. Os temas identificados nas atas foram organizados em categorias temáticas que podem ser acompanhadas na íntegra no Anexo 5.

Analisamos o conteúdo de doze atas de reuniões ordinárias e treze atas de reuniões extraordinárias, no período de julho de 2004 a julho de 2005, que correspondem ao primeiro ano de uma gestão do conselho (biênio 2004/2006). A análise das mesmas passou por três momentos. No primeiro deles, fizemos uma divisão de todas as falas registradas, separando-as entre segmento dos usuários e demais segmentos. No segundo, separamos as falas, conforme já indicamos, por categorias temáticas. No terceiro momento, os dados obtidos foram classificados a partir das categorias criadas, mantendo a divisão em dois segmentos.

O primeiro tema abordado refere-se a questões administrativas internas do CMS-BH, no qual incluímos as falas que tratavam da infra-estrutura interna do CMS-BH, planos de gestão, índices econômicos e administração de recursos humanos. De acordo com o registro das atas vemos que os conselheiros usuários apresentaram 44 falas sobre o assunto, enquanto que os demais conselheiros foram responsáveis por 30 falas.

O segundo tema abordado foi a respeito de orçamentos em saúde, em que prevaleceram discussões acerca de contratos e de convênios celebrados em relação a questões de saúde do município e prestações de contas pelo gestor. Os conselheiros usuários foram responsáveis por 14

falas sobre o assunto, enquanto que os demais segmentos proferiram 10 falas a esse respeito, em todas as reuniões.

A terceira categoria analisada diz respeito às notícias e aos eventos em saúde, no qual agrupamos todos os assuntos procedimentais, ou seja, aqueles que tratam a respeito da organização do CMS-BH e da organização de plenárias, conferências e seminários. Dentre as falas sobre o assunto, 43 foram emitidas pelos conselheiros usuários e 28 pelos demais segmentos.

A quarta categoria diz respeito às propostas e às votações realizadas nas reuniões. Essas propostas consistiam em questões sobre os usos de medicamentos pelo município, questões sobre os atendimentos médicos em unidades básicas de saúde, propostas sobre a rede hospitalar em Belo Horizonte, questões sobre irregularidades na prestação de contas e suas possíveis soluções, dentre outras. As propostas feitas pelos conselheiros usuários somaram 36 falas e as dos demais segmentos 51 falas.

A quinta categoria relaciona-se aos comentários, comunicações ou esclarecimentos que os conselheiros faziam em relação às propostas apresentadas, aos orçamentos discutidos ou a questões administrativas do CMS-BH. As falas dos conselheiros usuários somaram 197 enquanto que as dos outros segmentos somaram 221 falas. Esses dados são apresentados abaixo:

Tabela 1: Freqüência de assuntos discutidos nas reuniões ordinárias do CMS - BH, entre julho /2004 e julho/2005

Grupo de Assuntos	Conselheiros			
	Usuários		Demais	
	Número	%	Número	%
Responsabilidade e administração interna do CMS-BH	44	13,17	30	8,82
Orçamento em saúde	14	4,19	10	2,94
Notícias e eventos	43	12,87	28	8,24
Propostas e questionamentos	36	10,78	51	15,00
Comentários, comunicações e esclarecimentos	197	58,98	221	65,00
Total	334	100,00	340	100,00

Fonte: Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS-BH

Em relação à frequência em reuniões, vemos que os conselheiros usuários têm ido mais a elas, embora não se distanciam muito em relação à presença dos demais segmentos. A tabela abaixo mostra essa relação.

Tabela 2: Frequência total de todos os conselheiros em 25 reuniões ordinárias e extraordinárias no CMS-BH, entre julho/2004 e julho/2005.

Conselheiros/Segmento	Frequência	
	Número	%
Usuários	504	52,61
Demais	454	47,39
Total	958	100,00

Fonte: Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS-BH

Através das leituras das atas e da participação em algumas reuniões, observamos que ocorrem bastantes discussões acerca dos temas tratados, o que eventualmente contribui para que uma reunião extraordinária deva ser marcada para que as votações possam ter prosseguimento. Em função disso, as reuniões são demoradas, participativas, com a eventual presença de conselheiros de comissões locais ou distritais. De acordo com o Secretário Executivo do Conselho o excesso de reuniões extraordinárias é convocado por essas servirem de complemento a discussões e a votações que não puderam ser contempladas nas reuniões ordinárias, mas que exigem urgência de serem realizadas.

Observamos que algumas reuniões, apesar de iniciarem com um número mínimo de participantes titulares ou suplentes para realizar as votações, iam sofrendo uma diminuição na quantidade de participantes à medida que transcorria o tempo. Após três horas de reunião, grande parte dos conselheiros abandonava-a o que resultava em um quorum abaixo do necessário para o momento da votação. A votação sempre ocorre ao final das reuniões depois que o assunto já foi discutido e questionado. Entretanto, no momento mesmo em que ela ocorre, muitos conselheiros já foram embora e a votação acontece da mesma maneira. Questionamos à mesa diretora sobre esse fato e eles afirmaram que a votação acontecia da mesma forma porque o importante era o quorum de início de reunião e não de final como consta no estatuto do conselho e que era responsabilidade de cada conselheiro permanecer na reunião até o final. Esse fato não deixa de provocar mudanças no quadro decisório de algumas propostas, visto que o número de participantes diminui bastante.

A pauta é feita pela mesa diretora, mas pode eventualmente ser alterada por alguns conselheiros que sugerem pontos de pauta para futuras reuniões ou mesmo sugerem uma reunião extraordinária para discutirem melhor as propostas de saúde a serem votadas.

Nessa análise, temos consciência da limitação que o instrumento de coleta de dados impõe, no sentido de que talvez ele não consiga abarcar todas as interações realizadas entre os segmentos e que, conseqüentemente, interferem em seu posicionamento no CMS-BH.

Através das atas, vemos que o conselheiro usuário tem tido uma presença significativa em reuniões e que sua participação através de intervenções vem acontecendo de forma intensa. Ou seja, o conselheiro usuário não se coloca em um lugar de silenciamento, pois vemos que ele coloca propostas a serem votadas, tece comentários às políticas de saúde e parece estar atento às discussões debatidas nas reuniões.

## **Considerações finais: à guisa de conclusão**

Os Conselhos Municipais de Saúde, instâncias de caráter deliberativo, são compostos de um lado por representantes da sociedade civil e de outro, por representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores da saúde. Esses espaços estão autorizados a tomar decisões a respeito das políticas públicas de saúde dos municípios de acordo com o que foi estabelecido pela Carta Magna de 1988. A participação da população nessas instâncias se constitui como uma inovação institucional brasileira. Nos conselhos, o projeto do governo sobre a saúde nos municípios deve ser discutido com seus representantes e esses, por sua vez, devem trazer propostas da população para serem discutidas em seus espaços de funcionamento. Além dessas ações, os conselhos são responsáveis pela deliberação das propostas debatidas, são órgãos consultivos e devem exercer o controle e a fiscalização das políticas de saúde.

Quando realizamos uma revisão na literatura a respeito do desempenho dos Conselhos de Saúde no Brasil, vimos que alguns autores sugeriam que esses mecanismos participativos vinham apresentando uma capacidade deliberativa modesta, tanto na incorporação das demandas da sociedade, quanto no exercício do controle popular. Outros autores, porém, ressaltaram a qualidade participativa desses conselhos, dando relevo à importância de se incluir no processo decisório atores pouco presentes nessas discussões e explicitando a crescente capacitação dos mesmos na atuação institucional. Essa discussão nos levou a pensar que a existência dessas vias participativas formais era fundamental para asseverar o direito da população na definição das políticas de saúde, não sendo, entretanto, suficientes para garanti-lo.

Nesse sentido, várias questões foram levantadas: de que forma essa participação ampliada da sociedade civil pode contribuir para a melhora da qualidade dos serviços de saúde? Como tem



sido a participação dos conselheiros usuários no processo? Quais os graus de participação desses membros nos conselhos? Como se caracteriza essa participação? Os conselheiros usuários atuam efetivamente no processo de deliberação e de fiscalização?

A partir desses questionamentos, levantamos como foco desse trabalho uma análise a respeito do modo como se processa a participação dos conselheiros representantes dos usuários na dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, mais precisamente se vem ocorrendo a construção de uma consciência política participativa. O retrato dessa participação revelou-se não como um evento estático simples, mas como um processo complexo, inconstante e fragmentado.

Dissemos que a simples presença numérica dos conselheiros usuários nas reuniões não se mostrava suficiente para que a participação acontecesse, já que ela deveria ser qualificada, ou seja, não bastaria aos conselheiros reconhecer e aprender as leis, mas se fazia importante que eles pudessem decodificar o contexto.

Dessa forma, hipotetizamos, a partir de análises de experiências anteriores de Conselhos de Saúde, que os conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte se deparariam com entraves de participação em função da dificuldade em decodificar o contexto participativo e informativo e os assuntos tratados em reuniões. Questionamos se o conselheiro usuário se tornava, efetivamente, ator de participação e hipotetizamos que, em função dessa dificuldade apontada, ele não formaria uma consciência política participativa. Para analisarmos se o conselheiro de fato construía essa consciência política nos valem da adaptação de um modelo teórico proposto por Sandoval (2001), no qual ele aponta algumas condições que iriam constituir a consciência política de cada indivíduo e que direcionaria o seu engajamento como ator político. Nossa análise foi orientada ainda pelas contribuições de Pizzorno (1975) sobre identidade coletiva.

A investigação a respeito da participação dos conselheiros usuários no âmbito do CMS-BH nos mostrou que o conselheiro usuário vem formando uma consciência política participativa.

Faz-se importante destacar que esse trabalho abarcou o período da gestão 2004 – 2006, o que se constituiu como um recorte de todo o processo de constituição do CMS-BH. Tal fato significa que esses conselheiros poderiam não apresentar as mesmas características ou perfis de participação aqui relatados se o fizéssemos em outros governos. Entretanto, podemos dizer pelos dados pesquisados e analisados, que os conselheiros assim o são porque vêm construindo esse perfil de participação através de um importante percurso de aprendizado junto às várias organizações a que pertenceram.

Para participar efetivamente o conselheiro usuário deve ser capaz de decodificar o contexto participativo e informativo e os assuntos tratados em reuniões. Para analisar se isso de fato acontecia, estabelecemos como objetivo identificar os significados dados pelos conselheiros usuários à sua participação, pois é a partir de sua compreensão sobre participação é que ele pode efetivamente participar. Pela literatura desenvolvida sobre participação, nos baseamos, como dissemos, em uma adaptação do modelo teórico desenvolvido por Sandoval (2001) que relaciona a ação coletiva como dependente de alguns fatores psicossociais. Ou seja, participar depende da formação de uma consciência política. Analisamos sete categorias através de entrevistas para verificarmos se essa consciência política vinha sendo formada. Vimos, a partir dos aspectos analisados, que os conselheiros vêm formando essa consciência política através do tempo de participação no CMS-BH, de uma trajetória participativa anterior à entrada no CMS-BH, através da frequência e de intervenções em reuniões, através de relações com a comunidade e através da identificação aos problemas de saúde apresentados pela população.

A compreensão que o conselheiro usuário constrói sobre a sua participação é de que participação se associa aos termos discussão, conhecimento e reivindicação. Isto significa que o

conselheiro entende que participar do processo de deliberação das políticas públicas tem a ver com discussão das mesmas, mesmo que essas políticas não sejam efetivadas na prática e que é à medida que eles conhecem mais e aprendem mais a respeito do que são as políticas de saúde é que eles passam a ter maior embasamento teórico para discutir as questões e os problemas da saúde. Ou seja, participar para o usuário significa conhecer as políticas de saúde, reivindicar sua efetiva realização, discuti-las em reuniões e propor formas de que elas possam de fato ser implementadas junto à comunidade.

As relações que se processam entre atores políticos diferenciados do CMS-BH são permeadas pelo conflito em que forças e interesses heterogêneos estão constantemente atuando e que a natureza desses conflitos é em função da partilha de poder que ocorre nesse espaço. Essas relações impõem dificuldades e limites à participação dos conselheiros, relacionados ao poder exercido pelo gestor.

Colocamos a importância de pensarmos em uma qualificação tanto técnica quanto política dos conselheiros, pois só assim podemos pensar em uma participação efetiva. Essas instâncias instauram uma novidade democrática no país, mas precisamos reconhecer que existem diferentes interesses e diferentes formas de negociação presentes. O domínio do saber técnico é tradicionalmente colocado ao lado do gestor ou mesmo do trabalhador. Mas é preciso que o usuário conheça essa realidade, que conheça o funcionamento do Estado e da sua máquina administrativa. Entretanto, essa qualificação técnica não é suficiente. A qualificação política deve advir a partir da convivência direta com a multiplicidade de atores envolvidos no processo, com variadas concepções.

As experiências anteriores dos conselheiros usuários, à medida que os capacitam à tomada de decisões, permite que eles desenvolvam um saber político. Elas auxiliam no desenvolvimento de competências e de habilidades, contribuindo assim para o seu desenvolvimento político.

Entretanto, outras questões podem ser apontadas: como construir um programa de capacitação ao conselheiro usuário que permita a ele dialogar com mais simetria com o gestor sem, contudo, transformá-lo em um especialista técnico? Como criar condições para que os vários segmentos representados no CMS-BH possam lidar de maneira saudável com a pluralidade inerente à sua composição? Como evitar a manutenção ou a reprodução de políticas ou padrões clientelistas no interior do conselho?

Podemos dizer que os Conselhos de Saúde, foram, em algum momento, depositários da promessa de que teriam muito para contribuir para o processo de formulação das políticas de saúde, com conseqüente aumento da qualidade e da quantidade de serviços de saúde para a população. Os conselhos representam mecanismos acessórios aos dispositivos democráticos já existentes, constituindo-se como vias institucionais em que o acesso permanente do usuário à formulação de políticas possa contribuir para o avanço democrático no país. Mas apesar de todos os obstáculos já enfrentados pelos conselhos estes não superam as conquistas alcançadas. Portanto, é com otimismo que reiteramos a importância da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte na busca da construção de alianças necessárias e possíveis para a consolidação da participação da população na agenda política de saúde da capital. Esperamos ainda que estes resultados façam parte de um processo de solidificação dessa consciência política e que as organizações alimentadoras dos Conselhos Municipais de Saúde possam estar cada vez mais empenhadas na preparação de seus filiados.

## Referências Bibliográficas:

ANASTASIA, Fátima e MELO, Ranulfo. *Instituições híbridas, representação e participação: a democracia em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: DCP, 2002. Mimeo.

AVRITZER, Leonardo e PEREIRA, Maria de Lourdes. *Democracia, participação e instituições híbridas*. Belo Horizonte: DCP/ NUPASS, 2002.

BAUER & GASKELL. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Ed. 70, 1977.

BELO HORIZONTE. *Lei 7536 de 19 de junho de 1998*. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde e as Comissões Locais de Saúde, 1998.

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de política*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, vol. 2, 1995.

BRASIL. 8º Conferência Nacional de Saúde. In: *Anais da VIII CNS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. *Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília: Diário Oficial da União, 1990 a.

BRASIL. *Lei nº. 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990 b.

BRASIL. *Resolução 333*. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

CAMPOS, Edval e MACIEL, Carlos. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. In: *Revista Serviço Social e Sociedade: mínimos sociais e exclusão social*. Ano XVIII nº. 55, p.143-155, novembro, 1997.

CARVALHO, Maria & TEIXEIRA, Ana (org.). *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis, 2000.

CARVALHO, Ivo. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Criação Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=conselho>>. Acesso em: 10/08/2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *História do conselho nacional de saúde*. Disponível em: <<http://www.conselhosaude.gov.br>>. Acesso em: 28/07/2003.

CORREIA, Maria. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORTES, Soraia. Fóruns participativos na área da saúde: teorias de Estado, participantes e modalidades de participação. Em: *Saúde em debate*. Londrina: n°. 49-50, p.73-79, março, 1996.

CORTES, Soraia. Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 3, no 1, 1998.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade civil espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002.

DALLARI, Dalmo. *O que é participação política*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

DEMO, Pedro. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez Ed., 2001.

DOIMO, Ana Maria. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

DRYZEK, J.S. Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In: COELHO, V.S.P. & NOBRE, M (orgs). *Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004, p 41-62

ELLEMERS, N. The influence of socio-structural variables on identity management strategies. *European Review of Social Psychology*. 1993; V. 4, p. 27-58.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FLEURY, Sônia & MENDONÇA, Maria. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sônia (org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995.

FLEURY, Sônia. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, Sônia (org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995a.

FLEURY, Sônia (org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995b.

FLEURY, S. & CARVALHO, A. et al. *Municipalização da saúde e poder local no Brasil. Relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro: FGV/FIOCRUZ, 1997, mimeo. Citado em: CARVALHO,



Antonio. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. III, 1998.

GOHN, Maria. *História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros*. São Paulo: Loyola, 1995.

GOHN, Maria. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.

GOHN, Maria. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez Ed., 2001.

HOWARTH, D. & STAVRAKAKIS, Y. Introducing discourse theory and political analysis. In: HOWARTH, D. & STAVRAKAKIS, Y. *Discourse theory and political analysis: identities, hegemonies and social change*. Manchester: Manchester University Press, 2000.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censos demográficos*. Disponível em: <[www1.ibge.gov.br/home/estatística/população/default\\_censo\\_2000.shtm](http://www1.ibge.gov.br/home/estatística/população/default_censo_2000.shtm)>. Acesso em: 13/08/2005.

KLANDERMANS, B. How Group Identification Helps to Overcome the Dilemma of Collective Action. *The American Behavioral Scientist*, Jan 2002; 45 51; p. 887-900.

KRUGER, Tânia. O desconhecimento da Reforma Sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. Em: *Planejamento e políticas públicas*. Santa Catarina: nº. 22, dezembro, 2000.

LACLAU, E. & MOUFE, C. *Hegemony & socialist strategy: towards a radical democratic politics*. London: Verson, 1985.

LIMA, Edson. O papel da participação política no interior do Conselho Municipal de Saúde de Londrina. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal do Paraná, 2002.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MELUCCI, A. *Challenging codes*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Guia de referências para o controle social* (manual de conselheiros). Brasília: Coordenação de informação, educação e comunicação – núcleos de estudos em saúde pública, 1994.

MINAYO, Maria. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria (org.). *Pesquisa social: teoria, criatividade e método*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MOTA, Carlos. *As novas formas de participação social nas políticas públicas: os conselhos gestores de políticas sociais*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000. (mimeo).

NÉDER, Carlos. Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros: visando a municipalização dos serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. *Incentivos à participação popular e o controle social no SUS*. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. *Incentivos à participação popular e o controle social no SUS*. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

PESSOTO, Umberto; NASCIMENTO, Paulo e HEIMANN, Luiza. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, nº. 17, p. 89-97, janeiro-fevereiro, 2001.

PIZZORNO, Alessandro. Introducción al estudio de la participación política. In: *Participación y cambio social em la problemática contemporânea*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1975.

PRADO, Marco Aurélio Máximo. Da mobilidade social à constituição da identidade política: reflexões em torno dos aspectos psicossociais das ações coletivas. In: *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte: PUC Minas, v.1, nº. 1, dez, 1993.

REIS, F. W. *Política e Racionalidade*: Problemas de teoria e método de uma sociologia crítica da política. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2000.

SADER, Éder. *Quando novos personagens entram em cena*: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANDOVAL, Salvador. The crisis of the brazilian labor movement and the emergence of alternative forms of working-class contention in the 1990s. In: *Psicologia Política*. Ano 1, vol. 1, nº. 1, 2001.

SANTOS, Boaventura & AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura (org.). *Democratizar a democracia*: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.39-82, 2002.

SARTORI, Giovanni. *A teoria da democracia revisitada*: o debate contemporâneo. São Paulo: Ed. Ática, 1994.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Em: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2000.

SILVA, Ivone. Os conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. In: *Revista Serviço Social e Sociedade: mínimos sociais e exclusão social*. Ano XVIII nº. 55, p.156-173, novembro, 1997.

STRALEN, Cornelis. O discurso político da “Reforma Sanitária”. In: Bomfim, Elizabeth (org.). *Horizontes psicossociais*. Belo Horizonte: Abrapso – regional Minas, 1997.

TAYLOR, V. & WHITTIER, N.E. Collective identity in social movement communities: Lesbian feminist mobilization. In: MORRIS & MUELLER. *Frontiers of social movement theory*. New Haven, CT: Yale University Press, p. 104-130, 1992.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p.47-103, 2002.

TOBAR, Frederico & YALOUR, Margot. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

WEDHAUSEN, Águeda & CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: p. 1621-1628, novembro- dezembro, 2002.

## **Anexo 1**

### Roteiro de entrevista individual com conselheiros usuários

1. Nome

2. Escolaridade

3. Profissão

4. Data de nascimento

5. Local de moradia (regional)

6. Ocupação atual

7. Como o senhor (a) chegou a participar do CMS-BH? (Verificar a atuação do conselheiro em movimentos sociais, grupos de igreja, associações de bairro, conselhos locais e distritais. Verificar se houve disputa pela participação). (Crenças e significados sobre participação se relacionam com experiências anteriores vivenciadas pelo conselheiro)

8. Qual foi o principal motivo que o levou a participar de CMS-BH? (Analisar questões identitárias necessárias para a ação coletiva)
  
9. Por que o senhor (a) considera importante participar do CMS-BH? (Compreender se há o desejo do usuário de agir coletivamente e encontrar soluções para as injustiças no CMS-BH)
  
10. O que é participar para o senhor (a)? (Verificar o significado de participação, suas crenças e expectativas. Verificar como o conselheiro entende a sua participação)
  
11. Para o senhor (a), qual é a importância do CMS-BH? (Compreender como os participantes sentem que os objetivos e as propostas do CMS-BH relacionam-se com seus próprios interesses)
  
12. O senhor (a) pode dar exemplos de ações ou decisões importantes do CMS-BH? (Verificar como o conselheiro percebe a sua capacidade de intervir no CMS-BH)
  
13. Com que frequência o senhor (a) participa das reuniões e das conferências realizadas pelo CMS-BH?
  
14. Qual segmento o senhor (a) considera mais importante? Qual deles tem mais poder? (Verificar relações entre os segmentos, jogos de interação entre eles) (Verificar a percepção da existência de adversários coletivos no CMS-BH)
  
15. O senhor (a) discute com a sua entidade ou com as pessoas do seu bairro sobre o que acontece no CMS-BH? (Verificar relações com a comunidade)

16. O senhor (a) se sente respeitado no CMS-BH e considera que as suas opiniões são ouvidas pelos outros conselheiros? (Verificar possíveis conflitos e confrontos na interação entre os membros do conselho) (Verificar formação de um sentimento de justiça e de injustiça do conselheiro usuário em relação aos demais segmentos)

17. Quais assuntos o senhor (a) acha mais difíceis para acompanhar? Como o senhor (a) aprende sobre esses assuntos e consegue informações? Como o senhor (a) se mantém informado sobre os acontecimentos políticos do CMS-BH?



## **Anexo 2**

Roteiro de entrevista individual realizada com o Secretário Executivo do CMS-BH

1. Como o senhor avalia o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte?
2. Qual dos segmentos o senhor considera como o mais importante? Qual deles tem mais poder?
3. Para além da paridade numérica, como o senhor avalia a participação dos conselheiros usuários no CMS-BH?
4. Acontece de o gestor negar informações políticas aos segmentos?
5. O senhor acredita que existem conflitos entre os segmentos no CMS-BH? Se sim, de que tipo?
6. O senhor acredita que os conselheiros usuários possuem informações a serem discutidas no CMS-BH? Eles estão capacitados?

### **Anexo 3**

Roteiro de entrevista individual realizada com representantes dos segmentos dos trabalhadores e dos prestadores de serviços

1. Como o senhor (a) chegou a participar do CMS-BH?
2. Qual foi o principal motivo que o levou a participar de CMS-BH?
3. Por que o senhor (a) considera importante participar do CMS-BH?
4. Para o senhor (a), qual é a importância do CMS-BH? (Compreender como os participantes sentem que os objetivos e as propostas do CMS-BH relacionam-se com seus próprios interesses)
5. Com que frequência o senhor (a) participa das reuniões e das conferências realizadas pelo CMS-BH?
6. Qual o segmento o senhor (a) considera mais importante? Qual deles tem mais poder?

## **Anexo 4**

### Categorias de análise das entrevistas semi-estruturadas

1. Trajetória de participação do conselheiro
2. Relações dos conselheiros representantes dos usuários com os demais segmentos
3. Relações dos conselheiros usuários com a comunidade
4. Motivações para a participação e identidade coletiva
5. Recursos de que dispõe o conselheiro para mobilizar a participação
6. Avaliação do conselheiro a respeito do CMS-BH
7. Interpretações sobre a participação

## **Anexo 5**

Categorias de análise das atas de reuniões do CMS-BH realizadas entre 15 de julho de 2004 e 15 de julho de 2005

1. Responsabilidades e administração interna do CMS-BH (planos de gestão, índices econômicos)
2. Orçamentos em saúde
3. Notícias e eventos em saúde
4. Propostas e votações
5. Comentários, comunicações ou esclarecimentos