

**LEGITIMIDADE DA REPRESENTAÇÃO EM  
CONSELHOS DE SAÚDE: O CASO DO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES**

MARCELO ELISEU SIPIONI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA, SETEMBRO DE 2009

# **LEGITIMIDADE DA REPRESENTAÇÃO EM CONSELHOS DE SAÚDE: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES**

**MARCELO ELISEU SIPIONI**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.

Aprovado em 29 de setembro de 2009.

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Zorzal e Silva  
Universidade Federal do Espírito Santo  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Helena Hahn Lüchmann  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello de Araujo  
Universidade Federal do Espírito Santo

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
Vitória, setembro de 2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

S618l Sipioni, Marcelo Eliseu, 1983-  
A legitimidade da representação em conselhos de saúde : o caso do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES / Marcelo Eliseu Sipioni. – 2009.  
152 f.

Orientadora: Marta Zorzal e Silva.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Participação social. 2. Governo representativo e representação. 3. Conselhos de saúde. 4. Conselhos gestores. I. Silva, Marta Zorzal e. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

---

*Àqueles que, para que eu alcançasse os objetivos da minha vida, dedicaram as suas: meus pais, Eliseu e Maria Dineusa (Pupina).*

## AGRADECIMENTOS

“Agradecimento”, no dicionário, significa “*reconhecimento*”. Eis uma virtude que vem sendo negligenciada pelo ser humano nestes tempos “modernos”. Tentarei aqui ir contracorrente a isso. Ninguém chega a algum lugar sozinho. Aliás, ninguém é alguém se estiver sozinho. Portanto, cada parágrafo destes agradecimentos representará passos importantes que me conduziram até aqui.

Começamos pelos meus professores, desde o pré, passando por todos do ensino fundamental, na Escola David Roldi, em São Roque do Canaã, os excêntricos e ótimos professores do ensino médio, no CEFETES, unidade de Colatina, chegando aos meus queridos mestres do curso de nutrição na UFV, culminando naqueles do mestrado que concluo agora. Personalizo este agradecimento geral, homenageando a Prof<sup>a</sup>. Marta Zorzal, pela atenção dada à realização deste trabalho, como orientadora e conselheira, em momentos em que eu achei que não seria possível, especialmente na sua conclusão. A todos meus sinceros agradecimentos pelo respectivo degrau que me ajudaram subir.

Aos amigos. Nomeá-los seria impossível. Cada um teve seu papel desempenhado com maestria. Como os queridos, eternos e especiais amigos da imortal “Turma M5” de meu ensino médio, com todos os seus “Zés” e “Marias”, que são a prova viva de que amizade verdadeira e sincera é feita pra existir pra sempre. Além destes, os muitíssimos amigos e (muito mais) amigas da minha vida universitária, especialmente do curso de nutrição, movimento estudantil e os companheiros da minha república. Agradeço também aos amigos da turma 2007 do mestrado em saúde coletiva, com os quais passei momentos agradáveis, de soma intelectual e pessoal em minha formação. Finalmente, aos amigos que não se encaixam nestas denominações, mas que não possuem importância menor por isso. A presença de cada um foi fundamental para eu me sentir presente na minha própria caminhada. A todos vocês, meu sincero “obrigado” por fazerem da minha vida um pedacinho das suas e vice-versa, e, por isso mesmo, torná-la mais interessante de se viver. No bojo desta lista, cabe inserir muitos pais, mães, alguns tios, tias e avós destes amigos, que sempre me acolheram tão bem em suas casas e que, por vezes, foram fonte de ajuda em momentos tão difíceis.

À Maria Fernanda, minha amada companheira, pela paciência, pelo amor, pela alegria diante de minhas vitórias, além dos deliciosos e motivadores lanches nos intervalos dos meus estudos. Todo esse carinho foi essencial para que eu não perdesse o foco. Obrigado por tudo. Obrigado também à sua família, os “Araujos”, que me acolheram tão bem nos dois últimos anos.

À minha família tão amada. Primeiramente, meus sobrinhos, João Victor, Pedro Lucas e Maria Eduarda (Duda), que, quando me sentia adulto demais, me faziam lembrar da beleza de ser uma eterna criança. Aos meus irmãos, de sangue ou não, pela paciência com minha ausência e pela eterna força e incentivo para que eu seguisse até aqui, sem questionar privilégios ou esboçar qualquer manifestação de descontentamento. Aos meus cunhados por fazerem meus irmãos e sobrinhos felizes. Aos meus tios, tias e à minha avó, pelo exemplo de convivência em família, unida e fraterna. Em especial, agradeço à Tia Marlene, e toda sua família, por me constituírem filho adotivo e me tratarem com tanto zelo e carinho. Pelos meus pais, que não importa o quanto de linhas, parágrafos ou páginas de agradecimento venha eu a escrever direcionados a eles, será sempre (sempre!) insuficiente para demonstrar a gratidão infinita que sinto pela presença marcante deles em toda a minha vida.

Não poderia deixar de agradecer aos conselheiros municipais de saúde do município de Vitória, especialmente àqueles representantes da sociedade civil, pela paciência e respeito à realização do meu trabalho. Aprendi muito com essas brasileiras e estes brasileiros que lutam pela melhoria da saúde pública em Vitória.

Por fim, obrigado àquele, por muitos chamado de Deus, pela presença em minha vida, mesmo quando eu mesmo a questioneei.

A todos, muito obrigado. A caminhada foi mais prazerosa com suas presenças.

## SUMÁRIO

Lista de Siglas -----	9
Lista de Tabelas -----	10
Resumo -----	11
Abstract -----	12
<b>INTRODUÇÃO: O debate atual sobre participação e representação -----</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I – CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL-----</b>	<b>19</b>
Reforma Sanitária: histórico e desdobramentos -----	20
Institucionalidade dos Conselhos de Saúde -----	25
Possibilidades e limites dos conselhos de saúde -----	27
Conselhos de Saúde: considerações finais -----	43
<b>CAPÍTULO II – DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO ----</b>	<b>44</b>
Participação e representação em conselhos gestores de políticas públicas --	44
Representação política em conselhos gestores: a busca por legitimidade ----	53
<b>CAPÍTULO III – A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES -----</b>	<b>59</b>
O município de Vitória -----	59
Movimentos sociais e a municipalização da saúde em Vitória/ES -----	60
A organização do sistema municipal de saúde -----	65
O Conselho Municipal de Saúde -----	67
<b>CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS -----</b>	<b>70</b>
O campo científico e suas discussões contemporâneas -----	70
Características do estudo -----	72
Proposta de análise: O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) -----	74

<b>CAPÍTULO V – PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES</b> .....	<b>79</b>
O perfil dos representantes .....	81
O perfil das entidades .....	86
A autorização para a representação .....	88
A prestação de contas como legitimadora da representação .....	98
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>125</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>138</b>

## **Lista de siglas**

**AC** – Ancoragem

**CCV** – Conselho Comunitário de Vitória

**CEB** – Comunidades Eclesiais de Base

**CMS-V** – Conselho Municipal de Saúde de Vitória

**CPV** – Conselho Popular de Vitória

**DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo

**ECH** – Expressões Chaves

**IAD 1** – Instrumento de Análise do Discurso 1

**IAD 2** – Instrumento de Análise do Discurso 2

**IC** – Idéia Central

**ONG** – Organizações não Governamentais

**OP** – Orçamento Participativo

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PMV** – Prefeitura Municipal de Vitória

**PPGSC** – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

**PSDB** – Partido da Social Democracia Brasileira

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UFES** – Universidade Federal do Espírito Santo

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1** – Faixa etária dos conselheiros entrevistados

**Tabela 2** – Grau de instrução dos conselheiros entrevistados

**Tabela 3** – Ocupação atual dos conselheiros entrevistados

**Tabela 4** – Envolvimento dos conselheiros com outras entidades

**Tabela 5** – Envolvimento dos conselheiros com outras entidades

**Tabela 6** – Documentação referida pelas entidades

**Tabela 7** – Frequência de publicação de atas/relatórios pela entidade

## RESUMO

Os conselhos gestores de políticas públicas emergiram no cenário brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988, que consagrou o princípio da participação social em diversos dispositivos constitucionais. Com isso, o ordenamento jurídico brasileiro passou a configurar uma arquitetura institucional híbrida, na medida em que privilegia a combinação entre representação e participação social. Esta última, assegurada via conselhos gestores, colocou em cena uma nova problemática teórica cujo foco recai na relação entre representação e participação. Isto porque o debate teórico tende a privilegiar ou a representação (Democracia Representativa) ou a participação (Democracia Participativa). Neste debate, ambas aparecem separadas enquanto formas constitutivas de modelos diferenciados de democracia. Porém, essa dualização tem desconsiderado uma dimensão essencial no que tange as experiências participativas que diz respeito à forma como se estruturam os processos de representação no interior dos espaços de participação. A premissa deste estudo, portanto, é a de que ambas as idéias são complementares, não antitéticas. A partir daí, buscamos averiguar no Conselho Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo, como se efetua as relações entre representantes e representados através de processos que vem sendo considerados, pela literatura recente, como determinantes da legitimidade desta relação: autorização e prestação de contas. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, em que utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC – para a organização das entrevistas visando mapear, portanto, algumas redes de articulações políticas, construídas no âmbito do Conselho, a fim de se evidenciar o quão legítimas são as relações de representação entre conselheiros da sociedade civil e suas respectivas entidades. Os resultados evidenciam alguns limites à representação no conselho estudado com evidente distanciamento entre o representante e sua base. Porém, alguns avanços também puderam ser observados em discursos que mostraram uma tentativa de alguns sujeitos de se aproximarem de suas entidades e estas, por sua vez, cobrarem dos seus representantes o retorno necessário para que a representação ocorra legitimamente. Tais achados não permitem concluir nada mais do que a necessidade evidente de se realizar mais estudos sobre esta temática.

**Palavras-chave:** Participação Social; Governo Representativo e Representação; Conselhos de Saúde; Conselhos Gestores.

## ABSTRACT

The Public Policies Management Councils emerged on the Brazilian scene with the 1988 Federal Constitution, which enshrined the social participation principle in various constitutional provisions. Thus, the Brazilian legal system has set up an hybrid institutional architecture, in that it focuses on the combination of representation and social participation. The latter, provided via management councils, put into play a new theoretical problem whose focus is the relationship between representation and participation, because the theoretical debate tends to focus on representation (representative democracy) or participation (Participatory Democracy). In this debate, both appear as separate constitutive forms of different models of democracy. However, this dualization has overlooked an essential dimension in terms of participatory experiences with regard to how to structure the processes of representation in participatory spaces. The premise of this study, therefore, is that both ideas are complementary, not antithetical. From there, we seek to ascertain in the Municipal Health Council of Vitoria, Espirito Santo, how the relationship between representatives and represented occur through a process that is being considered, by the recent literature, as determining the legitimacy of this relationship: authorization and accountability. This is a qualitative research, featured as a case study where we used the technique of the Collective Subject's Discourse – DSC – to organize the interviews in order to map, therefore, some political networks built within the Council, in order to show how legitimate is the representation relationship between civil society's counselors and their respective entities. The results show some limits to representation in the studied Council with a clear distance between the representative and its political base. However, some progress could also be observed. Some statements showed an attempt by some subjects in order to catch up with their entities and these, in turn, charge their representatives the return required to occur the legitimate representation. These findings do not suggest anything more than the obvious need to undertake further studies on this topic.

**Keywords:** Social Participation; Representative Government and Representation; Public Policies Management Councils; Health Councils.

## **INTRODUÇÃO: O debate atual sobre participação e representação**

A existência no cenário político brasileiro de instituições participativas demandadas em grande parte pela pressão popular pela liberalização do Regime Militar (1964-1985) gerou, a partir das mudanças político-institucionais consubstanciadas na Constituição de 1988, um aumento substancial na participação da sociedade civil na tomada de decisões relativas às políticas públicas. Assim, instituídos legalmente (no caso dos conselhos gestores de políticas públicas) ou sob políticas governamentais de partidos de esquerda, especialmente do Partido dos Trabalhadores (no caso do Orçamento Participativo), estas formas institucionais alargaram consideravelmente o pressuposto democrático do Brasil pós-1988. Instaurou-se, desta forma, um modelo híbrido de democracia no Estado brasileiro (AVRITZER, 2006) em que representação e participação estão combinadas.

Tal combinação nos dá uma pista do quão interessante torna-se a discussão do aumento da participação da sociedade civil nas decisões sobre as políticas sociais. Com a inserção destes novos atores em instâncias de tomada de decisões, surgem também novas formas de representação ligadas à sociedade civil. Formas estas que devem ser discutidas e analisadas diferentemente dos enfoques dados à representação parlamentar (AVRITZER, 2007), mesmo porque, como nos lembra Mendes (2007), é a esta forma – eleitoral – que se atribui a crise da representação política atualmente, já que esta se tornou pouco eficaz e deslegitimada a partir das últimas décadas do século XX. Tal crise evidencia-se em três aspectos, expostos por Miguel (2003): comparecimento eleitoral em declínio, desconfiança aumentada em relação às instituições políticas e, por fim, esvaziamento partidário. As críticas que tentam dar luz à tal crise, como nos lembra Pinto (2004), referem-se a formas alternativas de participação, no sentido de substituir a representação e de criar instrumentos que favoreçam a *accountability* ou prestação de contas. Contudo, Mendes (2007) nos alerta para um possível agravamento desta crise caso haja uma consonância destes novos formatos institucionais de representação com o modelo tradicional.

Vale ressaltar que o pano de fundo para essa discussão – a representação da sociedade civil em instâncias participativas – remete-nos inevitavelmente à teoria democrática em voga que, mesmo não sendo foco principal da análise aqui

sugerida, merece certa atenção. O fato é que houve uma disputa intensa durante o século XX entre várias concepções de democracia, resumidas em dois campos distintos politicamente: a Democracia Representativa e a Democracia Participativa (que serão resumidamente descritas *a posteriori*). Diversos autores vêm, entretanto, assumindo que longe de serem antagônicas, estas duas concepções devem ser complementares (AVRITZER, 2006; FERRAZ, 2006; SANTOS, 1999; SANTOS; AVRITZER, 2002). Sendo assim, é nesta combinação entre estas duas teorias que se estabelece a inevitabilidade da representação no interior de experiências de participação (LÜCHMANN, 2007).

O que se busca com tal discussão é uma normatização mínima que consiga estabelecer determinados pressupostos para o alcance da legitimidade da representação política em instituições participativas. Alguns autores que serão aqui discutidos, como Avritzer (2007), Borba e Lüchmann (2008), Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006), Lüchmann (2008; 2007), Urbinati (2006) e Young (2006), dentre outros, conseguem apontar caminhos interessantes, mesmo que por vezes conflitantes entre si, para se alcançar o objetivo do debate sobre o tema.

Contudo, como nos alerta Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006), a literatura sobre este assunto é ainda escassa. Se por um lado os teóricos da reforma democrática não cogitaram a questão da representação da sociedade civil em suas análises, os que propuseram uma reconfiguração da representação o faziam em nome de uma representação eleitoral, descartando discussões profundas sobre a configuração da representação na democracia participativa (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006). De todo modo, o debate é rico, crescente e promissor, requerendo constantes análises empíricas da forma como a representação política vem ocorrendo no contexto da participação da sociedade civil no país.

Os espaços institucionais à disposição no cenário brasileiro para a realização destas análises sobre a representação política em instâncias participativas como forma de alargamento da democracia são principalmente dois, como já citamos: os conselhos gestores de políticas públicas e o Orçamento Participativo (OP)<sup>1</sup>. Quanto a este

---

<sup>1</sup> Avritzer (2008) faz uma interessante comparação do poder de alargamento da democracia que ambos os espaços parecem oferecer, bem como a dependência que os mesmos têm do Poder

segundo elemento da democratização do Brasil, que vem proporcionando uma diversidade de trabalhos<sup>2</sup>, não o utilizaremos em nossas análises. Sendo assim, focaremos nossa atenção e discussão sobre o potencial que os conselhos gestores têm em democratizar, efetivamente, a participação da sociedade civil nas tomadas de decisões. Desta forma, partimos da premissa de que a criação dos conselhos busca romper com a enorme distância da política em relação ao senso comum e retirar a exclusividade dos representantes políticos tradicionais em propor estratégias, escolhas e decisões somente via democracia eleitoral (BORBA; LÜCHMANN, 2008).

Para iniciarmos esse caminho, partimos, então, da Constituição Federal de 1988, que contemplou uma série de reivindicações populares que vinham ocorrendo em prol da redemocratização do Estado brasileiro. Dentre elas estava a participação da sociedade civil na tomada de decisões. Desta forma, a idéia dos conselhos gestores foi tomando forma embasada na Carta Magna, a partir das subseqüentes leis orgânicas das diversas áreas temáticas de políticas públicas (saúde, educação, assistência social, cultura, segurança alimentar e nutricional sustentável – este último mais recentemente, dentre outros). A diversidade de autores que se propuseram a estudar e trazer ao campo teórico a atuação dos conselhos gestores, de uma maneira geral e sob suas várias possibilidades temáticas, é imensa<sup>3</sup>. Porém, reduzindo ainda mais nosso foco de atenção, nos preocuparemos em estudar a questão da representação da sociedade civil em conselhos de saúde, por entendermos que, mesmo mediante tantos limites, estes conselhos vêm merecendo destaque no cenário nacional quanto à efetivação de seu ideário democratizante.

Tais conselhos setoriais parecem ser os mais visados pela literatura, nos proporcionando uma quantidade considerável de trabalhos que por um lado nos alicerçam, haja vista a infinidade de informações que esta vasta literatura nos

---

Executivo para que ocorram. Assim, o autor conclui que enquanto o OP possui um elevado poder democratizante, apresenta também elevada dependência de vontade política para que ocorra. Em contrapartida, os conselhos gestores, por estarem previstos na legislação atual, não possuem tanta dependência do Executivo para que sejam implementados, mas apresentam um mediano poder de democratização.

<sup>2</sup> Para o tema dos OP recomenda-se: Avritzer (2008; 2006); Carlos (2007); Sánchez (2004); Santos (2002).

<sup>3</sup> Para citar alguns: Côrtes (2007), Ferraz (2009), Fuks (2002), Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003), Gohn (2007), Lüchmann (2002), Oliveira (2009), Tatagiba (2002) e Wendhausen, Barbosa e Borba (2006).

oferece, e por outro lado nos acrescentam ainda mais dúvidas a respeito do tema de estudo aqui proposto, levando-se em consideração que raros trabalhos debruçaram-se sobre o assunto da representação política nestes espaços. Sendo assim, questões vêm sendo amplamente discutidas a respeito dos conselhos de saúde por esses diversos autores, tais como seu processo de implementação no Brasil (CARVALHO, 1995), os conflitos entre os setores representados (CÔRTEZ, 2002), o perfil socioeconômico dos conselheiros usuários (GERSCHMAN, 2004b; LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002, VAN STRALEN et al., 2006, e outros), a qualificação dos conselheiros e os conflitos entre os saberes popular e técnico (CORREIA, 2005; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005; VALLA, 1998; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002), a determinação e discussão da pauta e efetivação ou não pelo Poder Executivo das deliberações ali tomadas (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006; LABRA, 2005; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; VAN STRALEN et al., 2006), a efetividade de sua função deliberativa diante das demais funções existentes – consulta e vocalização de demandas, por exemplo – (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006), o acesso a recursos administrativos (CARVALHO, 1995; GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005), a administração do Fundo Municipal de Saúde (CORREIA, 2000), para citar alguns. Contudo, como dito antes, poucos trabalhos buscaram se aproximar do estudo da representação política nestas instâncias, em que atores sociais coletivos tornam-se representantes (FERRAZ, 2009), limitando-se a uma análise que, mesmo quando há preocupação em adentrar as relações entre representantes e representados, apenas tangenciam a teoria democrática e da representação política sem nela se apoiar ou contemplar profundamente (CORREIA, 2000; GERSCHMAN, 2004b; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002)<sup>4</sup>.

Diante de tantas dificuldades teóricas em relação a um difícil consenso a respeito da legitimidade de espaços representativos, o qual Arato (2002) supõe que possivelmente jamais acontecerá, buscamos nos guiar por autores que defendem concepções não radicais de participação e representação, mas que salientam a importante conexão entre os representantes e suas bases, como será mostrado pela

---

<sup>4</sup> O único achado mais compatível com nossos objetivos refere-se ao interessante trabalho de David (2005), que terá papel fundamental na discussão de nossos resultados. Além disso, um interessante trabalho foi realizado em São Paulo que se empenhou em estudar o modo como ocorre o processo de escolhas dos representantes da sociedade civil em conselhos de saúde, e que também terá importância considerável em nossa análise (COELHO; VERÍSSIMO, 2004)

sugestão de Young (2006) e defendida por autores como Lüchmann (2007) e Pinto (2004). Sendo assim, os autores vêm convergindo para uma visão não maniqueísta em relação a formas delegativas ou fiduciárias de representação (BOBBIO, 2000; LÜCHMANN, 2007; PITKIN, 1979; YOUNG, 2006), argumentando que para uma representação real possível, ambas as formas devem estar conjugadas (YOUNG, 2006) de maneira que elas se apresentam corretas sobre alguns aspectos e incorretas sobre outros (PITKIN, 1979). Desta forma, o que determinará a legitimidade da representação não é por si só (e apesar de muito importante) o representante e seus laços com a base representada. Ela dependerá também e em grande medida do grau ativo da participação da sociedade civil (LÜCHMANN, 2007) de modo a estabelecerem também entre si uma conexão capaz de efetivar processos legítimos de autorização e prestação de contas durante todo o mandato do representante (URBINATI, 2006; YOUNG, 2006). Young (2006) argumenta que o grau de importância de mecanismos legítimos de autorização e prestação de contas se deve ao fato de que eles amenizariam o problema inerente à representação, que é o de haver um só para muitos. Veremos que a autora baseia-se numa característica não identitária de representação e que para isso, proporá uma espécie de representação por perspectiva social compartilhada entre representantes e representados, e não por opiniões ou interesses dos mesmos (YOUNG, 2006).

Parece-nos claro, portanto, que a legitimidade da representação nos espaços representativos da sociedade civil, mais especificamente nos conselhos de saúde, dependerá das posturas tanto do representante quanto dos representados mediante o mandato que exercerá o primeiro. Sendo assim, Borba e Lüchmann (2008) parecem estar corretos ao definirem os critérios que possibilitam uma avaliação da legitimidade da representação, quais sejam: o perfil socioeconômico dos representantes, a pretensão de legitimidade pelos mesmos, ou seja, os sentidos que estes atribuem à representação, e, por fim, os mecanismos de autorização e prestação de contas.

Sob estas lacunas literárias a respeito da representação política em conselhos de saúde e procurando contribuir com respostas empíricas às tentativas teóricas que buscam dar um novo olhar sobre o tema é que se escora a justificativa para este trabalho, que terá como objeto específico o Conselho Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Assim, o objetivo central de nosso trabalho é verificar se o formato em que vem se dando a representação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES é legítima quanto à autorização e à prestação de contas dos representantes para com os representados, sendo que os objetivos específicos para tal são: a) averiguar as formas com que os representantes foram autorizados a representarem seus respectivos segmentos no conselho em questão; e b) analisar as formas de vínculos entre os representantes e os representados de forma a originarem ou não um processo de prestação de contas contínuo durante o mandato dos primeiros.

A metodologia para alcançarmos tais objetivos é ancorada na abordagem qualitativa e os dados serão organizados segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC – proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003) e se encontra devidamente detalhada a seguir, no capítulo IV.

O material de revisão bibliográfica é fruto de intensa e exaustiva leitura dos muitos trabalhos das diferentes áreas que compõem o universo desta pesquisa. Para tal, foi necessária uma imersão tanto do campo específico da saúde coletiva, desde a reforma sanitária até a institucionalização da participação social em saúde, quanto da ciência política e suas questões referentes às teorias da democracia e seus desdobramentos inerentes à participação e representação política.

Dessa forma, os capítulos que compõem este trabalho manifestam a amplitude do tema aqui proposto para análise. No Capítulo I, debruçamo-nos sobre a questão específica do setor saúde, ressaltando primeiramente, os marcos históricos da chamada Reforma Sanitária e suas conseqüências para a institucionalização da participação social na área da saúde em todo o Brasil. Em seguida, apoiando-nos na vasta literatura brasileira sobre conselhos gestores de políticas públicas, em especial os conselhos de saúde, identificamos as discussões que apontam os limites e as possibilidades que os permeiam quanto à sua atuação e preparação técnica e política dos conselheiros.

O Capítulo II aborda conceitos, idéias e preceitos que envolvem a questão da participação e representação no bojo da teoria participativa de democracia em contraposição à democracia representativa. Os autores discutem sobre formas

teoricamente ideais de representação em instituições participativas, como os conselhos gestores, e buscam caracterizar a legitimidade desta representação sob a ótica da prestação de contas e da autorização dos representantes.

O Capítulo III contextualiza o município de Vitória-ES especialmente quanto ao seu processo de democratização e mobilização social nas décadas de 1980 e 1990, bem como as conseqüências deste processo para a construção do setor saúde no município até os dias atuais. Além disso, nos trás a história da institucionalização do Conselho Municipal de Saúde e as características e composição de sua atual gestão.

No Capítulo IV contemplamos a metodologia de nosso estudo. Primeiramente, buscamos fazer um breve resumo das discussões que permeiam a ciência e seus paradigmas (emergente e dominante) para compreendermos sob quais bases epistemológicas se fixam a metodologia proposta. Posteriormente procuramos detalhar as características do estudo, bem como da técnica escolhida para organização dos dados qualitativos, a saber, o Discurso do Sujeito Coletivo.

Finalmente, o Capítulo V busca analisar o processo de representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória sob a luz dos dados obtidos através das entrevistas realizadas com os representantes e os membros da mesa diretora das entidades representadas. Os achados apontam limites e possibilidades sobre o processo representativo neste espaço, de forma que muito ainda necessita ser aprofundado para que conclusões consistentes possam ser construídas.

Desta forma, é importante ressaltar que o esgotamento deste assunto ainda está longe de ser uma realidade. Mais estudos devem ser direcionados a estes objetivos, com novas metodologias que sejam capazes de elucidar os mecanismos que tornem a representação política nos conselhos gestores uma forma real de prática democrática participativa.

## **Capítulo I – CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL**

A implantação de uma gestão compartilhada no setor saúde entre governo e sociedade civil através das conferências e dos conselhos de saúde são, indubitavelmente, uma das maiores conquistas a que se pode referir quando tratamos da transição democrática no Estado brasileiro na década de 1980. Pela primeira vez na história do país a população conquistou o direito de decidir os caminhos de uma determinada política pública, além de controlar e fiscalizar as ações do Estado com respaldo constitucional. O termo “conquistou” tem aqui um sentido amplo e verídico, já que a participação social foi uma das bandeiras do denominado Movimento Sanitário, que enfrentou a forte opressão do governo militar do pós-64 e conseguiu estabelecer na Constituição de 1988 suas principais reivindicações, dentre elas, o controle social na saúde.

Passados 18 anos de sua institucionalização legal pela Lei 8.142/90, os conselhos de saúde bem como as conferências vêm sendo alvos de elogios e orgulho, por um lado, até por se tratarem de uma inovação democrática no mínimo audaciosa, e, ao mesmo tempo, como veremos de acordo com grande parte da literatura sobre o tema, sendo criticados sob a perspectiva da subutilização em sua lógica de atuação. Governo e, principalmente população, apresentam-se apático e impotente, respectivamente, na tentativa de fazer deste instrumento político uma ferramenta para melhorar a qualidade dos serviços prestados em saúde. Não conseguem se livrar de heranças históricas como o clientelismo, a que d’Avila Filho (2008) chama de “termo guerreiro” na história do Brasil e que não se restringe ao atraso ou miséria, sendo praticado tanto em países pobres como ricos. Soma-se ao clientelismo, o paternalismo e a excessiva burocracia que permeiam a esfera governamental no Brasil. Assim sendo, destacam-se vários entraves derivados destas lógicas supracitadas em relação à atuação dos conselhos de saúde. Porém, antes é necessário conhecermos um pouco mais a fundo a história do processo de democratização do setor saúde no Estado brasileiro. Para tal, mostraremos, mesmo que sucintamente, como se deu o processo político de disputa entre setores sociais e governo em prol de um projeto de reforma sanitária que contemplasse preceitos democráticos, igualitários e sociais. Posteriormente faremos, então, uma abordagem específica da literatura que referenda os limites e possibilidades dos conselhos gestores de políticas públicas, enfatizando, neste bojo, os conselhos de saúde.

## **Reforma Sanitária: histórico e desdobramentos**

A saúde no Brasil foi historicamente alvo de políticas excludentes de um país que pouco avançou no que diz respeito ao processo de construção da cidadania até a década de 1990. Governos populistas, autoritários, desenvolvimentistas e democráticos se intercalaram desde a Era Vargas, alimentando os traços de uma cultura política que desde a colonização brasileira vem acentuando a exclusão das camadas populares no Brasil (CARVALHO, 2004), até culminar no mais sólido processo de democratização ocorrido até então, com conquistas jamais observadas na história e participação ativa da sociedade civil nos projetos democratizantes que se opunham ao regime militar ocorrido entre 1964 e 1985. Desta forma, o setor saúde, como diversos outros elementos da política social brasileira, chega castigado aos anos de 1980 com características marcadamente mercadológicas e assistencialistas, respondendo aos anseios de corporações dos profissionais médicos e donos de hospitais, planos privados de saúde, além das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, em detrimento do atendimento eficiente e eficaz à população brasileira (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005; GERSCHMAN, 2004a).

Até a década de 1980 a saúde não era direito de todos, cabendo às Santas Casas de Misericórdia o papel filantrópico de assistir os indigentes e trabalhadores informais quanto aos cuidados de saúde, caracterizando um setor cada vez mais atrelado à lógica do capital e às exigências de agências financeiras internacionais. Assim, a saúde era tida como bem de consumo desde a década de 20, sob o ideário das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs e posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, já na década de 30, que culminariam num instituto nacional único – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Todos destinados apenas aos trabalhadores formais (CORREIA, 2000).

Assim, como bem discutem Sposati e Lobo (1992), o usuário deveria ser visto como consumidor e, portanto, estaria inserido nas estratégias de intervenção de uma conjuntura que deseja naturalizar a doença como ocorrência normal de qualquer indivíduo, sugerindo que também o consumo para a cura deva ser naturalizado. Esta mercantilização da saúde, ainda influente nos dias de hoje, propõe, como nos lembra Correia (2000), que:

“as instituições públicas cumprem o papel de atender à população pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que o papel central no sistema de saúde é ocupado pelas empresas médicas ou agências seguradoras – representantes do grande capital”<sup>5</sup> (p.39).

Esta visão desagradava cada vez mais setores reformistas da sociedade e se somavam às diversas políticas autoritárias e repressivas advindas do governo militar da época. Gerou-se assim um forte sentimento de contraposição por parte de setores da sociedade civil, que passaram a reivindicar políticas inclusivas, especialmente no setor saúde.

À frente desta pressão popular em prol de uma proposta de Reforma Sanitária estava em destaque o chamado Movimento Sanitário. Este se inseria num conjunto de atores que emergiram nesta época com o objetivo de lutar por liberalização política e justiça social, sentimentos que se apropriaram de grande parte da sociedade brasileira durante o regime ditatorial imposto pelos militares a partir de 1964. Composto por intelectuais, médicos e lideranças do Partido Comunista Brasileiro, este movimento instigou as principais reivindicações nacionais à Reforma Sanitária brasileira. Bastante influente, foi aos poucos alcançando espaços estratégicos no governo (CARVALHO, 1997; GERSCHMAN 2004a), especialmente no interior do Ministério da Previdência Social, responsável pela imensa maioria dos recursos em saúde da época, ampliando as idéias pouco progressistas lançadas por este órgão, no sentido de proporcionar avanços sociais no setor saúde, tais como a valorização do setor público ao invés do privado, implementação das AIS – Ações Integradas de Saúde – e a participação da sociedade na condução da política de saúde (GERSCHMAN, 2004a).

Tanto foi a influência deste movimento na redefinição por melhorias no setor, que conseguiu em 1986 mobilizar governo e sociedade na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ponto culminante das vitórias do Movimento Sanitário para a reestruturação do sistema nacional de saúde. Participaram deste evento um número jamais ocorrido de representantes da sociedade civil que, pela primeira vez na história das conferências nacionais, teriam poder de deliberar em número significativo sobre as políticas de saúde juntamente com os demais setores

---

<sup>5</sup> Apesar disso, a análise de Fuhrmann (2004) salienta que as expectativas de lucros das empresas privadas de saúde não foram alcançadas.

governamentais e privados de interesse na área. Os objetivos principais da VIII Conferência eram exatamente compor um novo paradigma em saúde (AVRITZER et al., 2005), uma reestruturação com vistas a democratizar e universalizar o sistema de maneira eqüitativa através da criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Além disso, buscava propor um conceito ampliado de saúde e definir responsabilidades em cada esfera governamental através da descentralização dos serviços (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998). Tais objetivos vieram a subsidiar a formulação dos capítulos referentes ao tema na Constituição Federal que seria posteriormente promulgada, em 1988.

Infelizmente, como nos lembra Gerschman (2004a), posteriormente a estas conquistas, houve estagnação do processo em âmbito governamental. Mesmo com a instituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, prevista para dar prosseguimento às resoluções tiradas na VIII Conferência e efetivá-las em âmbito governamental, observou-se uma não efetivação dos preceitos reformistas. Tal comissão, proposta pelo Ministério da Saúde, deveria ser constituída de forma paritária. Porém, o procedimento utilizado para organizar e compor a comissão acabou por reduzir do ideal de 11 representantes populares para apenas seis, sendo a maioria ocupada pelo governo, parlamentares e prestadores privados (GERSCHMAN, 2004a). Mesmo assim, o Movimento Sanitário não se calou e continuou a pressionar o governo para que as deliberações da referida conferência não fossem esquecidas, de forma que a Assembléia Constituinte acabou por acatar tais exigências populares, incluindo-as na Carta Magna.

Como forma de adiantar algumas destas reivindicações e assegurar que ao menos algumas seriam ouvidas e, assim, amenizar a pressão popular que continuou após a VIII Conferência, em 1987 foi criado o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, sob forte pressão popular sobre o governo, que viria a ser uma prévia do que posteriormente viria a ser o SUS. O SUDS estabeleceu a criação de instâncias colegiadas de participação, as comissões interinstitucionais de saúde, sendo que algumas – as Comissões Interinstitucional Municipal e Local de Saúde (CIMS e CLIS) – já contavam com a participação da sociedade civil organizada, e as demais, a Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) e a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), tinham apenas participação dos prestadores de serviço em saúde

e governo (CORTES, 2002; LABRA, 2005). De qualquer forma, é inegável que estas instâncias colegiadas se firmaram como grande avanço no que diz respeito ao controle social na saúde e vieram a dar suporte organizacional para a futura implantação dos conselhos de saúde em todo o país.

A idéia de conselhos gestores, contudo, não é novidade na história do Brasil (CARVALHO, 1995; CORTES, 2002) e muito menos do mundo (GOHN, 2007). O próprio Conselho Nacional de Saúde existe desde 1937, mas com funções bem distintas das de hoje, com a tarefa apenas de assistência e sem nenhum caráter de *locus* de participação da sociedade (CARVALHO, 1995). A novidade advinda da reforma refere-se às formas e aos atores envolvidos, assegurando sua participação.

Só com o advento das pressões populares a partir da década de 1970 é que a sociedade passou a usufruir, mesmo que de forma incipiente, de mecanismos participatórios no sistema de saúde. Nesse novo ideal de conselhos gestores, emergente na democracia brasileira atual, há a inserção de poder deliberativo e um caráter permanente em seu funcionamento que supera em muito as concepções antecedentes de conselhos, além de superar também as experiências conselhistas restritas à fiscalização e consulta ocorrentes em outros países (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

A participação como novo fenômeno social brasileiro passou, portanto, a ser um dos focos de reivindicação popular e, conseqüentemente, das análises da literatura. Citamos aqui, por exemplo, Pedro Demo (1993), que destinou uma de suas obras a esclarecer o que viria a ser essa participação, ressaltando seus objetivos que para o autor seriam: autopromoção, realização da cidadania, implementação de regras democráticas do jogo, controle do poder, controle da burocracia, negociação e criação de uma cultura política que naturalize as regras democráticas e os demais objetivos citados.

No setor saúde a questão da participação vem sendo analisada exaustivamente, como veremos mais adiante nos diversos estudos sobre conselhos de saúde. Para que possamos entender como se deu o processo histórico de construção do ideal participacionista no setor estudado atualmente, apontamos as discussões de Carvalho (1995), que nos indica três estágios principais de participação da

sociedade ocorridas no setor saúde brasileiro. A primeira refere-se ao que o autor chamou de participação comunitária, surgida com o advento da Medicina Comunitária sob os moldes norte-americanos, em que a população participava do processo de implementação das ações em saúde, cabendo a ela praticamente nenhum poder de decisão. Posteriormente, como forma de avanço à idéia anterior, emerge o que o autor denominou de participação popular, que salienta a participação do povo na tomada de decisões e não simplesmente na efetivação das ações. Esta surge sob a ascensão dos chamados movimentos sociais urbanos como resposta a um Estado excludente, em que se favorecia aos já favorecidos, e amplia conceitos minimalistas da participação comunitária, de forma a combater o Estado e não apenas completá-lo<sup>6</sup>. Por fim, diante da evolução conceitual concebida pela reforma democrática do Estado brasileiro no pós-ditadura, formula-se uma concepção ampliada de participação, a participação social. Esta se diferenciava das anteriores por admitir um debate entre as diferentes partes que compunham um determinado tema em espaços institucionalizados de discussão, aceitando-se os diferentes projetos políticos presentes numa sociedade, além de se exigir do Estado que acatasse as decisões tomadas por esse processo de participação.

Sob a égide da emergência desta nova concepção, da criação do Partido dos Trabalhadores e de pressões populares acentuadas, são criados os Conselhos Populares da Zona Leste de São Paulo, com o apoio da Igreja, estudantes de medicina e médicos sanitaristas (CORREIA, 2000). Era, então, a primeira experiência de participação social sobre decisões a respeito da saúde e saneamento que o Brasil presenciava já na segunda metade da década de 1970.

Também sob a perspectiva da participação social surge a concepção de controle social, porém agora em um sentido invertido ao termo utilizado comumente pela sociologia. Assim, o controle social passa a ser entendido como o controle do Estado pela sociedade, contrapondo-se ao controle da sociedade pelo Estado (CARVALHO, 1997; 1995; CORREIA, 2005; 2000). Tal inversão deu-se em grande medida devido a uma inversão que ocorreu no olhar do Estado sobre a participação, de aversão à necessidade (TATAGIBA, 2005), como veremos mais adiante. O

---

<sup>6</sup> As expressões “combater” e “completar” são utilizadas explicitamente pelo autor como forma de diferenciar o papel dado à sociedade em relação às políticas e ações em saúde do Estado nas diferentes etapas descritas pelo mesmo.

controle social emerge, assim, com a função de fiscalizar o Estado a não transgredir daquilo que deveria ser seu foco de atenção (CARVALHO, 1995), orientando suas ações e gastos públicos (CORREIA, 2000).

Estas seriam, portanto, as funções centrais dos conselhos de saúde no âmbito das políticas de saúde no Brasil, resumindo-se na brilhante colocação de Carvalho (1997), o qual expõe que o maior alcance democrático dos conselhos seria “fazer pesar na definição de interesses públicos as demandas e necessidades dos setores com menos presença nas arenas políticas tradicionais” (p. 107).

## **Institucionalidade dos conselhos de saúde**

Constituídos a partir das orientações constitucionais, que determinam que o sistema de saúde brasileiro deva contar com a participação da comunidade (BRASIL, 1988: art. 198), no ano de 1990, os conselhos de saúde, bem como as conferências<sup>7</sup>, foram institucionalmente legalizadas pela Lei 8.142/90 que determinou ainda que 50% dos conselheiros deveriam ser representantes de entidades da sociedade civil, de forma que as demais cadeiras deveriam ser divididas entre governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde (BRASIL, 2007b).

Com a municipalização da saúde (OLIOSA, 1999; SILVA, 2001), o Governo Federal definiu algumas normas para que o município pudesse receber e gerir recursos próprios, sendo que a instalação do conselho de saúde era um dos mais importantes requisitos para tal repasse financeiro (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Como resultado, em 1993, os conselhos de saúde já eram pouco mais de 2.100 em todo o país, nas três esferas de governo (CARVALHO, 1995) e em 2005, cerca de 5.700 (LABRA, 2005)<sup>8</sup>. Cabe lembrar que o Estado do Espírito Santo, em 1993, já tinha 90% de seus municípios com conselhos de saúde, perdendo apenas para o Estado de Santa Catarina, com 95% (CARVALHO, 1995).

---

<sup>7</sup> Cabe lembrar que conferências de saúde, em âmbito nacional, já existiam. O que a Lei 8.142/90 fez foi democratizar a participação desta e criar as conferências de saúde em todos os outros entes da federação, também com caráter democrático.

<sup>8</sup> Labra (2005) nos lembra que este aumento se deu também devido ao crescimento significativo do número de municípios brasileiros e, conseqüentemente, do número de conselhos municipais de saúde.

Como citamos anteriormente, no caso específico da saúde, os conselhos são constituídos legalmente por meio de uma formação paritária entre os usuários do sistema e os demais segmentos (prestadores de serviços, gestores e profissionais da saúde). A Resolução n.º 333 do Conselho Nacional de Saúde amplia tal entendimento e exemplifica as representações possíveis, além de estabelecer que a representação tenha como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito do conselho de saúde. Desta forma, estão aptas para atuarem nos conselhos de saúde as seguintes instituições: associações de portadores de patologias, associações de portadores de deficiência, entidades indígenas, movimentos sociais e populares organizados, movimentos organizados de mulheres em saúde, entidades de aposentados e pensionistas, órgãos sindicais, entidades de defesa do consumidor, organização de moradores, entidades ambientalistas, organizações religiosas, trabalhadores da área de saúde (associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe), comunidade científica, entidades públicas (de hospitais universitários e hospitais de campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento), entidades patronais, entidades de prestadores de serviço de saúde e representações do governo (BRASIL, 2003).

Além dessa característica importante (a multi-representatividade), os conselhos de saúde foram criados como órgãos permanentes e com poder deliberativo, de forma que as decisões ali tomadas devam ser respeitadas e acatadas pelo executivo da esfera governamental correspondente. Esse poder de deliberar sobre as políticas de saúde é um diferencial importante desta experiência participativa em comparação com outros países, onde os conselhos ou similares possuem poderes restritos de consulta ou mero controle fiscalizador (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Como se pôde notar, a conquista que representou a criação dos conselhos de saúde gera possibilidades para uma profunda democratização do setor saúde brasileiro já que, com eles, assegura-se que os beneficiários das práticas de saúde participem de forma ativa através de representantes de entidades civis, da formulação e fiscalização das políticas de saúde em sua respectiva esfera governamental. Nota-se também que este processo foi resultado de um amplo debate que inseriu um discurso contra-hegemônico no setor saúde, vocalizado especialmente pelo Movimento Sanitário, permitindo conquistas extremamente relevantes, mesmo com

os inúmeros obstáculos impostos pelos governos ao longo do processo. Somados à cultura política brasileira, desfavorável à proposta participacionista, estes entraves geraram uma série de limitações que vêm sendo atribuídas aos conselhos gestores em geral e em especial aos conselhos de saúde.

## **Possibilidades e limites dos conselhos de saúde**

Os conselhos gestores de políticas públicas estão, como vimos, inseridos no rico debate sobre a democratização do país nas últimas décadas, quando a sociedade civil passa a lutar por direitos básicos em prol do fim das desigualdades (TELES, 1994). Cabe, portanto, ressaltar a pertinência das análises de Pereira (2002) para que compreendamos melhor esse tema. Segundo a autora, o peso das desigualdades sociais seria amenizado através do que chamou de pluralismo institucional, em que o Estado conseguiria amenizar a histórica e emblemática dicotomia entre direitos individuais e direitos sociais, tão bem discutidos pela autora, em prol de uma atuação que leve em conta o conjunto destes, sem desconsiderar um ou outro. Dentro deste contexto, estaria inclusive o incentivo ao controle democrático, via participação social (PEREIRA, 2002). Daí a forte correlação, defendida também por Martins et al. (2008), entre cidadania, tal como discutida por Carvalho (2004), e participação social via conselhos de saúde.

Assim, os conselhos gestores se incluem no cenário político brasileiro como resultado de uma conquista histórica e sem precedentes. Conquista que, segundo Gohn (2007), é extremamente importante já que, longe de serem apenas uma abertura espontânea do governo à participação da sociedade civil, os conselhos gestores são frutos de lutas e demandas populares, culminadas numa pressão da sociedade civil pela democratização do país. É sobre essa premissa, a da participação como conquista, que Demo (1993) discorre sobre o tema, enfatizando que não pode a participação deixar de significar, antes de tudo, “processo”. Participação suficiente, completa, é segundo este autor, inexistente. Além disso, não deve ser entendida como dádiva, mas sim como produto de conquista e geradora de autopromoção. Também não pode ser entendida como concessão, porque é eixo fundamental da política social e não favor. Tampouco participação é algo

preexistente, pois não “cai do céu” e não é o primeiro passo. Para que haja o primeiro passo, é necessário haver, antes, dominação (DEMO, 1993: p. 18).

Gohn (2007) salienta, assim como Gerschman (2004a), o fato de que estas instâncias participativas foram concebidas contracorrente às reformas do Estado propostas pela agenda neoliberal e que vinham se efetivando sob os olhos atentos das agências financeiras internacionais. Como consequência, as políticas neoliberais, com sua lógica de mercado, favoreceram a criação de duas concepções de sistema de saúde: uma pública, destinada aos pobres e composto pelo SUS, outra privada, para os favorecidos financeiramente e na qual a clientela escolhe a forma de atendimento, sendo que, quando o procedimento se mostra complexo e caro demais, transfere-se para o setor público. Tal divisão resultou no que foi descrito como universalização excludente (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998; SILVA, 2001).

Os efeitos do neoliberalismo sobre os conselhos de saúde e sobre o setor saúde como um todo (CORREIA, 2000) acabariam por ampliar as contradições, portanto, de um Estado mais preocupado em agradar às elites do que às classes pobres. Tais contradições estão inseridas no contexto das disputas pelo modelo de democracia em construção no âmbito das reformas políticas e institucionais, em curso a partir do final dos anos oitenta na América Latina, marcado pelo que Dagnino (2004; 2002) chama de “confluência perversa”.

“Por um lado, a constituição dos espaços públicos representa o saldo positivo das décadas de luta pela democratização, expresso especialmente – mas não só – pela Constituição de 1988, que foi fundamental na implementação destes espaços de participação da sociedade civil na gestão da sociedade. Por outro lado, o processo de encolhimento do Estado e da progressiva transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil, que tem caracterizado os últimos anos, estaria conferindo uma dimensão perversa a essas jovens experiências.” (DAGNINO, 2004, p. 97)

Sendo assim, a Reforma Sanitária aparece como veto aos preceitos minimalistas da receita neoliberal, exatamente por oferecer generosidades universalistas (CARVALHO, 1997). Por outro lado, Frey (2004) nos insere numa perspectiva de gestão pública que entende alguns acordos, apontando para uma aceitação de

contrários. Ou seja, ao mesmo tempo em que defensores do gerencialismo no funcionalismo público, conservadores por natureza, passam a aceitar preceitos participativos, progressistas participacionistas entendem que questões da teoria gerencial podem ser utilizadas no interior da máquina estatal. Uma razão bem simples a essa maleabilidade bilateral é exposta pelo autor: ambas buscam legitimidade (FREY, 2004).

Porém uma compreensão aprofundada deve ser feita sobre essa inversão. Nesse sentido, Tatagiba (2005) nos oferece algumas explicações para que entendamos os motivos que levaram a participação de aversão à necessidade no funcionalismo público pelos gerencialistas. Antes, especialmente na década de 1970, esta corrente conservadora entendia que quanto mais democracia e participação, menor seria a governabilidade democrática<sup>9</sup>, uma vez que traria consigo uma quantidade enorme de demandas sociais, incompatíveis com o orçamento do governo destinado aos gastos públicos. Na década de 1990 há uma inversão ideológica, de forma que o ideal neoliberal trazia consigo a necessidade de incluir a sociedade na tomada de decisões, incentivando, desta forma, a participação. Tal concepção era estritamente voltada ao combate à pobreza como forma de dar maior estabilidade à política e à economia. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que propunha diminuir a pobreza, o Estado passou a reduzir gastos públicos e pôr em prática uma agenda de conceitos minimalistas. Sua concepção de participação era limitada, de forma a assegurar uma democracia de baixa intensidade (TATAGIBA, 2005).

Uma dúvida pertinente seria, portanto, a de como o neoliberalismo conseguiu tamanho êxito numa sociedade brasileira que aprendera, finalmente, a reivindicar. Fuhrmann (2004) tenta dar uma resposta que direciona para o fato de a população estar temerosa diante dos vinte e cinco anos antecedentes de ditadura, além das idéias correntes sobre as desvantagens de um Estado de bem-estar social em decadência depois da crise de 1970 e do risco corrente de inflação<sup>10</sup> (PEREIRA, 2002). Somando-se a isso, Fuhrmann (2004) ainda acrescenta que a sociedade passou a ver nos ideais neoliberais – igualdade e liberdade – uma forma de se

---

<sup>9</sup> Idéia defendida, inclusive, por Bobbio (2000).

<sup>10</sup> Quanto ao risco de inflação, o Estado neoliberal mostrou-se realmente capaz de reduzir os índices de inflação no que Pereira (2002) chamou de êxito perverso, uma vez que o fazia em detrimento da distribuição de renda, aumentando os índices de desigualdade social.

conquistar a democracia, já que vinham lutando por participação nas decisões a respeito das políticas públicas.

Tantos pontos de divergências e aparentes ambigüidades colocam os conselhos como espaços onde o consenso sobre sua validade ou eficácia provavelmente jamais acontecerá, haja vista as diversas concepções analíticas direcionadas a eles atualmente (BRAVO, 2006; CARVALHO, 1997). Porém, não podemos esperar algo diferente de uma arena política plural e rica como são os espaços institucionais de participação social.

Os conselhos de saúde apresentam-se como um notório meio de incluir minorias, dar voz a antigos grupos marginalizados e concretizar, assim, a noção participativa de democracia, já que possibilitam a participação dos mais variados grupos sociais, como demonstrado na Resolução nº. 333. Nota-se que esta Resolução especifica não só as possíveis representações dos usuários, mas de todos os setores competentes à representação (BRASIL, 2003). Ao possibilitar a interação entre todos os possíveis segmentos da sociedade de interesse direto no setor saúde, o conselho se torna um ambiente extremamente plural de disputa de interesses no que concerne a este setor, de forma que a sociedade civil passa a ter direito legal de participar desta discussão, ainda mais por ser representada de forma paritária em relação às demais categorias.

Indiscutivelmente virtuosa, por um lado, essa paridade, por outro lado, traz uma perspectiva maniqueísta entre sociedade civil e Estado (Lüchmann, 2002). Todavia, devemos nos ater para o alerta de alguns autores que nos apresentam a discussão sobre este caráter erroneamente maniqueísta da sociedade civil em relação ao Estado (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Para estes autores, a sociedade civil está longe de ser o pólo das virtudes, ocorrendo nela projetos tanto democráticos como substancialmente autoritários (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006; GURZA LAVALLE; HOUTAGER; CASTELLO, 2006). Teles (1994) complementa afirmando que a sociedade civil é contraditória e ambivalente e traz vários exemplos destas relações sociais, como a coexistência de leis e da criminalidade, direitos e privilégios, direitos legítimos e corporativismo, dentre outras.

Além disso, faz-se necessária uma sociedade civil organizada, engajada e preparada para a participação, de forma que Estado e classes dominantes possam se favorecer da possível apatia social para por em prática seus ideais (DEMO, 1993) e, assim, desqualificar a atuação social nos conselhos gestores. Todavia, Demo (1993) salienta que não podemos interpretar a desorganização da sociedade como conseqüência de um inconformismo ou indolência. Para o autor, tal desorganização é resultado de um processo histórico que chega ao cúmulo de naturalizar a necessidade do assistencialismo. Não que ele, o povo, tenha se decidido a isso, mas foi levado a tal pela estrutura de dominação à qual foi exposto (DEMO, 1993; p. 32). Herkenhoff (1995) exemplifica tal afirmação na seguinte passagem:

“O grande domínio rural, a escravidão, o autoritarismo do Estado, a arrogância e o privilégio das elites, o sistema de estratificação dos direitos sociais, a lógica das relações pessoais, do favoritismo, do clientelismo, do coronelismo, da dependência, da paternalização das relações de poder, a experiência de mando e de exclusão, atingiram os costumes de nosso povo, sua mentalidade, seus valores e geraram uma relação de submissão, de subserviência, de humilhação, de dependência, de inércia, de lealdade incondicional aos governantes, de cumprimento dos deveres, da não-organização, de aceitação das injustiças como algo natural; enfim, valores e atitudes que fazem parte da cultura política autoritária brasileira e se opõem à participação, à igualdade política, à igualdade de condições de vida, à universalidade de procedimentos e às aspirações por liberdade e por justiça social” (p. 36).

É preciso, portanto, compreender que apesar das possibilidades extraordinárias que possuem, há também limites importantes a se relevar para entendermos a ainda baixa legitimidade dos conselhos de saúde como instâncias promotoras de cidadania e democracia. Ao mesmo tempo em que Lüchmann (2002) acentua elementos que poderiam colaborar na implantação das práticas participativas de controle social – vontade e comprometimento político do governo, tradição associativa local<sup>11</sup> e a dinâmica institucional resultante das articulações entre Estado e sociedade, Gohn (2007) resume as limitações da operacionalização dos conselhos em três fatores principais. Além da citada falta de tradição participativa da sociedade

---

<sup>11</sup> De fato, no trabalho de Labra (2002), os conselhos de saúde do Rio Grande do Sul apresentam características mais avançadas no sentido democrático devido ao engajamento político que a população daquele estado possui, marcadamente maior que a maioria dos demais estados brasileiros.

civil na gestão, acrescenta a curta trajetória de vida dos conselhos e o desconhecimento da população sobre suas possibilidades, sendo que este último aspecto foi, inclusive, constatado no amplo trabalho de Labra (2002). Lüchmann (2002) alerta para o fato de que os conselhos, devido a estas dificuldades, não podem ainda ser considerados avanços para a democracia deliberativa<sup>12</sup>, sendo que sua existência como *locus* de decisão se manterá em virtude da exigência legal, não da legitimidade que apresentam.

Diversos autores vêm se debruçando sobre a temática dos conselhos gestores de políticas públicas, especialmente os de saúde. Assim, a literatura nos apresenta possibilidades e, sobretudo, limites para uma gestão participativa de políticas públicas via conselhos. É nesta literatura que buscamos nos escorar para entender os entraves práticos, reais, da atuação dos conselhos. Visando facilitar o entendimento do leitor, separamos nossa discussão por temas, seguindo o abrangente estudo de Tatagiba (2002), e a partir dele, agregamos os diversos argumentos e pontos de vista dos diversos autores que se seguirão durante a discussão proposta<sup>13</sup>.

### **Paridade e Pluralismo**

Um primeiro entrave encontrado na literatura diz respeito ao fato de que os representantes não estão sabendo lidar com a heterogeneidade inerente aos conselhos (TATAGIBA, 2002), de forma que projetos liberais e projetos reformistas coexistem, mas não são devidamente postos em debate. O que ocorre é uma subutilização dos espaços de discussão por parte de setores privados da saúde,

---

<sup>12</sup> Democracia deliberativa vem sendo discutida como uma forma alternativa à democracia representativa não antagônica à democracia participativa, porém, mais profunda. Assim, na democracia deliberativa, “a legitimidade do processo decisório é obtida por meio do debate racional entre os cidadãos livres e iguais no qual a argumentação é peça chave de todo o processo” (FERRAZ, 2006). Lüchmann (2007) acrescenta que “a democracia deliberativa advoga que a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum, conferem um reordenamento na lógica de poder tradicional” (p. 143).

<sup>13</sup> Lüchmann (2002) lista uma série de problemas encontrados nos conselhos gestores de políticas públicas em que poderão se encaixar os problemas referendados no decorrer do texto: ameaças e intimidações, cooptação, controle, clientelismo, não reconhecimento público, apêndices da administração, esvaziamento, descontinuidade, corporativismo, personalismo, diferenças de saber, auto-representação, fragmentação, carência de recursos e infra-estrutura, falta de autonomia, desmotivação, desigualdades sociais, elitismo, burocratização, desmotivação.

sendo que estes, por se sentirem hostilizados perante os representantes dos usuários, passam a preferir reuniões e conversas informais com os gestores para reivindicar seus interesses (CORTES, 2002; 2007; LABRA, 2002). Além disso, quando participam, os prestadores acabam coibindo a livre expressão dos usuários (LABRA, 2002).

Outros problemas podem ser descritos em relação à representatividade, como salienta Labra (2002). Como exemplo, a autora destaca o caso dos portadores de doenças, que apesar de terem representação garantida, geralmente lutam por uma causa específica, esquecendo-se do geral. Outros problemas em relação à paridade referem-se a algumas aberrações encontradas em alguns estudos analisados pela autora, em que prefeitos acabam indicando representantes da sociedade civil, com claro interesse político (LABRA, 2002).

De qualquer forma, Tatagiba (2002) conclui que uma importante função pedagógica em relação à construção da cidadania e convivência democrática vem ocorrendo graças a essa heterogeneidade no interior de experiências participativas, respaldando as previsões dos pensadores da democracia participativa (PATEMAN, 1992). Abers e Keck (2008), mesmo após diversas críticas aos conselhos gestores, concluem que

“Ao constituir seus representados como cidadãos desejosos de participar em questões públicas, os participantes em novas arenas deliberativas, como os conselhos gestores, podem transformar suas próprias práticas e contribuir para uma polis mais democrática.” (p. 110)

Além disso, os usuários geralmente são representados de maneira distorcida nos conselhos de saúde, já que enquanto a maioria dos reais usuários do SUS pertence à classe pobre via grupos socialmente excluídos, os autores vêm encontrando representantes de classes sociais elevadas<sup>14</sup> que não conhecem a real situação do sistema de saúde e por isso podem subestimar a representação dos usuários (GERSCHMAN, 2004b; LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; VAN STRALEN et al., 2006), tornando a composição social dos conselheiros representantes um mero reflexo da elite da comunidade em questão (GERSCHMAN, 2004b). Tal fato

---

<sup>14</sup> Uma exceção é o estudo de Avritzer et al. (2005), que encontrou níveis de renda baixos entre os conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

nos permite questionar o real interesse destes representantes, e mesmo quando apresentam interesses compatíveis com os reais usuários do SUS, não possuem conhecimento de causa, limitando sua influência e barganha<sup>15</sup>.

Seguindo, temos que a relação entre representantes e representados é analisada por alguns autores e vem-se descobrindo um baixo grau de envolvimento entre os representantes e as entidades que representam. Guizardi e Pinheiro (2006), por exemplo, analisando a atuação de uma entidade da sociedade civil em Conselhos de Vitória e Vila Velha, no Espírito Santo, encontraram quase nenhuma ligação entre os conselheiros e a entidade como um todo, sendo que eles são escolhidos sem votação pela coordenação estadual da entidade e sem o conhecimento dos demais agentes. Assim, muitos conselheiros não conseguem discutir ou levantar questões durante as reuniões por nem mesmo se sentirem representantes de uma entidade. Dado encontrado também em um estudo realizado em Florianópolis, ao concluir que o repasse das discussões dos conselhos para as entidades representadas é muito pouco freqüente, e quando ocorre não se estabelece sua sistematização formal (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006).

Oliosa (1999) destaca que a relação representante x representado no Conselho Municipal de Saúde de Vitória, no Espírito Santo, dá-se apenas de maneira informal, na medida em que só há comunicação entre ambos para se ouvir reivindicações e/ou denúncias a serem levadas ao Conselho. Os problemas de seleção e eleição dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Vitória, também existentes segundo a autora, somados à baixa relação entre representantes e representados, geram um quadro de baixo reconhecimento social do conselheiro e uma representação de interesses distante das demandas coletivas (OLIOSA, 1999).

Outro estudo que tratou do perfil dos conselheiros em municípios do Rio de Janeiro, mostrou a porcentagem significativa de 22% de conselheiros que assumiram não discutir ou levar demandas do Conselho para suas entidades. Além disso, neste mesmo estudo, menos da metade dos conselheiros entrevistados passou por

---

<sup>15</sup> Não questionamos aqui o fato consensual de que todos os brasileiros são, de alguma forma, usuários do Sistema por utilizarem serviços do SUS (como vacinação, por exemplo). Questionamos aqui o fato de a classe pobre, que depende exclusivamente do SUS para quaisquer assistências em saúde (e, portanto, a mais interessada em sua melhoria organizacional), estar sub-representada nos conselhos.

eleições em suas entidades para serem representantes nos Conselhos (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Em contrapartida, Correia (2000) encontrou certo vínculo entre representante e entidade representada, exemplificado na seguinte fala de um conselheiro representante das associações comunitárias da zona rural do município de Santana do Ipanema, Alagoas:

*“O que a gente discute aqui eu levo, não levo tudo porque às vezes é meio difícil discutir tudo o que acontece no conselho, mas um bocado de coisa, sim. E, às vezes, eu trago”* (CORREIA, 2000:102).

Porém, nesse mesmo estudo, algumas falas mostraram que a discussão feita na entidade restringe-se apenas à sua diretoria, e não entra como pauta das reuniões gerais, como nos mostra a fala a seguir de um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais:

*“A gente passa para a diretoria como o conselho está, o que aprovou e o que não aprovou”* (CORREIA, 2000: 108).

Interessante é relacionar este achado com as informações que Labra (2002) nos traz, uma vez que, primeiramente, houve em seu estudo uma diferença significativa entre as respostas dos conselheiros em comparação com as dos dirigentes das entidades que representavam. Enquanto estes afirmaram haver pouco retorno do conselheiro sobre as reuniões do conselho de saúde para a entidade, aqueles relataram fazer repasses nas reuniões gerais ou diretamente para os dirigentes. Outro ponto para análise é que todos os conselheiros entrevistados disseram ser parte integrante da mesa diretora da entidade que representavam, o que envia os dados encontrados.

Cabe ressaltar que os autores aqui citados não se debruçaram definitivamente sobre esta problemática como o fez David (2005), que, estudando a característica da representação ocorrente entre os representantes da sociedade civil do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre com as entidades a que representavam,

encontrou uma relação muito baixa de retorno das discussões dos conselhos, caracterizando uma relação de representação fiduciária<sup>16</sup>.

Mais uma vez, Avritzer et al. (2005) apresentam um resultado que contrapõe os descritos anteriormente. Em seu estudo estes autores encontraram uma importante porcentagem de 94% dos conselheiros entrevistados que afirmaram utilizar as reuniões gerais de sua entidade para repassar os assuntos discutidos no conselho e colher demandas para levar à pauta das reuniões. Tal resultado pode indicar uma inflexão importante no sentido de avançar os preceitos participacionistas dos conselhos pela aproximação entre representantes e representados.

O distanciamento entre representante e entidade representada é um grave problema no processo de democratização das políticas públicas. O que ocorre é que após indicar ou eleger um representante, a entidade se afasta do cotidiano dos conselhos, deixando a responsabilidade da representação sobre um único membro da instituição (TATAGIBA, 2002). Como consequência, não há nem retorno do conselheiro à entidade representada sobre os assuntos discutidos e deliberados no conselho, nem a discussão prévia da pauta seguinte da plenária (BRASIL, 2007a). Ou seja, o representante, ao expressar uma opinião e um voto nas reuniões, expressa, na verdade, uma opinião e um voto particulares, sem o respaldo da instituição, e tampouco leva à plenária as demandas trazidas das entidades. As discussões prévias da pauta dos conselhos, a qual deveria ser enviada aos conselheiros ao menos 15 dias antes da reunião para que houvesse tempo hábil de o representante se reunir e discutir com seus pares, serviriam tanto para dar uma voz coletiva ao conselheiro quanto para proporcionar amadurecimento deste em relação ao assunto em questão (TATAGIBA, 2002). O estudo de van Stralen et al. (2006) mostra um dado otimista, em que seis dos nove conselhos de saúde estudados distribuem a pauta para os conselheiros com certa antecedência, mas ainda é um resultado solitário.

Tanto Tatagiba (2002) quanto Gerschman (2004b) salientam a importância de que os representantes tenham a consciência de que quanto maior o seu vínculo com sua base maior será a legitimidade do Conselho. Aliás, Borba e Lüchmann (2008) trazem

---

<sup>16</sup> Segundo Bobbio (2000), na representação fiduciária, o representante tem poder para “agir com uma certa liberdade em nome e por conta dos representados, na medida em que, gozando da confiança deles, pode interpretar com discernimento próprio os seus próprios interesses.” (p. 58)

a discussão sobre as questões que dão legitimidade aos conselhos gestores<sup>17</sup> identificando quatro critérios para tal. Além da relação entre representantes e representados através do que chamamos prestação de contas, os autores ainda acrescentam o perfil dos conselheiros, a pretensão (auto-referência) destes em relação à legitimidade de sua representação, e por último, a autorização, ou seja, a forma como estes representantes são escolhidos para atuarem no conselho em questão. Sobre este último ponto, Coelho e Veríssimo (2004) encontraram uma dependência do processo de escolha das entidades representativas com gestores comprometidos com a democratização destes espaços, sendo que, ainda assim, o processo limitava-se à divulgação das eleições, com poucos avanços em relação a procedimentos na escolha destes representantes.

Labra (2002) também apresenta alguns resultados em relação à escolha dos conselheiros. Assim, 54% dos representantes foram escolhidos pela diretoria, 23% foram eleitos em assembléias e 23% foram eleitos de forma combinada com as duas anteriores. Além disso, afirmou-se em duas entidades que partidos políticos influenciam nessa escolha, fato gravíssimo, diga-se de passagem. Neste mesmo estudo, a prática em assuntos da saúde apresentou-se como o fator mais influente na escolha dos conselheiros, seguido de facilidade em falar em público e conhecimentos sobre o funcionamento do conselho.

Seguindo em nossa análise, a desqualificação dos representantes é apontada pelos autores como um dos maiores problemas enfrentados pelos conselhos (CORREIA, 2005; TATAGIBA, 2002) e envolve a questão da dicotomia existente entre saber técnico e saber popular (TATAGIBA, 2002), de forma que o primeiro mantém uma supremacia paradigmática sobre o segundo, deslegitimando o saber popular em detrimento dos argumentos científicos para a solução dos problemas (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Valla (1998) argumenta que é necessário buscar uma ponte que leve em consideração a construção desigual do conhecimento, sendo 'desigual' entendido pelo autor como diferentes "histórias de vida e condições materiais de cada participante". O mesmo autor ainda nos instiga sobre as possibilidades e caminhos para a construção desta ponte, mas poucas

---

<sup>17</sup> Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006), contudo, nos alertam que não há ainda uma normatização destas questões no interior das organizações civis representativas em canais participativos.

respostas consegue dar. Porém, assegura que a culpa é do chamado ‘mediador técnico’, que, mesmo quando aliado às classes populares, apresenta dificuldades em interagir os conhecimentos destas com os seus próprios, pelo fato de ser ainda difícil a um técnico aceitar intervenção de camadas sociais com pouco grau de instrução (VALLA, 1998).

O fato é que os conselheiros da sociedade civil não possuem conhecimento específico da área de atuação do conselho e tampouco da máquina administrativa, o que os deixa em certa desvantagem em relação aos conselheiros governamentais e prestadores de serviço, que geralmente possuem conhecimento sobre a área, têm acesso a informações e sabem como funciona o processo administrativo do Estado (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; TATAGIBA, 2002), em especial os assuntos financeiros (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Deve ser ressaltado, porém, que a necessidade de capacitação dos conselheiros não deve estar associada a uma especialização dos representantes (GOHN, 2007; TATAGIBA, 2002), o que poderia acarretar uma baixa rotatividade entre os conselheiros por tornar complicada sua substituição pela entidade representada (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005) ou uma sobrecarga do representante que passa a ser requisitado para representar a entidade em mais de um conselho (BRASIL, 2007a), além de gerar um domínio técnico capaz de distanciar ainda mais estes mesmos conselheiros das suas bases (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005; TATAGIBA, 2002).

Correia (2005) salienta que a importância da capacitação dos conselheiros se deve principalmente pela inserção de diferentes projetos políticos presentes na lógica da saúde após a democratização do setor, de forma que não apenas os representantes devam ser capacitados, mas também as entidades que estão sendo representadas. Utilizando uma metodologia participativa, a autora reserva toda a Parte II de sua obra a uma “Proposta para Capacitação de Conselhos/Conselheiros de Saúde”, em que são abordados temas teóricos e práticos, incluindo os preceitos legais e formais do SUS, divididos em vários encontros (CORREIA, 2005). Mas é preciso pensar além. Segundo Guizardi, Pinheiro e Machado (2005), para construirmos os caminhos para a participação no SUS necessitamos mais que informação e capacitação para que “sejamos capazes de estranhar o óbvio, desconfiar do que se apresenta como prática natural” (p. 235).

## **Espaços públicos dialógicos**

A essa desqualificação dos conselheiros somam-se outras características dela decorrentes. Por exemplo, autores relatam uma dicotomia entre os pontos de pauta defendidos pelos diferentes setores representados nos conselhos. Enquanto os usuários vêem a necessidade de o conselho resolver os problemas emergenciais da população (no caso da saúde, a diminuição das filas, o aumento de especialistas, etc.), (BRAVO, 2002; LABRA, 2005; TATAGIBA, 2002) os trabalhadores da saúde e os prestadores de serviço, por exemplo, vêem nas políticas estruturais e de longo prazo o foco principal a que deva se ater o conselho. As questões pontuais defendidas pelos usuários são vistas pelos prestadores e trabalhadores da saúde como “questões pequenas” (TATAGIBA, 2002), fazendo com que a representação popular seja vista como inapropriada por outros setores (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005)<sup>18</sup>. Outra observação feita por Tatagiba (2002) e reforçada por Grisotti e Patrício (2006) e por Labra (2005) refere-se ao fato de que os assuntos internos, de organização e estruturação, por exemplo, ainda demandam muito tempo nas reuniões, subutilizando um espaço amplamente importante para definições de políticas com assuntos quase que exclusivamente de interesse interno.

Além dos divergentes pontos de pauta, temos o problema da determinação em si da pauta das reuniões, geralmente monopolizada pelo presidente do conselho de saúde, que em 90 % das vezes são os próprios gestores (LABRA, 2005; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; TATAGIBA, 2002 VAN STRALEN et al., 2006). Em outras palavras, quem determina a linha de discussão das reuniões são os representantes governamentais ou seus indicados, o que privilegia o Estado em pôr em discussão apenas o que lhe convêm, mesmo porque necessita legalmente do respaldo conselhistas para receber verbas, em muitos casos.

Acrescenta-se ao poder de determinação da pauta pelo gestor a dificuldade do governo em aceitar esta nova forma de deliberação e construção de políticas públicas, no caso, os conselhos gestores (GOHN, 2007; LABRA, 2005; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; TATAGIBA, 2002;). Desta forma, para o governo basta que os conselhos existam e se não se manifestarem favoráveis ao andamento do governo,

---

<sup>18</sup> Esta diferença de prioridades de pauta pode estar relacionada a uma diferente visão sobre “saúde” que tem os conselheiros em seus diversos segmentos representados, como discutido por Grisotti e Patrício (2006).

que se abstenham (TATAGIBA, 2002). O poder executivo, ao não reconhecer o conselho como espaço legítimo de discussão e deliberação de políticas, torna-se um impasse para a atuação destes órgãos (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Isto porque depende dos gestores a possibilidade de se fazer cumprir as deliberações tomadas e em pressionar gestores hierarquicamente superiores, além dos provedores de serviços (CORTES, 2007). Os reflexos desta recusa manifestam-se sob tentativas de enfraquecimento e neutralização do papel do conselho, além do que foi chamado por Tatagiba (2002) de neo-cooptação dos conselheiros da sociedade civil por parte do governo. Neste caso, o governo busca formar aliados no interior dos conselhos, de forma a tratar os conselheiros de uma maneira tal que os induz à vaidade, uma vez que este tratamento inclui reuniões externas sobre determinados assuntos e participações em eventos, sendo que desta forma, o conselheiro sente uma possibilidade de ascensão à administração direta e elevação de *status* social, tornando-se aliado do executivo ao mesmo tempo em que representa a sociedade civil (TATAGIBA, 2002). Além disso, Gerschman (2004b) encontrou o preocupante dado de que alguns conselheiros representantes dos usuários entendem que sua função no conselho é exatamente a de legitimar decisões tomadas pelo Executivo.

Ainda em relação aos gestores, Fuks (2005) nos traz algumas condições excepcionais, que lhes dão um poder vantajoso em relação aos demais segmentos, ao menos no conselho municipal de saúde de Curitiba, onde se realizou a pesquisa: (a) o gestor é o único segmento que possui disponibilidade de tempo para se dedicar aos assuntos do conselho; (b) é possuidor de conhecimentos especializados sobre o assunto; (c) possui em mãos o poder de presidir o conselho e homologar suas deliberações.

Sendo assim, segundo Labra (2005), os gestores acabam sendo duramente criticados por suas atitudes muitas vezes “irresponsáveis, nocivas e desrespeitosas”. A questão é que muitos assuntos são omitidos das pautas e decididos unilateralmente nos gabinetes do poder executivo, especialmente quando envolvem discussões entre prestadores de serviços e profissionais médicos, como já citado, tendo em vista que estes preferem conversas informais, nos gabinetes do executivo, já que se sentem hostilizados pelos demais conselheiros durante as reuniões,

fazendo com que se retirem destes espaços para discutirem diretamente com o gestor, como nos relatam Cortes (2002)<sup>19</sup> e van Stralen et al. (2006).

### **Função deliberativa**

Especificamente sobre a função deliberativa dos conselhos, Tatagiba (2002) nos alerta para o fato de que, muitas vezes, um conselho eficiente e eficaz é tido como aquele capaz de simplesmente controlar as ações do Estado e vocalizar demandas sociais. Porém, a autora ressalta que estas prerrogativas, também importantes, não podem apagar sua função deliberativa que leva os conselhos a serem arranjos institucionais extremamente promissores para a efetivação da reforma democrática brasileira. Caso este obscurecimento ocorra, estaríamos referendando um continuísmo presente nas instâncias de participação no país, que desde o início de sua existência na década 1930, vêm ocorrendo em caráter meramente consultivo e respaldando interesses do governo (GOHN, 2007; TATAGIBA, 2002). Por outro lado, cabe argumentar também que o simples fato de serem deliberativos não significa que não há uma má condução de seu papel, como Serapioni e Romaní (2006) nos alertam que, no Brasil, mesmo com poder deliberativo legal, os conselhos de saúde promoveram até então uma mudança muito aquém daquela que se esperava, sendo que em outros países, em que os conselhos possuem função apenas fiscalizadora ou consultiva, os avanços ocorreram de maneira mais expressiva.

Para executarem sua função deliberativa, os conselhos necessitam também ter seu acesso a recursos concretos de poder administrativo (recursos financeiros e materiais) e poder técnico (conhecimentos técnicos e sobre o funcionamento da máquina burocrática) ampliados (CARVALHO, 1995), o que envolve a questão da capacitação dos conselheiros discutida anteriormente. A esse respeito, Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) nos instigam questionando a real possibilidade de apropriação do discurso por parte dos representantes populares sendo que os conceitos que deveriam gerar informação e base para o debate são do campo científico e administrativo. Todavia, autores como Fuks (2005) vêm concluindo que

---

<sup>19</sup> Em outro trabalho, Cortes (2007) salienta que alguns gestores podem fazer parte de uma *policy community* que os caracteriza como ativistas da reforma do setor saúde, mas ainda não são unanimidade.

ter recursos (físicos, cognitivos ou políticos) não é solução plena para a participação e influência no conselho. Cabe ressaltar que é orientação do próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS que os gestores se responsabilizem pela apropriação pelos conselhos dos conhecimentos e informações necessárias à discussão (BRASIL, 2007a), porém isso não vem ocorrendo.

O que se nota é uma falha na legislação que não delimita a atuação do conselho e a atuação da administração pública (executivo e legislativo), podendo ocasionar uma mera formalidade da existência do conselho quando passam a respaldar as decisões do executivo. Os conselhos não afetam a legitimidade das instâncias representativas do Legislativo ou Executivo e nem é sua pretensão fazê-lo. O que deve ocorrer é uma vigilância e contrapeso recíprocos para o bem da democracia (TATAGIBA, 2002), mas algumas posições defendem que os conselhos devem apenas auxiliar o Legislativo, como bem nos lembra Gohn (2007).

Dentre as questões legais que os conselhos estão comprometidos em atuar em complemento com o governo, ressalta-se com grande importância a questão da gestão financeira dos recursos em saúde, que é vista por Tatagiba (2002) como um sério problema para a legitimação destas instâncias. Criados como forma de acelerar a descentralização financeira, os fundos nacionais, estaduais e municipais tornaram-se vinculados à gestão conselheira em cada esfera governamental. A idéia seria repassar recursos estaduais e municipais e deles para as instituições prestadoras de serviços. Isso não ocorre. Os fundos não existem na completude dos conselhos e mesmo aqueles que os possuem não o põem em funcionamento de maneira adequada (BRAVO, 2002; TATAGIBA, 2002). No caso específico do fundo para a saúde, há uma grande dificuldade qualitativa em seu controle social, tendo em vista a já citada desqualificação dos conselheiros sobre o assunto e as dificuldades burocráticas impostas pelos gestores municipais de saúde. O que ocorre atualmente é uma mera fiscalização dos gastos, como observado em pesquisa realizada no município de Santana do Ipanema-AL, sendo necessário um salto que permita aos conselheiros não só fiscalizar, mas também determinar as alocações dos recursos destinados ao setor saúde (CORREIA, 2000).

## **Conselhos de Saúde: considerações finais**

Apesar de tantos entraves e limites os autores citados no decorrer desta discussão, em sua maioria, deixam claro que a construção da prática participacionista via conselhos de saúde é uma conquista sem igual na história do Estado brasileiro e por isso mesmo eles devem ser constantemente avaliados, criticados e submetidos a propostas de mudanças, em prol de uma construção cada vez mais rica de preceitos que tragam intrinsecamente em seu ideal, fato que vem ocorrendo constantemente e através das consecutivas conferências nacionais de saúde (GUIZARDI et al., 2004). Além disso, contrariando os que apenas tecem críticas e não contribuem com soluções plausíveis, autores como Oliveira (2009) sugerem várias interfaces e interlocuções dos conselhos gestores com outros órgãos, como Câmara de Vereadores, Ministério Público e meios de comunicação, para a otimização do alcance de seus objetivos.

Ademais, além do fim da dicotomia maniqueísta entre sociedade e Estado, já citada anteriormente, devemos nos lembrar da sugestão de Carvalho (1997) que clama também pelo fim da visão instrumental dos conselhos de saúde considerados como braços da sociedade. Para o autor, não são pertinentes as perguntas que se buscam saber a quem pertencem os conselhos: governo ou sociedade? Devemos nos ater simplesmente à suposição de que os conselhos são experiências sociais necessárias e relevantes à reforma democrática brasileira. Eles não estão dentro ou fora do Estado. Eles são parte do Estado, independente do governo, onde atores sociais se constroem como atores públicos para se expressarem. Todavia, Acioli (2005) e Gohn (2007) argumentam que por mais importante que seja esta conquista e a real efetivação do controle social via conselhos como instâncias institucionalizadas, não se pode deixar de ser exercida a participação não-institucionalizada, através das redes de movimentos e grupos sociais, exemplificadas por Valla (1998).

## Capítulo II – DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

### Participação e representação em conselhos gestores de políticas públicas

Esperamos ter deixado claro na introdução deste trabalho que a representação política tal como pretendemos abordá-la nesse estudo é ainda uma questão embrionária na literatura. Sempre se voltando aos autores clássicos como Hobbes, Stuart Mill, Burke, Bentham e Rousseau, os autores contemporâneos tentam reinterpretar e contextualizar idéias, ora criticando-as, ora reafirmando-as (GURZA LAVALLE; HOTZAGER; CASTELLO, 2006; MENDES, 2007; PITKIN, 1979; 2006)<sup>20</sup>.

Observa-se que, especialmente na segunda metade do século XX, houve uma reivindicação muito forte por institucionalização da participação da sociedade civil em nome de uma democracia participativa e deliberativa e pouco se pensou no formato em que se consideraria essa participação (GURZA LAVALLE; HOTZAGER; CASTELLO, 2006). Podemos pensar que, ao criticar o modelo representativo de democracia, os teóricos da democracia participativa, como Pateman (1992), temendo perder campo ao defender quaisquer formas de representação, mesmo que fossem mais inclusivas perante a representação eleitoral, e baseando-se em autores clássicos críticos como Stuart Mill, ou mesmo totalmente avessos à representação como Rousseau, focavam sua defesa e teoria apenas na participação da sociedade, pouco aprofundando a questão inevitável do formato representativo em que iriam se configurar essas instâncias. Em outras palavras, as críticas participacionistas à concepção representativa de democracia, com todos os seus adjetivos atribuídos (FERRAZ, 2006), deixaram uma grande lacuna na teoria democrática ao não propor análises e discussões profundas sobre a característica também representativa que o modelo de participação da sociedade civil iria iniciar.

Há de se entender que as críticas atuais da democracia participativa em relação à democracia representativa problematizam o fato de esta referir-se a indivíduos

---

<sup>20</sup> Dentre estes autores, Pitkin (2006) apresenta uma fantástica base de leitura a respeito da evolução do conceito de representação ao longo da história, revisitando os sentidos que lhe foram sendo atribuídos, políticos ou não.

isolados como sujeitos políticos. Para a concepção participativa é impossível que um indivíduo isolado promova um debate político plural, diversificado, amplo, que produza mudanças políticas e institucionais na vida dos cidadãos. Ela defende, por outro lado, a incorporação de atores sociais coletivos aos processos decisórios, inaugurando uma nova noção de representação que inicia possibilidades inovadoras, mas que ainda está profundamente arraigada à idéia cultural e política da representação parlamentar (FERRAZ, 2005, p. 42-3).

A democracia representativa considerada elitista pelos teóricos participacionistas, ao reduzir ao ato do voto a participação da sociedade em seu modelo de democracia, reduz também a soberania popular a um procedimento de escolha de governos. Tal modelo, que tem em Schumpeter (1984) seu principal teórico, entende que a capacidade de decisão e debate político do povo é extremamente baixa, de modo que a sociedade deve se limitar a autorizar uma elite técnica e qualificada a exercer o papel de gerir a máquina pública em seu nome. Posteriormente, outros autores se empenharam em reformular essa concepção minimalista de democracia, mas sempre destacando o caráter meramente eleitoral da participação popular (DAHL, 2001; BOBBIO, 2000).

Ao mesmo tempo, diversos autores como Santos e Avritzer (2002) e Carole Pateman (1992) tentam rebater os conceitos minimalistas trazidos por Schumpeter, de forma a trazer às discussões sobre a democracia os conceitos de autores clássicos, como Rousseau e Mill, que pregavam uma concepção ampliada de democracia. Assim, democracia deve significar mais que um procedimento para formação de governos. Deve ser efetivada como substância, ou seja, como forma de liberdade e igualdade de toda uma nação, com toda a sua pluralidade, sendo, portanto, uma “forma de aperfeiçoamento da convivência humana” (SANTOS; AVRITZER, 2002: p. 50). Pensar a democracia em termos de liberdade e igualdade requer muito mais do que definição de procedimentos para tomada de decisão, mas sim, um valor que orienta a vida (FERRAZ, 2006). Como bem nos lembram Santos e Avritzer (2002), segundo as práticas democráticas da democracia representativa, jamais seria possível que a pluralidade de atores sociais de uma nação tivesse a oportunidade de vocalizar suas demandas. Já a concepção participativa de democracia propõe exatamente esta inclusão, de forma que sua legitimidade é expressa na idéia de que aqueles que serão afetados pelas decisões políticas

devem, então, decidi-las (LÜCHMANN, 2007). As eleições têm, sim, sua importância, mas são insuficientes para englobar todas as relações de representação existentes entre Estado e sociedade (AVRITZER, 2007; SAWARD, 2008) no sentido de que pouco contribuem para o processo representativo da sociedade civil em instâncias não parlamentares (URBINATI, 2006). Em suma, a democracia participativa tem como idéia central a autodeterminação política da pluralidade social e prega pelo reconhecimento dessa pluralidade e pela criação de canais em que ela possa ser expressa (FERRAZ, 2006).

Sendo assim, orientados por estes preceitos participacionistas, os movimentos sociais da segunda metade do século XX passaram a reivindicar maior participação na tomada de decisões, requerendo, para isso, a criação de instituições participativas, novos espaços públicos (COSTA, 2002) de debate e deliberação junto ao Estado como forma de lutarem por direitos (TELES, 1994) relativos à sua cidadania. Se antes, portanto, a discussão girava em torno de distinções maniqueístas entre sociedade civil e Estado, hoje o debate salienta a sinergia desta relação, bem como inaugura idéias a respeito dos novos espaços institucionais que surgem, em que o papel da sociedade civil se destaca, criando novas formas de representatividade (GURZA LAVALLE, 2003).

Além destas contribuições a respeito da emergência de movimentos sociais e outras organizações civis (ONG, associações, entre outras), Ferraz (2005) salienta ainda que

“A emergência destes novos atores sociais coletivos, com uma configuração bastante diferente da configuração de partidos políticos, colocou em xeque o processamento de conflitos, a discussão de temas públicos e a tomada de decisões nas instâncias representativas, denunciando sua incapacidade para representar eficazmente a pluralidade e diversidade de identidades e demandas emergentes e exigindo uma interlocução direta com o Estado, a construção de novas mediações e canais de diálogo” (p. 40)

Dentre os movimentos sociais comprometidos com estas lutas, encontrava-se o Movimento Sanitário que reivindicava, dentre outras pautas, a democratização do sistema de saúde brasileiro (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; GERSCHMAN, 2004a). Como relatado no capítulo anterior, após constantes enfrentamentos junto ao Estado autoritário, este movimento conseguiu em 1986

realizar aquilo que seria o marco principal da Reforma Sanitária em termos de conquista popular: a VIII Conferência Nacional de Saúde. A partir das deliberações ali tomadas, que visavam criar um sistema nacional de saúde, democrático, universal, descentralizado e integral em suas ações, dentre outras coisas, os reformistas passaram a exigir que estas decisões fossem contempladas no texto constitucional, que viria a ser promulgado dois anos mais tarde. Após muito embate entre defensores de diferentes interesses políticos (conservadores e reformistas)<sup>21</sup>, a Constituição Federal assegurou muitas das propostas originadas da VIII Conferência, mas não todas – como a questão do financiamento e da participação do setor privado no setor saúde (BRASIL, 1988: art. 196 a 200).

Dentre os princípios constitucionais da saúde então assegurados estava a participação da comunidade nas decisões do sistema, que foi regulamentado pela Lei 8142/90, a qual criava os conselhos e conferências de saúde em todas as esferas governamentais, que teriam caráter permanente e deliberativo e contariam com participação paritária dos usuários do sistema em relação aos demais segmentos representados, a saber, os prestadores de serviços de saúde, os profissionais da área e o governo (BRASIL, 2007b). A implementação dos conselhos de saúde nos municípios brasileiros conseguiu determinado sucesso devido à vinculação entre a existência do conselho no município e o repasse de verbas para a saúde (CARVALHO, 1995; GOHN, 2007; LABRA; FIGUEIREDO, 2002), vínculo este que tentava acelerar o processo de municipalização do setor proposto pelo princípio da descentralização do sistema (OLIOSA, 1999; SILVA, 2001). Atualmente, praticamente todos os municípios brasileiros possuem conselho municipal de saúde.

A partir de então, os conselhos de saúde vêm sendo visados, juntamente com os demais conselhos setoriais de políticas públicas também inaugurados a partir da Constituição Cidadã, por diversos autores como sendo um meio promissor e carregado de possibilidades à democratização do Estado brasileiro, em que a democracia participativa estaria presente em concomitância com a democracia

---

<sup>21</sup> Vale ressaltar que os traços de um regime autoritário, contestado e em crise desde alguns anos antes, mantiveram-se persistentes no processo de elaboração da Carta Magna pelo Congresso Nacional, de forma que se não fosse a persistência dos reformistas, a saúde pública poderia estar destinada a ser cada vez mais excludente. Para um aprofundamento do processo de formulação das questões da saúde na Assembléia Constituinte de 1987-88, indicamos o número 72 da revista Radis (RADIS, 2008).

eleitoral, de forma a se constituir uma democracia híbrida<sup>22</sup> (AVRITZER, 2006). Ferraz (2009) nos lembra, porém, que na atuação dos conselhos gestores evidencia-se a tensão entre democracia participativa e democracia representativa, de modo que nem sempre aponta para a complementaridade de ambas, como defendem Santos e Avritzer (2002), mas sim, fortalece o caráter representativo que acentua uma autonomia radical dos representantes para com os representados (FERRAZ, 2009, p. 200).

É fato que nem só possibilidades vêm sendo encontradas nos resultados destes estudos, mas sobretudo limites. Portanto, diversas críticas vêm sendo construídas referentes a estes órgãos afirmando-se que por mais que sejam considerados marcos históricos positivos, ainda não demonstram avanços significativos na afirmação da democracia brasileira<sup>23</sup>. Abers e Keck (2008), por exemplo, levantam algumas críticas em relação à atuação dos conselhos gestores e à representação que neles vem se configurando e concluem que

“Como arena peculiar para a interação entre um conjunto fragmentado de atores sociais com origens e interesses diversos, os conselhos gestores podem não ser espaços adequados para representação (...). No entanto, eles podem ser espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a resolução de problemas” (p. 110).

A interessante análise de Ferraz (2009) sobre o olhar dado aos conselhos gestores nos debates contemporâneos nos parece bastante pertinente neste momento. Segundo a autora, um dos motivos a que vêm sendo atribuídas avaliações negativas sobre os conselhos gestores refere-se ao fato de o olhar que neles está sendo lançado ser equivocado. Analisar os conselhos gestores sob a perspectiva de ruptura radical com mecanismos tradicionais de representação impossibilita a visão de que a participação nestes espaços não é direta, como idealizam os atores sociais e autores críticos sobre o tema, mas se realiza nos moldes da democracia representativa. Muda-se a relação entre representantes e representados (mais orgânica nos novos espaços institucionais de participação). Porém, o tipo de vínculo criado é o de representação, ou seja, também neste caso, a alguém é atribuída a

---

<sup>22</sup> Idéia contestada por Ferraz (2005) por entender que mesmo nos espaços de participação direta (como nas primeiras etapas do OP) e indireta via representação (como nos conselhos gestores e as etapas finais do OP) há “constrangimentos, práticas clientelísticas ou hierarquização de posições” (p. 50).

<sup>23</sup> Dagnino (2002) nos alerta para o fato de que estas avaliações negativas em relação aos estudos de avaliação dos espaços públicos de participação da sociedade civil se devem, em grande medida, ao tom demasiado otimista que sua constituição trouxe desde o início (p. 163).

função de representar seus pares. A autora conclui, portanto, que é errado analisar os conselhos gestores como instituições onde a participação direta se efetiva. Neles, a participação é indireta, via representação.

Também quando comparados com os Orçamentos Participativos, os conselhos gestores apresentam determinados limites ao alargamento da democratização (AVRITZER, 2008; LÜCHMANN, 2007), seja por possuírem ambigüidades em relação aos seus representantes, seja pela tênue relação entre demanda-resolução, de forma que esta última tende a limitar consideravelmente a motivação à participação nos conselhos (LÜCHMANN, 2007).

Assim, para se afirmarem como mecanismos alternativos de gestão democrática, os conselhos gestores devem ser capazes de fugir da lógica paradoxal de democracia eleitoral como muito bem coloca Lüchmann (2002), até porque este modelo eleitoral de democracia vem sendo apontado como responsável pela crise da representação política (MENDES, 2007), uma vez que não integra as diversas formas de advocacia e participação de origem extra-eleitoral (AVRITZER, 2007). Neste mesmo trabalho, Avritzer (2007) propõe uma reformulação do conceito de representação que seja capaz de reforçar tanto seu elemento eleitoral quanto o não-eleitoral, de modo a ser operada por múltiplas soberanias e não uma apenas.

Cabe aqui abriremos um parêntese importante para que fique claro ao leitor que os autores aqui trabalhados vêm afirmando uma relação estreita entre representação e democracia, ao contrário de teóricos clássicos radicais como Rousseau (MENDES, 2007; PITKIN, 1979; 2006). No recente trabalho de Saward (2008), por exemplo, o autor é enfático ao dizer que apenas a representação pode tornar possível a democracia e faz uma crítica a esta mesma representação que, segundo ele, vem substituindo a democracia e não servindo a ela, na medida em que o auto-governo vem sendo substituído por um arranjo cada vez mais excludente de democracia representativa (SAWARD, 2008). Para este autor, bem como para Urbinati (2006), a representação não deve ser considerada como uma alternativa *second best* à democracia direta, mas sim como “um modo de a democracia recriar constantemente a si mesma e se aprimorar” (URBINATI, 2006). Portanto, mesmo sob a possibilidade de participação direta, a representação formal é mais viável (YOUNG, 2006).

Assim, devemos partir de um pressuposto de que democracia e representação não são antitéticas, mas mantêm uma relação de necessidade da primeira para com a segunda (URBINATI, 2006; YOUNG, 2006). A questão central deve ser o entendimento de que a idéia de representação de que estamos tratando, que envolve a representação da sociedade civil, mesmo que se baseie em pressupostos da representação em legislaturas e parlamentos, deva criar para si uma teoria própria (URBINATI, 2006)<sup>24</sup>, que segundo Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) foi negligenciada nos apanhados teóricos sobre democracia e representação política. Sobre esse objetivo é que vêm se debruçando os diversos autores aqui contemplados.

Inicialmente, seguindo as idéias de Young (2006), devemos entender a representação de maneira menos utópica e idealizada, assumindo que esta deva se estabelecer em virtude de semelhantes perspectivas sociais e não sob o pressuposto da identidade dos representados para com os representantes, que dividiriam as mesmas opiniões e os mesmos interesses. Para a autora, dizer que a representação deva acontecer por identidade é dizer que ela é impossível de ser efetivada, pois para tal é necessário que um único representante se identifique com um imenso número de representados, o que humanamente é impossível. Young (2006) argumenta que é racionalmente correto pensar que representantes e representados são, sim, diferentes, devem ser separados<sup>25</sup>, e que esta diferenciação entre os grupos

“propicia recursos para um público democrático comunicativo que visa estabelecer a justiça, uma vez que pessoas diferentemente posicionadas têm diferentes experiências, histórias e compreensões sociais, derivadas daquele posicionamento. A isso chamo *perspectiva social*.” (YOUNG, 2006. p. 162, grifo da autora)

A representação por perspectivas é mais democrática, segundo Young (2006) porque perspectivas “não podem ser facilmente pensadas como conflitantes” (p.

---

<sup>24</sup> Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006), analisando formas presuntivas de representação da sociedade civil, contudo, encontraram um ainda forte traço tradicional na representação da sociedade civil, de forma a manterem um estreito relacionamento com canais tradicionais da política, como os partidos políticos. Também Fuks (2002) e Labra (2002) encontraram fortes vínculos com a política tradicional entre os conselheiros da sociedade civil de Curitiba e Rio de Janeiro, respectivamente.

<sup>25</sup> Necessitamos aqui de fazer uma ressalva proposta pela própria autora, que afirma que tal separação não pode tender ao rompimento, sob o risco de tornar pior o processo representativo (YOUNG, 2006). Também Urbinati (2006) defende que seja feita uma ratificação de extremos na teoria da representação.

169), como são as opiniões e os interesses. Ela acrescenta ainda que tal concepção de representação favorece uma inclusão de diferentes pessoas no processo decisório, pois retoma a idéia de uma “determinada linha de narrativa histórica ou expressa um certo modo de olhar as posições de outrem” (p. 167).

Na diferenciação entre representante e representado encontra-se o inevitável viés de que jamais a vontade do segundo será satisfeita integralmente (MENDONÇA, 2004; YOUNG, 2006;). Tal desacordo entre interesse e efetivação é facilmente percebido pelos representados. Porém, como nos alerta Mendonça (2004), há uma forma de representação em que o representado é totalmente envolvido pelo que o autor chama de “efeito de presença” do representante, de forma que o representado não mais percebe diferenças entre os interesses de seus delegados e seus próprios interesses. Tal fato, denominado de representação carismática, tende a substituir a vontade do “dominado” pela vontade do líder, destituindo e deslegitimando a representação política e prejudicando o pluralismo democrático (MENDONÇA, 2004).

Ao diferenciar e separar representantes e representados, Young (2006) e outros autores como Lüchmann (2007) e Urbinati (2006) procuram responder como se daria o processo de representação ao longo do mandato, apontando para uma resposta que tende a não deixar dúvidas de que uma representação legítima da sociedade civil requer, acima de tudo, uma conexão entre representantes e representados e uma conexão também entre os próprios representados<sup>26</sup>. Caso essas conexões não ocorram, a representação torna-se, inevitavelmente, pouco democrática (YOUNG, 2006). Ainda segundo a autora

“O principal problema normativo da representação é a ameaça de desconexão entre o representante único e os muitos que ele ou ela representa. Quando os representantes se tornam muito afastados, os eleitores perdem a percepção de que exercem influência sobre a produção de políticas, desafeiçoam-se e se abstêm da participação.” (p. 156)

Tais relações estariam incluídas no bojo de uma teoria formalista de representação política que considera como necessidades para sua legitimação mecanismos de prestação de contas e autorização dos representantes para exercerem seus mandatos, afastando-se de uma teoria meramente descritiva (MIGUEL, 2003). Ou

---

<sup>26</sup> É neste ponto que se diferenciam teoria participativa e teoria representativa de democracia. Apenas a primeira preocupa-se em analisar relações entre representados (LÜCHMANN, 2007).

seja: a questão da representação deve se focar menos na distância entre representantes e representados e mais nas relações entre eles (PINTO, 2004). Pitkin (1979) é clara ao afirmar que “do modo como uma relação é estabelecida ou concluída, nada se deduz logicamente a respeito do que acontece durante a relação, ou de como ela deve ser conduzida” (p. 18). Deste modo, enquanto os cidadãos precisam se engajar num processo de mobilização coletiva que ative estes processos de autorização e prestação de contas, os representantes precisam ouvir esses atores e dar explicações a respeito de avaliações e ações que tomam nas instâncias representativas (YOUNG, 2006).

É evidente que para a ocorrência de tais relações necessita-se de uma sociedade civil ativa, já que a legitimidade da representação, então, valer-se-á, em grande medida, do grau de articulação da mesma (LÜCHMANN, 2007; YOUNG, 2006). Talvez esta seja a grande limitação real dessa necessária articulação. A própria Young (2006) parte de um pressuposto de que desigualdades socioeconômicas alimentam desigualdades políticas, excluindo grupos minoritários das decisões e ferindo, portanto, o princípio democrático já citado anteriormente de inclusão da pluralidade de atores inerente a uma nação. Tal exclusão, concebida por Telles (1994) como um verdadeiro “*apartheid* social”, acentuaria ainda mais as desigualdades socioeconômicas, criando, segundo Kerstenetzky, (2003) um círculo vicioso extremamente nocivo à democracia que só a participação seria capaz de romper (DEMO, 1993). Além da diminuição das desigualdades sociais, Silva (2003) acrescenta que se faz necessário também uma mudança na visão sobre o cidadão como consumidor para sua inserção na sociedade como executores e agentes de suas capacidades<sup>27</sup>. Dessa forma, a democracia seria, por si só, um estimulador da educação política dos cidadãos, na qual o referido círculo vicioso daria lugar a um círculo virtuoso, em que quanto mais a sociedade participa, mais interessada e capacitada politicamente ela se torna (PATEMAN, 2002).

Outra questão que deve ser considerada em relação à sociedade civil e que vem contestando empiricamente sua representação em espaços participativos (BORBA;

---

<sup>27</sup> Remetendo essa lógica para o Brasil, estas idéias adquirem proporções bastante preocupantes, haja vista a situação de desigualdade social e apatia política em que se encontra a sociedade brasileira, que tem raízes culturais de cidadania e inserção política extremamente ligadas a uma forte submissão às elites. Para compreender este processo ao longo da história do Brasil, ver Carvalho (2004).

LÜCHMANN, 2008), é que em seu interior existem tanto projetos políticos que tendem a ampliar a democracia como também projetos que deslegitimam a democracia (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006) e que os espaços participativos não são imunes aos mesmos, como nos lembra Ferraz (2006). Estamos, portanto, diante de uma heterogeneidade nata que possui a sociedade civil (DAGNINO, 2002; DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Tal constatação põe em xeque a idéia de que a sociedade civil seja o pólo das virtudes e o Estado o mantenedor do mal, segundo uma visão maniqueísta questionada por Dagnino, Olvera e Panfichi (2006).

Mediante tais elementos, propor características que assegurem legitimidade à representação no interior dos conselhos gestores requer mais do que as sugestões viáveis, porém um tanto quanto subjetivas de Young (2006). É preciso traçar uma configuração possível e mais enraizada à realidade em que se apresentam estes mecanismos participativos, tanto no que se refere à atuação do Estado, quanto à atuação da sociedade civil, para que tenhamos, enfim, uma luz direcionada aos conselhos gestores que aponte para um ideal legítimo de representação. Alguns autores já começam a proporcionar tal luminosidade. A eles nos remeteremos a partir de agora.

## **Representação política em conselhos gestores: a busca por legitimidade**

A discussão sobre representação política nas experiências participativas é relativamente nova, como já citamos, especialmente no que se refere à configuração de sua legitimidade. Buscar apoio teórico na representação parlamentar<sup>28</sup> para tal objetivo é inviável, tendo em vista a crise que vive esse tipo de representação, em que representantes e representados encontram-se cada vez mais distantes. Enquanto neste modelo eleitoral, a legitimidade da representação restringe-se ao mero ato eleitoral em que “a responsabilidade do processo decisório fica restrita aos representantes escolhidos pelo sufrágio eleitoral” (LÜCHMANN, 2008, p. 88), no

---

<sup>28</sup> Como nos lembra Lüchmann (2008), no “modelo representativo” [parlamentar], a legitimidade se encontra no ato eleitoral, ou seja, “a responsabilidade do processo decisório fica restrita aos representantes pelo sufrágio universal” (p. 88).

modelo participativo, de uma maneira geral, a legitimidade é assegurada pela “idéia de que as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidos a elas, por meio do debate público” (LÜCHMANN, 2008, p. 89), carecendo, como veremos, de critérios específicos para tal, por exemplo, a relação entre os representantes e representados. Outra questão que diferencia os modelos de representação citados refere-se ao fato de que na democracia eleitoral o governo eleito, mesmo que não tenha sido escolhido pela vontade de todos, tem obrigação para com todos<sup>29</sup>, de maneira que quando associações civis exercem o papel de representantes esta obrigação inexistente, mesmo que o discurso e as práticas destes atores demonstrem a busca por igualdade de direito e justiça social (ABERS; KECK, 2008). Pinto (2004) acrescenta que uma das limitações da democracia representativa é exatamente o fato de que não é considerada a diferença (étnica, social...) no momento da manifestação democrática, no caso, no momento do voto.

Os autores contemporâneos começam a levantar idéias sobre o tema da representação exercida pela sociedade civil. Tentam, como vimos com Young (2006), apresentar uma concepção de aproximação entre representantes e representados e entre os próprios representados, para que essa representação seja legítima. Urbinati (2006) sugere, por sua vez, que para a representação ser democrática (entende-se legítima) é necessário que o povo possa ter a possibilidade de interromper o mandato do representante quando sinta crise em sua representatividade. Além disso, as autoras ainda sugerem que a representação política requer igualdade básica de condições materiais. Lüchmann (2007) ressalta que especificamente nos conselhos gestores, há certa confusão no que concerne aos critérios de legitimidade, ora atribuído aos atores com história de militância política, ora atribuído ao envolvimento das entidades representadas nos respectivos setores. Avritzer (2007) problematiza a questão argüindo sobre as formas contemporâneas de legitimidade da representação, concluindo que esta se dá pelo que chamou de finalidade e via processo.

Parece, portanto, promissora a pungente reestruturação do termo “legitimidade” para a representação política que emerge juntamente com seu novo formato institucional. As colocações de Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) de que o debate sobre

---

<sup>29</sup> E juntamente com tais obrigações, uma maior autonomia no processo decisório (FERRAZ, 2005, p.39).

essa “nova representação” e sua legitimidade institucional é incipiente e que poucos são os autores que se debruçam sobre o tema tende, pelo que estamos a perceber, a perder sentido, e tomara que assim seja.

Propostas concretas, objetivas, de condensar variáveis que proporcionem esta almejada legitimidade às instâncias participativas começam a surgir. Borba e Lüchmann (2008), por exemplo, nos ofereceram uma considerável contribuição para a realização deste trabalho, já que indicam quatro possíveis variáveis que determinariam o grau de qualidade (entendamos “legitimidade”) da representação da sociedade civil nos conselhos gestores. Seriam elas: a) o perfil dos representantes; b) a auto referência quanto à representação no conselho; c) o mecanismo de autorização para se tornar representante; e d) o processo de prestação de contas com os seus representados durante o mandato. Estes dois últimos aspectos é que focaremos com mais profundidade em nossas análises.

Vários trabalhos vêm ressaltando a tese de que para adquirir legitimidade a representação nos conselhos gestores deve conter mecanismos coerentes de autorização desta representação e prestação de contas permanente do representante para com os representados durante todo o mandato. Os argumentos de Lüchmann (2008; 2007) nos indicam que os conselhos gestores não possuem tais mecanismos estabelecidos. Assim, Borba e Lüchmann (2008), Lüchmann (2008) e Avritzer (2007) enfatizam tal questão questionando-se sobre até que ponto devemos reduzir a sociedade civil a certas organizações ou segmentos sociais, já que, claramente, a escolha das entidades que representarão a sociedade civil nos conselhos não é universalista e depende da trajetória política destas entidades (BORBA; LÜCHMANN, 2008; LABRA, 2002; LÜCHMANN, 2008), da vontade do gestor (COELHO; VERÍSSIMO, 2004) ou até mesmo da influência de partidos políticos (LABRA, 2002).

É interessante acrescentar aqui a discussão que Dagnino (2002) faz a respeito dos diferentes conceitos de participação que há entre o Poder Executivo e a sociedade civil ativa e propositiva. Como vêm mostrando diversos estudos (CÔRTEZ, 2007; LABRA, 2005; TATAGIBA, 2002, dentre outros), a esfera governamental tem mostrado resistência em dividir o poder com os conselhos gestores. Além disso, o Estado, ou coalizões direcionadas a este, vem assumindo uma postura ambígua

frente ao avanço democrático, denominado por Dagnino (2004; 2002) como “confluência perversa” (como discutido anteriormente): ao mesmo tempo em que vem institucionalizando canais participativos, assume-se também uma agenda liberal que, dentre outras coisas, transfere para as ONG importantes funções estatais. Deste modo, muitas ONG se assumem representantes do povo quando, de certa forma, não o são, já que em certas situações tendem a responder anseios neoliberais (DAGNINO, 2002). Desta forma, podemos concluir que “por mais bem intencionadas que sejam, a atuação das ONG traduz fundamentalmente os desejos de suas equipes diretivas” (p. 159). Contudo, é certo que o papel das ONG na democratização e luta pela cidadania nos países da América Latina, em especial no Brasil, juntamente aos movimentos sociais foi e continua sendo fundamental, especialmente quando se trata de se criar uma interface com o Estado, sem, todavia, substituí-lo. Assim, enquanto representantes dos interesses de segmentos específicos da sociedade, as ONG apresentam-se como espaços muito mais amplos do que a simples substituição do Estado (PINTO, 2006).

De todo o modo, os estudos que de alguma forma vieram a analisar a relação entre representantes e representados em conselhos gestores de políticas públicas, entre eles os conselhos de saúde, notaram um baixo grau de relacionamento (prestação de contas) dos representantes com suas bases ou mecanismos de autorização variados e discutíveis (BORBA; LÜCHMANN, 2008; COELHO; VERÍSSIMO, 2004; CORREIA, 2000; DAVID, 2005; GERSCHMAN, 2004b; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002). É certo que a legislação assegura a representação de algumas entidades nos conselhos de saúde, conforme a Resolução nº. 333 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003) e sua autorização para o mandato, como coloca Avritzer (2007), refere-se à experiência da instituição com o tema. Porém, tal formato de escolha de segmentos ou organizações civis para representação nos conselhos leva a ambigüidades da representação da sociedade civil na medida em que reproduz a filtragem dos setores com maior poder socioeconômico e cultural, deslegitimando o espaço dos conselhos (LÜCHMANN, 2008; 2007).

De fato, diversos estudos vêm constatando que os representantes da sociedade civil nos conselhos apresentam elevado nível socioeconômico e alto grau de escolaridade (BORBA; LÜCHMANN, 2008; FUKS, 2002; GERSCHMAN, 2004b;

LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002, VAN STRALEN et al., 2006; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006, entre outros), retratando o elitismo presente também nos mecanismos tradicionais parlamentares de representação via partidos políticos. Além disso, Coelho e Veríssimo (2004) notaram que as relações entre organizações civis e governos são cruciais para que aquelas sejam convidadas por estes a participarem do processo de formação do corpo do conselho de saúde, de modo que outras instituições, muitas vezes extremamente ativas e representativas da sociedade, ficam de fora por não possuírem vínculo prévio com os setores governamentais. Mais especificamente sobre a escolha dos representantes da entidade na representação de conselhos gestores, Borba e Lüchmann (2008) identificaram que quase 67% dos conselheiros entrevistados foram indicados pela entidade. Difícil imaginar uma relação sólida entre representantes e representados através de uma consistente prestação de contas quando desde o processo de autorização já há distanciamento entre os representantes com a base representada.

Além do perfil dos conselheiros, amplamente discutido no capítulo anterior, e da relação entre representantes e representados via autorização e prestação de contas, discutida acima, a chamada “pretensão de legitimidade”, ou seja, os sentidos a que atribuem os atores envolvidos sobre sua representação nos espaços representativos também é um pressuposto analítico a respeito da legitimidade da representação. Como nos lembra Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006), “a presunção pública de representar alguém não equivale à sua efetiva representação” (p. 47). Estes mesmos autores, no importante trabalho que realizaram em instituições civis de São Paulo sobre a auto percepção de representatividade destas instituições, encontraram interessantes achados. Algumas instituições atribuíram sua representatividade a mecanismos símbolos da democracia tradicional, como eleição, afiliação e identidade. Outras, mais numerosas, inauguraram padrões novos de representatividade, o que não assegura o caráter democrático dos argumentos. Prestar serviços assistencialistas, para 23,4% das entidades entrevistadas, é o principal fator que lhes assegura uma representação legítima da população assistida. Além desse, proximidade e, principalmente, intermediação, foram citadas pela maioria das entidades como argumento de representatividade. A principal conclusão que tiramos dessas idéias é a de que esta variedade de argumentos

“põem em xeque interpretações que desenvolvem modelos únicos de representações no seio das organizações civis” (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006, p. 55).

Também sob esse ponto de vista, Borba e Lüchmann (2008) analisaram a justificativa de representatividade de atores representantes de conselhos gestores e encontraram uma variedade grande de respostas entre os entrevistados. A resposta mais concentrada foi a de que o conselho é representativo porque “diversos segmentos são representados”, com 12% de frequência. O vínculo entre representantes de representados foi argumento de representatividade em apenas 1% dos entrevistados.

Procuramos pontuar as diversas concepções a respeito da representação no interior de espaços participativos buscando afinar a relação entre participação e representação da sociedade civil em novas instâncias de mediação entre sociedade civil e Estado, como os conselhos de saúde. Além disso, tentamos também expor algumas idéias a respeito das possíveis maneiras de tornar essa representação legítima, no sentido de se incluir setores da sociedade civil que de outra forma jamais seriam incluídos no processo deliberativo das políticas públicas. Com tais análises, procuramos obter bases teóricas a respeito da representação política em discussão na literatura e, então, adquirir respaldo para podermos analisar empiricamente estas mesmas relações no cotidiano de um conselho de saúde.

## **Capítulo III – A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

### **O município de Vitória**

Vitória é a capital do estado de Espírito Santo e apresenta área de 93 Km<sup>2</sup> e uma população de 314.042 habitantes, segundo contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008). Compõe juntamente com os municípios de Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão, Guarapari e Serra a Região Metropolitana da Grande Vitória, que concentra quase a metade dos habitantes do Estado.

Com uma razoável taxa de alfabetização de 95,7% – entre maiores de 10 anos de idade – Vitória não apresenta zona rural, ou seja, 100% de sua população se encontram em zona urbana, como mostra o Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2000 (IBGE, 2000).

A economia de Vitória, apesar de ser fortemente favorecida também pelo setor de comércio local, tem no setor de serviços (especialmente a área de comércio exterior e distribuição de produtos) seu principal destaque econômico (CARLOS, 2003).

Por ser capital do Estado, o município é visado na área da saúde por municípios de todo o Espírito Santo, por comportar estabelecimentos de atenção secundária e terciária de saúde, administrada pelo governo estadual. O processo de municipalização da saúde e o estabelecimento do sistema municipal de saúde passaram, durante as décadas de 1990, por processos controversos e foram construídos mediante um forte embate político.

Como reflexo desse processo, também o Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS-V) passou por um momento de constituição que muito dependeu da relação entre o governo municipal e os movimentos populares que se constituíram especialmente durante a década de 1980.

## **Movimentos sociais e a municipalização da saúde em Vitória/ES**

Após a promulgação da Constituição de 1988, e com ela os princípios básicos do que seria o Sistema Único de Saúde, inicia-se no Brasil uma etapa ainda mais laboriosa do que a antecedente, que lutava pela democratização da saúde. Começava aí o lento e controverso processo de implantação daqueles ideais expressos na Constituição. Tarefa de difícil execução e de difícil controle, já que envolveria cada gestor local do território nacional. Além disso, considera-se complexa uma tarefa em que, ao mesmo tempo em que se pretende evoluir com uma proposta de política social universal como a saúde, avança também o ideal neoliberal no centro da estratégia do Governo Federal sob o comando de Fernando Collor (CARVALHO, 1997; FUHRMANN, 2004; PASCHE et al., 2006; SILVA, 2001).

Em meio a esse movimento paradoxal, Vitória apresenta-se como um município que, no que diz respeito à gestão municipal posterior a 1988, obteve um papel de destaque em relação à vontade política de fazer valer os princípios constitucionais e as diretrizes legais que surgiriam subsequentemente. Porém, outros entraves tornariam o processo lento, com intenso conflito entre partidos conservadores, contrários à democratização, e progressistas, a favor.

Ainda, enquanto os movimentos ligados à saúde no Brasil começaram a se articular na década de 1970, no Espírito Santo estes movimentos começaram a se articular apenas em 1984, com forte empenho de setores da Igreja Católica na sustentação deste ideal, que incentivaram a formação de organizações sociais, em especial, associações de moradores (FERRAZ, 1998; PINTO, 2007).

O Partido dos Trabalhadores (PT), criado com forte traço sindicalista e esquerdista, comungava em todo o território nacional com os anseios reformistas de cunho democratizante, inclusive no setor saúde. Nas eleições municipais de 1988, sai vencedora a chamada “Frente Vitória”, uma coligação partidária encabeçada pelo PT, em que foi eleito um prefeito que vinha de uma militância em nível nacional em prol da Reforma Sanitária e que nomeou para os cargos comissionados da área da saúde pessoas também militantes. Todos estes fatores mostram que, no caso específico de Vitória, como em muitos outros municípios, necessitou-se mais do que mera indução legal, vertical da União para os Estados e, então, municípios. A

situação técnico-política favorável foi extremamente necessária para o sucesso da implementação do Sistema Único de Saúde em Vitória (OLIOSA, 1999).

Houve, porém, uma situação consideravelmente desfavorável, não só para Vitória, mas para qualquer município liderado por lideranças progressistas no Estado do Espírito Santo. O governo do Estado, nesta época, era de lideranças conservadoras. Sendo assim, a municipalização dos serviços e da atenção à saúde em Vitória se deu sob uma lentidão gerada pelo embate político entre governo municipal petista e governo estadual peemedebista. Tal lentidão ocorre porque o Estado é responsável por repasse de verbas advindas da união e numa situação de governo municipal contrário ao estadual, o Estado procurava gerar entraves para tal repasse (OLIOSA, 1999).

Esta situação permaneceu de 1989 a 1992 e se inverteu a partir de então: o PSDB assume o município de Vitória e dois anos mais tarde o PT assume o governo do Estado. Agora, enquanto o governo estadual incentivava a democratização e municipalização dos serviços e da atenção à saúde, a resistência partia do governo municipal (OLIOSA, 1999).

O PSDB que anteriormente fazia parte da Frente Vitória (CARLOS, 2003) ficaria no poder por três mandatos consecutivos (1993-1996/1997-2000/2001-2004). Assim, Oliososa (1999) divide o processo de municipalização da saúde em Vitória em dois: a gestão petista e a gestão peessedebista.

A Frente Vitória (PT) encontrou uma situação caótica na assistência à saúde, como vinha ocorrendo em grande parte dos municípios brasileiros. Em sua gestão ampliou-se consideravelmente o número de ambulatórios, salas de vacinação, curativos, odontologia, ambos com reformulação e ampliação dos postos de saúde que se encontravam sucateados no município. Neste período, os gastos em saúde foram ampliados em quase 100%, com contratação substantiva de profissionais de saúde. Consta que a gestão petista foi incentivada a trabalhar em prol da saúde, graças a incentivos de programas federais implantados nos municípios. Cabe ressaltar que foi nesta época, início dos anos 1990, que foram criadas as leis que instituíram o Fundo Municipal de Saúde, a Conferência Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (OLIOSA, 1999).

Com a vitória do PSDB em 1992, prossegue a implantação do SUS no município com vistas a dar continuidade à descentralização do sistema de saúde. Mais uma vez, a militância que antecedeu os gestores de agora contribuiu, mas o caráter conservador que assumia o partido gerou certa lentidão ao processo (OLIOSA, 1999).

Sempre seguindo diretrizes nacionais, em 1997 foram implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). A importância destes programas se deve ao fato de serem eles os principais programas que responderão ao foco prioritário da atenção primária do princípio da integralidade do sistema, em que se investe mais na prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, nessa época também aumentou o número de Unidades Básicas de Saúde (OLIOSA, 1999).

No plano jurídico-legal, já em 1993 foi promulgada a Lei 3.983, de iniciativa da gestão anterior, que reorganizava a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. Em 1997, cria-se através da Lei 4.424 o Código Sanitário do Município de Vitória (OLIOSA, 1999).

Tanto na gestão petista quanto na primeira gestão peessedebista a participação popular era limitada. No primeiro caso, por mais que se entendesse que a proposta do PT incluía a participação da comunidade, essa participação não encontrou formas de se expressar, pela inexperiência de ambos os atores sociais envolvidos na questão, enquanto que no segundo caso a participação popular deveria ser reduzida ao mínimo possível, segundo concepções políticas do PSDB (HERKENHOFF, 1995; OLIOSA 1999). Tais concepções partidárias do grau de envolvimento foram decisivas na participação dos movimentos populares de Vitória, que vinha sendo influenciada desde gestões anteriores, como veremos a seguir.

A exemplo do Brasil, os movimentos populares de Vitória começaram a se organizar em oposição ao regime militar reivindicando democratização e políticas sociais. Desta forma, a partir da década de 1980 as entidades populares começaram a se proliferar graças à entrada no cenário de grupos que passaram a questionar a relação clientelística e assistencialista entre Estado e entidades. Esses grupos formados por lideranças oriundas das Comunidades Eclesiais de Base (CEB),

propuseram uma nova noção de movimento popular, o que resultou em tal proliferação (HERKENHOFF, 1995). Como bem nos lembra Carlos (2003), este crescimento de associações comunitárias a partir da década de 1980 não só em Vitória, mas em muitas capitais do país, teve como fatores indutores “i) a abertura política nacional, ii) a exacerbação das contradições urbanas e iii) o crescimento da consciência em torno dos direitos civis” (p. 57).

Assim, surgiram lideranças populares com perfis mais democráticos, substituindo uma imensa maioria que mantinham estreitas relações com o governo. Recusava-se agora pacotes prontos de políticas públicas vindas do poder público sem a participação da população. Manifestações populares começaram a ser realizadas (reuniões, assembléias, etc.) com caráter reivindicativo e de denúncia das artimanhas do governo para favorecer uma pequena elite da população. Como conseqüência, mesmo que não sejam reconhecidos legalmente, estes novos movimentos tiveram participação efetiva na elaboração do Plano Diretor Urbano de Vitória, da criação da lei orgânica, do orçamento público, entre outros (HERKENHOFF, 1995).

Uma outra conseqüência bastante importante dessa organização popular foi a criação de uma entidade que pretendia reunir os movimentos populares de Vitória. Em 1984 foi criado, portanto, o Conselho Popular de Vitória – CPV (HERKENHOFF, 1995; CARLOS, 2003; PINTO, 2007). Carlos (2003) assinala que o CPV tinha “finalidade de unificar o movimento na escala do município, respeitadas a autonomia de cada entidade” (p. 58). Para complementar, Herkenhoff (1995) afirma que:

“As entidades ligadas ao CPV traziam em seu bojo a proposta de democratizar as relações sociais e políticas, de lutar pela autonomia do movimento e pelo exercício da cidadania, de denunciar a estratégia política do Estado e de renovar constantemente as lideranças” (p. 154).

A força do CPV era tão grande que a Lei 3.719/91 (VITÓRIA, 1991b) o coloca como responsável pela convocação de assembléia para escolher os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde<sup>30</sup> (OLIOSA, 1999). Apesar disso, a autora observa nessa situação uma ambigüidade. Ao mesmo tempo em que o processo é

---

<sup>30</sup> A lei vigente de estruturação do Conselho Municipal de Saúde – Lei 6.606/06 – determina que os representantes dos usuários devam ser “escolhidos em Assembléia Geral convocada pela Comissão Eleitoral exclusivamente para este fim” (VITÓRIA, 2006: art. 3º, inc. IV). Ou seja, não há determinação explícita do papel do CPV como anteriormente. Porém, a entidade ainda é responsável pela maioria das cadeiras destinadas a entidades sociais do município

democrático e não sofre influência do governo, só estariam aptas a propor representação as entidades que participariam do CPV, com exceção de instituições religiosas, que eram convidadas a participar. Tal fato poderia excluir representações importantes por não estarem inseridas no CPV. Além disso, o processo de escolha que ocorre nestas assembléias provocaria distanciamento entre representantes e representados, por alijar a base das organizações, de maneira que, na grande maioria das vezes, os eleitos para representantes no CMS-V eram as lideranças comunitárias (OLIOSA, 1999).

Portanto, mesmo com grandes avanços em relação às conquistas dos movimentos populares de Vitória, é inegável que muitos possuíam ainda posturas paternalistas e assistencialistas em relação à população (OLIOSA, 1999).

Logo que percebeu esse aumento reivindicativo nos movimentos populares, a PMV tratou de cooptar lideranças e enfrentar o Conselho Popular de Vitória, especialmente no governo de Hermes Laranja (1986-88), em que foi criado o Conselho Comunitário de Vitória – CCV, presidido pelo então secretário de Ação Social (CARLOS, 2003; HERKENHOFF, 1995; PINTO, 2007). Neste período o governo municipal incentivava a criação de associação de moradores, a fim de desmobilizar as já existentes que se contrapunham a ele (CARLOS, 2003; OLIOSA, 1999;).

Assim, o intuito da PMV especialmente no governo 1986-88 era combater o CPV, desarticulando-o através do paralelismo ocasionado pela criação do CCV. Associações cooptadas, líderes comunitários com cargos públicos, assistencialismo prestado pelo CCV, com distribuição de comida para populações carentes, todos estes fatores ocasionaram um quadro tal no final dos anos de 1980 em que a maioria das associações de bairro de Vitória estava desarticulada, desmobilizada e dependente do poder público. Tudo isso graças ao empenho do governo municipal para enfraquecer o movimento popular com medidas clientelísticas, paternalistas e assistencialistas (CARLOS, 2003).

O governo municipal da Frente Vitória com o prefeito Vitor Buaiz propunha exatamente o reforço da participação popular e autonomia dos movimentos, mudando, portanto, a postura da PMV (HERKENHOFF, 1995; PINTO, 2007). Tal

coligação adotou a democracia participativa como pressuposto para gestão, ao passo que de 1993 a 1996 a democracia representativa foi adotada pelo PSDB em sua gestão municipal. Já no período seguinte, também governada pelo PSDB, houve um misto de ambas as concepções democráticas, participativa e representativa (OLIOSA, 1999). Porém, mesmo com um governo progressista, Frente Vitória, a participação ainda foi limitada e monitorada, além de haver instituições populares com traços paternalistas e assistencialistas que não incentivam os moradores a participar. Estabeleceu-se em Vitória, portanto, como no Espírito Santo e em todo o Brasil, uma cultura de dependência em que se espera na PMV o foco de promoção de ações (HERKENHOFF, 1995). Obviamente essa cultura política de participação limitada influenciaria a atuação da sociedade civil nos fóruns colegiados de encontro entre sociedade civil e o Estado, prejudicando o processo de implantação e atuação dos Conselhos de Saúde, tanto em Vitória como em todo o Brasil, de uma maneira geral.

## **A organização do sistema municipal de saúde**

Vitória é o município pólo da macrorregião Centro-Vitória e pólo também de sua subdivisão, a microrregião de Vitória, segundo determinado pelo Plano Diretor de Regionalização<sup>31</sup>, assumindo, deste modo, importância crucial para a assistência à saúde regional e até mesmo estadual (ESPÍRITO SANTO, 2003).

Atualmente, o município está dividido em seis regiões de saúde: Região Continental, Região de Maruípe, Região de Santo Antônio, Região de São Pedro, Região do Centro e Região do Forte São João (CRUZ, 2007; ESPOSTI, 2007; PASSAMANI, 2006).

Respalhada pelas diretrizes constitucionais sobre a saúde em 1988 que culminou na criação do SUS, a rede de atenção do município de Vitória possui como porta de entrada do sistema a Estratégia de Saúde da Família, ainda disseminado na literatura como Programa Saúde da Família (PSF), com vistas a priorizar uma

---

<sup>31</sup> O Plano Diretor de Regionalização foi uma das modificações feitas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001. Esta tinha como objetivo ampliar as responsabilidades municipais sobre a atenção básica (criando, inclusive, uma nova forma de gestão – a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada) e definir o processo de regionalização da saúde (SILVA, 2001).

assistência que pressuponha a promoção da saúde da população em seus bairros e domicílios, ou seja, em nível local.

Em Vitória, a implantação do PSF começou no final de 1997 e, a princípio, contemplou bairros carentes do município, a fim de se concretizar o princípio da equidade no SUS (ESPOSTI, 2007; PASSAMANI, 2006). Em 2006, 18 das 26 unidades de saúde de Vitória possuíam PSF implantados, incluindo bairros de classe média<sup>32</sup> (PASSAMANI, 2006).

A rede secundária, com especializações médicas e exames específicos e de custo mais elevados, vem sendo reorganizada para atender a demanda surgida pelo PSF, em parceria com o governo estadual (ESPOSTI, 2007). Em outras palavras, o município de Vitória, atualmente, está cadastrado em uma das duas modalidades propostas pela Norma Operacional Básica 01/96<sup>33</sup>, a saber, a Gestão Plena da Atenção Básica. Recebeu fortes pressões para que implantasse um sistema especializado de medicina curativa, com incremento da assistência em termos de hospitais e procedimentos de alta complexidade – serviços estes prestados pelo governo do Estado. Resistiu às pressões e manteve-se voltado à estruturação da atenção primária, desenvolvendo um trabalho reconhecido nacionalmente.

Atualmente, como nos relata Esposti (2007) e Passamani (2006), o município vem acordando convênios com instituições estaduais ou filantrópicas de média e alta complexidade, realizando, assim, procedimentos mais complexos, através da rede hospitalar do município, exames e serviços de média complexidade, criação de centros de referências e de especialidades, como o Centro de Especialidades Odontológicas, dentre outros, com a finalidade de aderir à Gestão Plena do Sistema de Saúde. Além disso, é meta da atual gestão aumentar a cobertura do PSF (AMORIM, 2007).

---

<sup>32</sup> Para aprofundamento sobre a implantação e estado atual do PSF no município de Vitória, recomenda-se leitura de Dalbello-Araujo (2005), Cruz (2007), Esposti (2007) e Passamani (2006) além de outros trabalhos que vêm sendo realizados por meio de estudos ligados ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>33</sup> Segundo Silva (2001), a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 01/96) reformula as formas de gestão municipal do SUS, sendo que o município pode adotar a Gestão Plena da Atenção Básica (a atual forma adotada por Vitória) ou Gestão Plena do Sistema, interesse atual do município, que seria responsável pelos diversos níveis de atenção em saúde, não só o primário (SILVA, 2001: p. 75).

## O Conselho Municipal de Saúde

A legislação referente ao CMS-V passou por várias modificações. Primeiramente, sob a égide da criação das Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 2007b; 2007c), foi promulgada a lei 3.172/91 (VITÓRIA, 1991a) que, tida como insuficiente após longo processo de negociação política, foi modificada pela Lei 3.179/91 (VITÓRIA, 1991b). No final da segunda gestão do PSDB, o prefeito municipal promulga uma nova lei de criação do CMS-V, a lei 6.247/04 (VITÓRIA, 2004). Finalmente em 05 de junho de 2006, com a retomada petista ao poder em Vitória, a lei anterior é revogada pela lei 6.606/06 (VITÓRIA, 2006). As diferenças entre as duas últimas leis promulgadas vão do nível sutil, com trocas de verbos, até acréscimos ou cortes de incisos na íntegra, o que nos leva a crer que o embate político entre esquerda e direita no município, tal qual como era no início dos anos 1990 (HERKENHOFF, 1995; OLIOSA, 1999), ainda persiste.

Os atributos do CMS-V estão descritos em 19 incisos, dentro do Art. 2º da Lei 6.606/06 (VITÓRIA, 2006) e a composição atual dá-se da seguinte forma:

- 2 membros titulares e 2 membros suplentes representantes do poder público municipal;
- 2 membros titulares e 2 membros suplentes representantes dos prestadores de serviços do SUS, com atuação no município de Vitória;
- 4 membros titulares e 4 membros suplentes representantes dos profissionais da saúde;
- 8 membros titulares e 8 membros suplentes representantes dos usuários do SUS, através de entidades sociais.

Como podemos notar, o princípio da paridade proposto pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 2007b: Art. 1º, § 4º) e posteriormente ratificado pela Resolução n.º 333 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003) está contemplado no CMS-V, onde há 32 cadeiras, sendo 16 destinadas aos usuários (50%), 8 aos profissionais da saúde (25%) e 8 para o poder público e prestadores de serviço (25%). Porém, não fica especificada com clareza a forma com que são escolhidas as entidades que

representarão os usuários, tampouco como são distribuídas as cadeiras de suplentes e titulares entre as instituições. Na lei vigente fica apenas estabelecido que as entidades representativas dos usuários deverão escolher os representantes através de Assembleia Geral convocada pela Comissão Eleitoral, e posteriormente, via ofício, comunicar as indicações.

Interessa-nos especialmente a configuração da representação dos usuários. Sendo assim, a nova gestão que começou em meados de 2008 apresenta as seguintes entidades representativas:

- **Conselho Popular de Vitória** – 4 vagas como titular e 4 vagas como suplente
- **Associação de Gays do Estado do Espírito Santo** – 1 vaga como suplente
- **Conselho Municipal do Idoso de Vitória** – 1 vaga como suplente
- **Pastoral da Saúde** – 1 vaga como titular
- **Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência** – 1 vaga como titular
- **Associação de Mulheres Unidas do Município de Vitória** – 1 vaga como suplente
- **Central Única dos Trabalhadores** – 1 vaga como titular
- **Fórum Estadual de Entidades Negras** – 1 vaga com titular
- **Movimento Estudantil - Centro de Ciências da Saúde** – 1 vaga como suplente

Como podemos notar, das 16 vagas reservadas à entidades populares, 8 são oriundas do CPV, ressaltando sua influência em relação aos movimentos populares do município, referendando o estudo de Pinto (2007).

Cabe aqui abriremos uma breve reflexão para o fato de que há no CMS-V dois assentos destinados a outros conselhos gestores, como é o caso do Conselho Municipal do Idoso de Vitória, com uma vaga para suplente, e o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, este com assento titular. Tal constatação é, no mínimo, curiosa, uma vez que entendemos o fato como uma desnecessária

“representação da representação”, haja vista a inúmera quantidade de entidades civis militantes nas áreas de direito do idoso e da pessoa com deficiência/necessidades especiais presentes na sociedade e que poderiam estar ocupando estes assentos sem intermédio de outros conselhos ligados à gestão pública.

Atualmente, o CMS-V reúne-se uma vez por mês em reuniões ordinárias, sendo que em algumas situações, reuniões extraordinárias também são convocadas (CMS, 2006).

Os conselhos gestores de políticas públicas do município de Vitória, mais de trinta no total, incluindo o CMS-V, apresentam diversos problemas das mais variadas naturezas (política, técnica, cultural), segundo recente trabalho de Zorzal e Silva et al. (2009). Além disso, especificamente sobre a gestão da saúde via conselhos gestores no município e no Estado, os problemas encontrados na literatura são comuns a muitos outros estudos sobre o tema e foram descritos em capítulo apropriado sobre os limites e as possibilidades da atuação dos conselhos de saúde. Desta forma, citando Ferraz (1998), que estudou o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, e Guizardi (2003) e Oliosia (1999), que analisaram elementos do CMS-V, e analisando-os comparativamente aos mais diversos trabalhos referendados neste estudo, podemos inferir que os problemas enfrentados pelos conselhos de saúde no Brasil são de ordem geral, respeitadas especificidades locais, e que os conselhos capixabas, em especial o CMS-V, não fogem à tal lógica.

## Capítulo IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS

### O campo científico e suas discussões contemporâneas

O instigante caminho para a produção do conhecimento, desde o início perturbador e encantador ao mesmo tempo, com a definição de tema, objeto, objetivos, torna-se ainda mais interessante ao definirmos uma metodologia que nos permita alcançar conclusões respeitáveis embasadas em um rigoroso método de análise. Assim, definir a metodologia de um trabalho é definir, em certa medida, qual será o seu grau de respeitabilidade.

Porém, o respeito a um trabalho científico depende não apenas de seu teor técnico, como também do ponto de vista ideológico de quem o avalia. Diversas são as correntes de pensamento que guiam os estudos científicos (DEMO, 1995; MINAYO, 2006), tornando difícil, por exemplo, a um cientista positivista<sup>34</sup> entender e aceitar técnicas da sociologia compreensiva<sup>35</sup>. Da mesma forma, a recíproca se torna verdadeira, tendo em vista que a abordagem fenomenológica, que é uma das formas de abordagem compreensiva (MINAYO, 2006), não aceita o reducionismo metodológico e analítico que propõe o positivismo.

A perda na credibilidade científica, graças à incapacidade da ciência em solucionar problemas sociais a que ela se propunha resolver, vem gerando uma crise epistemológica do chamado paradigma científico dominante, o qual acentua a racionalidade científica e ignora a complexidade e historicidade dos objetos de pesquisa (ALMEIDA FILHO, 2005; ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999; SANTOS, 2008). Emerge então, a partir das críticas desse paradigma dominante, sob a ótica de uma transição epistemológica, um novo paradigma que incorpora componentes históricos e sociais no campo da abordagem científica dos estudos (SANTOS, 2008). Sendo assim, busca-se unir novamente o que foi separado desde

---

<sup>34</sup> O positivismo “prescrevia que todos os enunciados e conceitos referentes a um dado fenômeno deveriam ser traduzidos em termos observáveis (objetivos) e testados empiricamente para verificar se eram falsos ou verdadeiros.” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999; p. 111)

<sup>35</sup> Minayo (2006) define a abordagem compreensiva como aquela que entende que a subjetividade é inerente ao meio social e à produção de significados, mas falha, segundo a teoria marxista, ao não levar em conta o papel histórico e material dos fatos.

a revolução científica impulsionada pela emergência das ciências naturais como ciência verdadeira, a começar por Descartes, e depois pelas ciências sociais positivistas, idealizadas por Comte: sujeito-objeto, subjetividade-objetividade.

Autores têm levantado a bandeira da união intrínseca de subjetividade e objetividade (DALBELLO-ARAUJO, 2008; LATOUR, 2001; SANTOS, 2008) como característica inerente ao novo paradigma emergente (SANTOS, 2008). Certamente a emergência deste novo paradigma pressupõe uma série de questões a ele inerente, sobre as quais Santos (2008) discorre com maestria<sup>36</sup>. Essa nova forma de produzir conhecimento acentua a necessidade de se aproximar objeto e pesquisador (DALBELLO-ARAUJO, 2008; LATOUR, 2001), além de conferir uma necessidade recíproca entre teoria e prática (FOUCAULT, 1979; JAPIASSU, 1976; SANTOS, 2008;) e de requerer uma interação, extremamente fértil ao conhecimento, entre as diversas disciplinas, o que convém chamarmos interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2005; JAPIASSU, 1976). Estas últimas seriam, inclusive, necessárias à tentativa de resolver um problema sério com o qual não souberam lidar os cientistas modernos, que é a superespecialização, o confinamento e o despedaçamento do saber (MORIN, 2004; SANTOS, 2008).

No campo da saúde<sup>37</sup>, por exemplo, a epidemiologia tradicional, “irremediavelmente positivista”, com seus métodos “indutivo-observacionais” (ALMEIDA FILHO, 1989), é tida como um excelente caso de como o paradigma científico dominante não deu conta da complexidade dos fatos sociais que ela se propunha (e se propõe) a estudar. Os epidemiologistas se viram limitados por uma quantificação expressiva e uma qualificação quase inexistente dos fenômenos sociais causadores de doenças. Além disso, a quantificação dos chamados agravos à saúde, como violência, tabagismo, acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, sexualidade, dentre outros, não vem dando suporte ao que seria a função fim da epidemiologia que é a de prover subsídios para uma intervenção eficiente dos programas de saúde. Assim, dentro do prisma do paradigma emergente, constitui-se a epidemiologia social, que vem sendo debatida como forma de substituir as epidemiologias moderna e clássica, tidas pela primeira como insuficientes (DRUMOND JÚNIOR, 2003).

---

<sup>36</sup> Segundo este novo paradigma, 1) todo o conhecimento científico-natural é científico-social; 2) todo conhecimento é local e total; 3) todo conhecimento é autoconhecimento; e 4) todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum (SANTOS, 2008).

<sup>37</sup> Ciência flagrantemente social, segundo Minayo (2006).

Entendemos que levar em conta a subjetividade dos indivíduos, das populações, enfim, dos “objetos” em estudo, não pressupõe uma mera desqualificação do método quantitativo, banhado historicamente pela ideologia positivista. É fato, porém, que desde a década de 1970, quando as críticas ao positivismo começam a se aprofundar, os questionamentos a respeito do quantitativismo começaram a se intensificar, mesmo porque era tido como uma forma de identificar aquela ideologia. Desta forma, a abordagem qualitativa emerge, por sua vez, como identificadora deste novo paradigma que nasce interessado em mergulhar na complexidade dos fatos a que se propõe estudar (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). Assim, mesmo que não se permitam ser generalizados, como afirma Martins (2004), os resultados de uma pesquisa com abordagem qualitativa superam aqueles oriundos da metodologia quantitativa em profundidade e riqueza de informações, tornando mais palpável uma aproximação com o verdadeiro sentimento expresso na coleta dos dados<sup>38</sup>. Autores como Lefèvre e Lefèvre (2003), Minayo, Assis e Souza (2005) vêm propondo, sob a ótica de uma ligação inerente entre ciências naturais e sociais defendida por Santos (2008), uma interação entre métodos qualitativos e quantitativos, como característica inerente da pesquisa social, respeitando suas especificidades e levado em conta as contradições e consensos (MINAYO, 2006) que essa combinação sugere.

## **Características do estudo**

A partir desse campo epistemológico pautado por intensas discussões ideológicas é que se destaca a importância de termos adotado neste trabalho uma abordagem que nos permitiu analisar com profundidade os sentimentos, símbolos e representações expressas nas falas dos sujeitos de nossa pesquisa. Sendo assim, a abordagem qualitativa é a que melhor se encaixa numa pesquisa como a nossa, caracterizada como estudo de caso, de caráter descritivo-exploratório.

O conselho de saúde estudado foi, portanto, o Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS-V), no Espírito Santo. Atualmente, o CMS-V é composto por 32

---

<sup>38</sup> É interessante aqui lembrarmos que ao pesquisador é anulada sua qualidade como ser neutro no processo de pesquisa, sendo ele, portanto, parte do estudo, uma vez que sua intervenção como tal é, por si só, condição para interferir no resultado (DALBELLO-ARAUJO, 2008)

conselheiros, como descrito no capítulo anterior, sendo 16 destinados aos usuários e os demais divididos entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde. As entidades de base civil representadas no conselho em sua composição atual são também apresentadas no Capítulo 3.

A coleta dos dados se efetuou pela utilização de instrumentos específicos nos dois níveis que participarão da pesquisa – representante e entidade representada, a saber:

### **Representantes**

No caso dos conselheiros representantes da sociedade civil, foi realizada entrevista semi-estruturada (**anexo 1**), adaptada de David (2005) com vistas a observar presença ou ausência de mecanismos de prestação de contas entre estes e sua base, além de averiguar a forma de autorização que lhe permitiu ser representante.

### **Entidade Representada**

Em relação à entidade representada, também foi feita uma entrevista semi-estruturada (**anexo 2**) com componentes não-conselheiros da entidade, mais especificamente com algum componente da mesa diretora, com o intuito de saber se a representação no CMS-V é um ponto de pauta na entidade, além de se conhecer como foi escolhido para a representação o conselheiro correspondente. Tal roteiro de entrevista também foi adaptado de David (2005).

Na ocasião, buscamos entrevistar apenas representantes titulares e suas respectivas entidades representadas com cadeira no conselho. Entendemos que a análise das entrevistas dos titulares seria suficiente para compreendermos o processo representativo do conselho como um todo. Dessa forma, entrevistas pilotos (pré-teste) foram realizadas com os representantes suplentes e suas respectivas entidades como forma de validar o instrumento, já que, apesar de já ter sido utilizado anteriormente em outra pesquisa (DAVID, 2005), seu conteúdo foi modificado e o

ambiente de pesquisa, por ser outro, necessitou de uma nova avaliação das entrevistas.

Vale ressaltar que todos os entrevistados foram devidamente informados sobre os objetivos e etapas do estudo e somente após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (**anexo 3**) responderam às questões.

Como foi dito anteriormente, a entrevista envolvendo a entidade foi realizada com um dos membros da mesa diretora da instituição. Não determinamos previamente que este seria o diretor-geral/presidente devido à possibilidade de este ser o representante da entidade no conselho, impossibilitando-o de participar das duas entrevistas. Neste caso, a entrevista com o membro da instituição realizou-se, portanto, com qualquer outro membro da diretoria.

Cabe ressaltar que o projeto desta pesquisa foi devidamente aprovado pelo comitê de ética competente. Além disso, para procedermos com as etapas da pesquisa, buscamos e recebemos a autorização protocolada da Prefeitura Municipal de Vitória, além de ter sido, o projeto, discutido e aprovado em plenária de reunião ordinária do CMS-V após devida explanação do pesquisador sobre os objetivos e métodos a todos os conselheiros presentes.

### **Proposta de análise: O Discurso do Sujeito Coletivo – DSC**

O Discurso do Sujeito Coletivo – DSC é uma técnica de análise de dados qualitativos elaborada com base na teoria das representações sociais e

“elenca e articula uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais – cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se, diretamente, como fato empírico, pela ‘boca’ de um único sujeito de discurso” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Em outras palavras, através do DSC obtemos uma resposta coletiva sobre uma determinada opinião comum a diferentes depoimentos, cartas, *papers*, numa dada

pesquisa de opinião. Desta forma, é criado um discurso em primeira pessoa representativa de todos os discursos semelhantes em um conjunto de dados. Assim

“ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade.” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, grifo dos autores).

A técnica do DSC vem sendo amplamente utilizada no meio acadêmico, o que mostra sua eficácia para “o processamento e expressão das opiniões coletivas” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Para que possa ser confeccionado, o DSC passa por algumas etapas e necessita de algumas figuras metodológicas que facilitam a compreensão e distinção das diferentes opiniões recorrentes num determinado depoimento para que, ao final, opiniões semelhantes sejam agrupadas para formar um único discurso, o DSC. Assim, baseando-se em Lefèvre e Lefèvre (2003), criadores e precursores desta técnica, tentaremos expor brevemente o significado destas figuras, bem como as etapas de criação do DSC.

**Expressões-chave:** são trechos literais dos depoimentos que expressam alguma opinião relevante sobre o objetivo do estudo, revelando a essência do discurso individual. As expressões chaves (ECH) devem ser destacadas no discurso transcrito (de preferência, coloridas, para facilitar a distinção das idéias que representarão cada ECH), de forma a gerar diferentes idéias centrais, como veremos a seguir.

**Idéias Centrais:** as idéias centrais (IC) são expressões sintéticas e fidedignas oriundas de um conjunto de ECH e expressam *o sentido de cada um dos discursos analisados*. Não cabe aqui interpretar a opinião do entrevistado através das ECH, mas sim descrever, na forma de IC, qual o sentido do depoimento dele. É possível e comum que haja mais de uma IC num mesmo discurso individual, de modo que é importante que as IC sejam diferenciadas e destacadas (coloridas, de preferência) sob os mesmos moldes que as ECH que as originaram.

Ao final da identificação de todas as IC nos depoimentos, serão compostos os DSC, de forma que cada IC gerará um DSC diferente.

**Ancoragem:** algumas ECH levam à definição não necessariamente de uma IC, mas sim de um pressuposto teórico ou ideológico que se definiu como “ancoragem” - AC. Cada discurso tem um pressuposto que acaba embasando o sujeito a explicitar sua opinião. Mas em grande parte das vezes esse pressuposto é demasiado genérico, o que dificulta a explicitação de AC, tornando-a inviável. Porém, algumas vezes esse pressuposto é claramente identificado em teorias e conceitos mais objetivos, sendo que a definição da AC se torna importante para a discussão posterior com o DSC.

**Discurso do Sujeito Coletivo:** O DSC é o resultado da manipulação das figuras anteriormente citadas. Cada DSC será composto segundo uma determinada IC ou AC, identificada, por sua vez, pelas ECH correspondentes, de forma que o discurso em si é elaborado utilizando-se, literalmente, as ECH componentes daquela IC ou AC.

A construção do DSC exige alguns passos constituintes de qualquer abordagem qualitativa como a correta elaboração do roteiro de entrevistas, escolha dos sujeitos, preparação do ambiente de entrevista, etc. (MINAYO, 2006; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). Porém, a tabulação dos dados segue passos específicos, com a construção dos chamados IAD – Instrumentos de Análise de Discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Primeiramente, é necessária a construção do chamado IAD 1 – Instrumento de Análise de Discurso 1 da seguinte forma, ainda segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), conforme quadro a seguir: devem ser copiados os conteúdos de cada entrevista isoladamente em seu respectivo IAD 1, ou seja, a primeira questão de cada entrevistado deve ser transcrita para a primeira coluna, onde será feita a leitura e identificação das ECH do discurso daquele indivíduo. As outras colunas do IAD 1 compõem-se de IC e AC. Portanto, após definir a ECH do conteúdo do discurso e destacá-la, deve ser descrito qual IC ou AC a que ela nos remete, e identificá-la na coluna correspondente, como na ilustração abaixo. Após este processo com a primeira questão de cada entrevistado, faz-se o mesmo com a segunda questão e assim sucessivamente<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Um detalhamento mais claro e preciso sobre as etapas de construção do DSC pode ser encontrada em Lefèvre e Lefèvre (2003).

## IAD 1

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDÉIAS CENTRAIS</b>	<b>ANCORAGEM</b>
Questão 1: discurso do sujeito 1	<i>IC A</i> <u><i>IC B</i></u>	AC A
Questão 1: discurso do sujeito 2	<u><i>IC B</i></u>	
Questão 1: discurso do sujeito 3	<i>IC A</i> <del><i>IC C</i></del>	AC A
Questão 1: discurso do sujeito 4	<i>IC A</i>	AC A

Após terminada essa tabulação inicial e separação de ECH e IC e/ou AC, partimos para a construção do IAD 2 – Instrumento de Análise de Discurso 2, que nos dará, finalmente, todos os DSC originários dos discursos individuais. Primeiramente, após definidas as IC e/ou AC pelo IAD 1, será necessário um IAD 2 para cada IC. Sendo assim, serão transcritas para a primeira coluna todas as ECH que correspondem àquela IC que originou o IAD 2 em questão, formando, ao final, um agrupamento desconexo de várias ECH com mesmo teor de opinião. A segunda coluna é destinada à confecção final do DSC, conectando as ECH de modo a formar um discurso único, coerente e que realmente seja capaz de expressar o que todos os

entrevistados que tiveram essa opinião disseram e acreditam. Observemos a ilustração a seguir, que dá continuidade à primeira ilustração<sup>40</sup>.

## IAD 2

*Idéia Central A (retirada do IAD 1)*

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b> <b>(referentes à IC A)</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
ECH do Sujeito 1	DSC composto pelas ECH dos Sujeitos 1, 3 e 4, conectadas, coerentes e capaz de condizer com a opinião expressa individualmente no discurso individual de cada um.
ECH do Sujeito 3	
ECH do Sujeito 4	

O mesmo procedimento deve ser feito com cada IC obtida no IAD 1, de forma a obtermos neste exemplo, portanto, três DSC diferentes para a questão 1, já que foram obtidas três IC diferentes.

Assim, com o DSC em mãos, para cada uma das IC de cada questão a análise dos dados encontrados pode ser feita normalmente, respeitando as características e rigores de uma análise qualitativa.

<sup>40</sup> Cabe lembrar novamente que uma única questão pode gerar várias IC e/ou AC e cada uma delas gerará um DSC.

## **Capítulo V – PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES**

A composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES (CMS-V) já foi devidamente descrita no capítulo III e a técnica utilizada para captar os discursos dos atores já foi explicada no capítulo anterior. A atenção neste capítulo será dada à análise do teor dos discursos obtidos para tentarmos entender, sob a luz da teoria da representação política descrita anteriormente, o que os conselheiros dos usuários e suas respectivas entidades concebem a respeito de sua representação como sociedade civil no CMS-V.

Primeiramente, precisamos deixar claro alguns aspectos relevantes que de alguma forma limitaram o conteúdo analítico do nosso trabalho. A primeira delas refere-se ao difícil acesso a alguns dos representantes. Nosso objetivo, como descrito no capítulo IV, seria entrevistar os oito representantes titulares da sociedade civil no conselho. Porém, conseguimos nos aproximar apenas de quatro. Dois deles não se dispuseram a responder as entrevistas alegando falta de tempo ou falta de interesse. Outro conselheiro havia sido empossado muito recentemente devido ao falecimento do conselheiro anterior, pressupondo, portanto, a falta de conteúdo histórico necessário para responder diversas das questões propostas no roteiro de entrevistas. Um quarto conselheiro não comparecia às reuniões, de forma que não coube incluí-lo no conjunto dos demais. Sendo assim, substituímos estes quatro conselheiros titulares por outros quatro suplentes, entendendo que o teor dos discursos não foi subestimado por esse fato.

Em relação às entidades, buscamos entrevistar os dirigentes daquelas cujo representante no CMS-V havia participado das entrevistas, gerando um total de cinco entidades. Destas, uma não pôde participar da pesquisa por afirmar que a única pessoa capaz de responder pela entidade seria a própria conselheira, o que enviesaria sobremaneira nossa análise. As demais, mesmo com dificuldades de tempo, responderam ao questionário.

Buscamos dividir nossa análise em quatro partes. Primeiro, abordamos o perfil dos representantes dos usuários no CMS-V, buscando caracterizar minimamente as características pessoais e sociais dos entrevistados. Posteriormente, levantamos

questões sobre o perfil das entidades, para avaliar seu grau de estruturação e a partir daí estabelecer conexões entre este aspecto e a atuação do seu representante no conselho. Como terceiro item de análise, levantamos e discorremos sobre os processos de autorização da representação como fonte de legitimidade desta representação. Por fim, a prestação de contas durante o mandato do representante, no sentido de observarmos como ocorre – se ocorre – a aproximação do representante com a base representada, no caso a entidade civil que compõe o escopo de entidades a constituírem representação da sociedade civil no CMS-V. Estes dois últimos pontos de análise – autorização e prestação de contas – serão alicerçados pelos resultados das entrevistas de ambos os componentes entrevistados, de maneira mista. Optamos por não separar os dados de um e de outro porque observamos que a discussão correria mais coerentemente, já que as falas, representadas pelos DSC, se complementavam em vários aspectos analisados.

Obviamente que a técnica do DSC proposta para organização e análise dos dados deste trabalho não foi utilizada no primeiro item de análise – perfil dos representantes. Vale lembrar também que cada questão gerou mais de um discurso devido às várias idéias centrais que surgiram no teor das respostas individuais, conforme a técnica do DSC explicada anteriormente.

Cabe aqui fazermos uma breve observação a respeito da utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo neste trabalho. Apesar das diversas possibilidades que esta técnica analítica nos apresenta, há uma limitação inerente referente à comparação de dados específicos de entidades e seus respectivos representantes. Ou seja, não é possível, através desta técnica, analisarmos comparativamente conteúdos de entidades e seus respectivos representantes no sentido de observar se há ou não coerência na opinião de ambos em suas respostas. Sendo assim, as comparações foram feitas de maneira generalizada entre entidades e representantes em todo o seu conjunto de entrevistados. Acreditamos, contudo, que o seguimento das discussões e análises feitas no decorrer deste capítulo são uma prova de que este empecilho técnico não reduziu o poder analítico das comparações ou corroborações.

Os DSC foram apresentados de forma que ficou evidenciado ao final de cada discurso a proporção numérica e percentual dos entrevistados que se encaixaram na respectiva Idéia Central concernente àquele DSC. Sendo assim, a observação do número proporcional de representantes que se incluem em determinado discurso é interessante para que seja avaliada a freqüência dos sujeitos que comungam aquela idéia.

No **anexo 4** apresentamos um exemplo, passo a passo, da técnica organizativa do DSC para que torne mais fácil a compreensão do leitor em relação ao teor das respostas discutidas neste capítulo.

## **O perfil dos representantes**

Não era objetivo central deste trabalho traçar o perfil dos conselheiros representantes da sociedade civil no CMS-V, mesmo acreditando que estes dados podem revelar pontos importantes da qualidade da representação nestes órgãos (BORBA; LUCHMANN, 2008). Assim, entendemos que o perfil dos representantes pode mostrar se o processo de inclusão política que, ao menos em teoria, é esperado com a implantação de conselhos gestores vem efetivamente ocorrendo ou se, ao contrário, elites minoritárias vêm ocupando estes espaços como historicamente vem ocorrendo no Brasil em relação ao exercício dos direitos políticos. De qualquer forma, são muitos os trabalhos que se propõem a tal discussão em profundidade. Neste, todavia, apenas alguns pontos foram abordados e alguns dados serão discutidos neste sentido.

Quanto ao gênero, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino: cinco ou 62,5% dos oito entrevistados. Tal dado reflete um pouco a composição dos usuários de todo o CMS-V, que apresenta nove mulheres e sete homens.

A faixa etária dos conselheiros, como apresentada na Tabela 1, mostra que todos os entrevistados possuem mais de 40 anos de idade, sendo que três deles possuem idade superior a 60 anos.

Em relação ao grau de instrução, surpreende o fato de haver pouca escolaridade na maioria dos conselheiros entrevistados, já que cinco dos oito conselheiros afirmaram possuir o ensino médio (completo ou incompleto) ou o ensino fundamental (completo). De qualquer forma, como vêm, inclusive, mostrando vários estudos, representantes da sociedade civil com alto grau de instrução é uma realidade nos conselhos gestores (Tabela 2).

**Tabela 1: Faixa etária dos conselheiros entrevistados**

<i><b>Faixa etária</b></i>	<i><b>Número de conselheiros</b></i>	<i><b>Porcentagem (%)</b></i>
40-49 anos	3	37,5
50-59 anos	2	25
60 anos ou mais	3	37,5
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Tabela 2: Grau de instrução dos conselheiros entrevistados**

<i><b>Escolaridade</b></i>	<i><b>Número de Conselheiros</b></i>	<i><b>Porcentagem (%)</b></i>
Ensino fundamental	1	12,5
Ensino médio incompleto	1	12,5
Ensino médio completo	3	37,5
Ensino superior incompleto	2	25
Ensino superior completo	0	0
Pós graduação	1	12,5
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>8</b>	<b>100</b>

No que tange à ocupação dos conselheiros, houve uma variedade de respostas, de forma que apenas dois afirmaram estar desempregados. O curioso é que destes, um assumiu estar pleiteando cargo de confiança de um vereador ligado ao PT e o outro afirmou aguardar convocação de concurso público para a Prefeitura Municipal de Vitória, o que forçaria sua renúncia ao mandato no conselho. Os demais ou são autônomos ou possuem emprego regular, como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Ocupação atual dos conselheiros entrevistados

<i>Ocupação</i>	<i>Número de Conselheiros</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Desempregado	2	25
Do lar	1	12,5
Aposentado	1	12,5
Autônomo	2	25
Outros	2	25
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Já em relação ao envolvimento dos conselheiros em outras entidades ou fóruns (além da entidade que ele representa no CMS-V e de sua atuação no próprio CMS-V), os dados não surpreendem. Todos os conselheiros freqüentam ou participam de outra entidade. Alguns, inclusive, participam de mais de três entidades ao mesmo tempo, incluindo aqui outros conselhos gestores<sup>41</sup> (Tabela 4). Dentre estas entidades, encontramos dados que corroboram diversos estudos já mencionados anteriormente como a filiação partidária e a participação em entidades religiosas (Tabela 5).

Tabela 4: Envolvimento dos conselheiros com outras entidades

<i>Número de Entidades (Organizações Cívicas ou Fóruns*)</i>	<i>Número de Conselheiros</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
1 entidade	3	37,5
2 entidades	2	25
3 entidades	1	12,5
4 entidades	1	12,5
5 entidades	1	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

\*Além da atuação na entidade que representa no CMS-V e do próprio CMS-V

Tabela 5: Envolvimento dos conselheiros com outras entidades

<i>Natureza da entidade</i>	<i>Número de Conselheiros</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Partido Político	3	37,5
Outro conselho gestor	4	50
Igreja	3	37,5
ONGs	1	12,5
Outros	2	25

<sup>41</sup> Uma entrevistada, por exemplo, afirmou participar de mais dois conselhos gestores além do conselho de saúde.

Os resultados aqui encontrados sobre o perfil dos representantes dos usuários no CMS-V, mesmo que escassos, guardam, na maioria das vezes, certa relação com vários trabalhos que procuraram analisar este aspecto. Em Gerschman (2004), por exemplo, a análise do perfil dos conselheiros municipais de saúde de alguns municípios do Rio de Janeiro também mostrou que a grande maioria dos conselheiros possui idade superior a 40 anos. Em nosso estudo, a proporção de entrevistados acima de 40 anos foi de 100%, o que ultrapassou os 83% encontrados no estudo de Labra (2002).

Em contrapartida, neste mesmo estudo de Gerschman (2004), como no trabalho de Labra (2002), os dados revelaram maior prevalência masculina, fato não encontrado neste trabalho em que a prevalência masculina foi de apenas 37,5%. Já em Borba e Lüchmann (2008), os dados encontrados corroboram nossos achados, já que 70% dos entrevistados eram do sexo feminino. Avritzer (2005), em seu estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, encontrou diferença irrelevante quanto à proporção entre homens e mulheres no interior do conselho.

Neste mesmo estudo, contrariando nossos achados e corroborando os dados encontrados por Gerschman (2004), Avritzer (2005) encontrou um percentual elevado de conselheiros com curso superior, o que também foi relatado por Borba e Lüchmann (2008). Parece-nos, portanto, que em relação à escolaridade, o CMS-V apresenta um perfil ligeiramente diferente dos estudos aqui citados, já que apenas 37,5% dos entrevistados cursaram ou estão cursando o ensino superior, porcentagem próxima ao encontrado em Labra (2002), que foi de 40%, sendo que a maioria possui apenas o ensino médio ou o ensino fundamental. Tal dado sugere que no CMS-V está havendo, de alguma forma, inclusão política de grupos menos favorecidos e de reais usuários do SUS, o que poderia ser complementado em uma análise mais profunda que incluísse aspectos da renda, como contemplado pelos autores citados e não contemplados aqui, e também pela proporção racial nos conselhos, aprofundada principalmente por Avritzer (2005).

Não analisamos a renda salarial dos entrevistados, mas abordamos a situação empregatícia destes conselheiros. Assim, enquanto que em Labra (2002) todos os conselheiros possuem renda regular, dois dos entrevistados neste trabalho disseram estar desempregados (25%), uma disse ser do lar (12,5%) e outros dois afirmaram

ser autônomos (25%). Em Avritzer (2005) a porcentagem de desempregados não passou de 10%.

Em relação à participação em outros conselhos, Avritzer (2005) apresenta-nos dados complementares aos nossos, já que naquele foi encontrada uma porcentagem de 66% de conselheiros que assumiram participar de outros conselhos gestores, de maneira que neste trabalho o valor encontrado foi de 50%. Na situação específica de Belo Horizonte, Avritzer (2005) infere a partir de seus resultados que a participação do indivíduo no conselho de saúde permite que ele tenha abertura para outras discussões mais amplas e, conseqüentemente, uma maior interação com outras políticas setoriais, fato que não podemos afirmar como certo neste estudo, por não aprofundarmos nossas análises sobre esta temática. De qualquer forma, as colocações do autor são bastante pertinentes e merecem ser analisadas e contextualizadas de maneira a problematizar positivamente esta temática.

Além disso, enquanto aqui encontramos que a totalidade dos representantes entrevistados assumiu participar de outras entidades, políticas ou civis, no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte 97,6% dos conselheiros entrevistados apresentam vínculo com outras organizações civis ou políticas. Porém, há um viés neste dado, já que o autor não excluiu a entidade de origem do entrevistado para relevar estas informações. De qualquer forma, tanto aqui quanto no estudo de Avritzer (2005), há uma aparente sobrecarga dos conselheiros em sua atuação política, fato que vem sendo discutido com freqüência pela literatura como ponto negativo em que além de não haver rotatividade na participação, sobrecarrega de tal maneira o trabalho do conselheiro que a qualidade de sua atuação fica afetada.

A filiação partidária é uma realidade tanto neste conselho com 37,5% dos entrevistados, quanto em outros analisados por diversos estudos como em Avritzer (2005) – 51,2% – e Labra (2002) – 72%, o que corroboram as análises de Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) sobre a proximidade entre os novos mecanismos institucionais de participação e os mecanismos tradicionais da política, como o partidarismo.

De maneira geral, a análise do perfil dos conselheiros entrevistados nesta pesquisa revela que uma maioria feminina e madura em relação à idade está ocupando o

espaço do conselho. Além disso, o grupo corresponde de maneira mais próxima à realidade socioeconômica dos usuários do SUS. Por fim, a militância política destes entrevistados sugere uma minoria engajada, resultando numa sobrecarga de sua atuação política geral.

## **O perfil das entidades**

Como já frisamos anteriormente, foram entrevistadas apenas as entidades cujo representante no CMS-V participou da pesquisa, limitando em cinco o número das que participaram. Como já foi informado também, uma das entidades, através de sua presidenta, relatou não poder participar da pesquisa devido à falta de corpo representativo, ou seja, a entidade contava apenas com a referida presidenta como membro da mesa executiva. Por ser presidenta da entidade e, ao mesmo tempo, representante no CMS-V, sua entrevista ficaria enviesada.

Os dados referentes às entidades compunham algumas informações sobre seu grau de estruturação que poderiam ser mais profundamente analisados em estudo apropriado, com a finalidade de se averiguar a relação entre estruturação da entidade e a profundidade em que se dá a representação de seu membro no conselho em questão, como o fez David (2005)<sup>42</sup>. Aqui, tais dados serão apenas coadjuvantes dos resultados das análises mais profundas obtidas através dos DSC das quatro entidades participantes da pesquisa. Buscou-se averiguar, portanto, quais documentações a entidade apresentava, se há reuniões ordinárias em seu funcionamento, se há produção e publicação de atas e relatórios e, por fim, se a entidade possui sede própria.

Em relação às documentações que comprovam e regulamentam a criação, bem como a atuação e articulação, todas as entidades pesquisadas afirmaram possuir ao menos dois documentos, como mostrado na Tabela 6.

---

<sup>42</sup> Neste estudo, David (2005) encontrou uma relação negativa entre grau de estruturação e poder reivindicatório das entidades do Movimento Social Urbano de Porto Alegre-RS. Ou seja, quanto menos estruturada era a entidade, maior era a intensidade da participação.

**Tabela 6: Documentação referida pelas entidades**

<b><i>Documentação</i></b>	<b>Número de entidades (n=4)</b>
Estatuto	2
Regimento Interno	3
Atas	3
Relatórios	4
Inscrição no CNPJ	3
Publicação	2
Notícia em jornal	1
Outros	1

Nota-se que das entidades entrevistadas todas produzem relatórios e apenas uma não produz ata. Quando questionados sobre a frequência em que estes relatórios eram produzidos, obtivemos os seguintes resultados (Tabela 7).

**Tabela 7: Frequência de publicação de atas/relatórios pela entidade**

<b><i>Frequência da produção de atas/relatórios</i></b>	<b>Número de entidades (n=4)</b>
Mensal	2
Quinzenal	1
Não há frequência específica	1

Quando perguntados sobre a publicação destas atas e destes relatórios, todas as entidades afirmaram que não há publicação específica para este fim, mas que há um arquivamento destes documentos, de forma que quando é do interesse de algum membro da entidade obter alguma informação ali constada, o acesso é irrestrito. Além disso, uma das entidades, que na verdade é um fórum que envolve várias entidades do mesmo perfil, disse remeter os relatórios para estas entidades que o compõem. Porém, esta entidade é a mesma que referiu não haver regularidade na divulgação dos relatórios, até porque, como ficou claro na entrevista, não há reuniões ordinárias desta instituição.

Já em relação à sede, todas as entidades afirmaram ter sede própria, fato que ficou confirmado durante a realização da pesquisa, já que três das quatro entrevistas foram realizadas no próprio espaço físico da entidade, enquanto uma quarta entidade repassou o endereço completo de sua localização.

Os dados que se seguiram mostram um interessante grau de estruturação das entidades com representação no CMS-V, o que poderia sugerir um envolvimento mais qualificado dos respectivos movimentos populares na arena decisória da saúde. Sendo assim, seus representantes no CMS-V exerceriam uma representação política mais próxima do ideal e mais distante da parlamentar, com um envolvimento político e social mais profundo. Ao menos, isto é o que sugere o estudo de David (2005), que relaciona o grau de estruturação da entidade com a representação de seu membro no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Mais informações seriam necessárias para precisar a relação que acreditamos existir entre o grau de estruturação e seu grau de representatividade perante o conselho de saúde. De qualquer modo, os dados obtidos sugerem que a escolha das entidades para representação no CMS-V, apesar de alguns possíveis vieses, como a referida entidade que não pôde participar do estudo por falta de corpo diretor e a escolha de outros conselhos gestores municipais – a saber, do idoso e da pessoa com deficiência – para compor seu *hall* de entidades representadas, vem procurando referendar entidades aparentemente bem estruturadas e, conseqüentemente, capacitadas para exercer o papel de ator político participativo no processo decisório através de seu (ou seus) representante no conselho de saúde.

## **A autorização para a representação**

Como nos lembra Avritzer (2007), uma das características que difere representação parlamentar e representação da sociedade civil em novos canais participativos é o fato de que nesta segunda não há requisitos explícitos de autorização do mandato<sup>43</sup>. Conseqüentemente, o que encontramos na literatura são mecanismos difusos deste processo (LUCHMANN, 2007; 2008), ora ocorrendo por indicação pelos dirigentes das entidades inseridas no contexto da participação, ora ocorrendo por eleição pelos membros da entidade ou em fóruns de segmentos sociais específicos. Ao mesmo tempo em que se encontram difusos, estes processos de autorização são tidos como parte de um conjunto de características definidoras do grau de legitimidade

---

<sup>43</sup> Na representação parlamentar, a autorização é institucionalizada via voto popular.

desta nova forma de representação política (YOUNG, 2006; LUCHMANN, 2007; BORBA; LUCHMANN, 2008), sendo de extrema importância o estudo de suas características para, em última análise, avaliarmos os processos de representação em espaços participativos.

O processo de autorização neste trabalho será analisado conjuntamente com algumas informações que julgamos ser pertinentes, ao passo que completam a análise do processo autorizativo em si. Assim, no CMS-V observamos, através dos DSC, que houve dois tipos principais de autorização para o mandato, os mesmos tipos encontrados nos estudos sobre o tema na literatura vigente: indicação pelos diretores/presidentes das entidades ou eleição pelos seus membros.

No caso de indicação, tentaremos elucidar as causas deste processo através dos discursos que nos indicam falta de opção pela entidade em escolher outra pessoa, e, ao mesmo tempo, talvez numa tentativa de indicar aquele mais preparado, buscar aquele mais próximo ao setor saúde através de conceitos como experiência e inexperiência. Neste bojo, a experiência da própria entidade no setor também foi abordada, de forma que algumas entidades e alguns representantes dos usuários afirmaram não ter experiências anteriores com a saúde.

No que se refere ao processo autorizativo via eleição buscaremos mostrar que a opção pela eleição é considerada, implicitamente, como uma forma mais aceitável de autorização, tendo em vista a articulação em torno da necessidade de ser votado e no orgulho expresso em possuir mandatos consecutivos como conselheiros.

Por fim, cabe fazermos uma análise do papel real da autorização em legitimar a representação no conselho gestor. Desta maneira, buscaremos entender as falas que explicitam o discernimento do próprio representante, assim como de sua entidade, sobre o ato de representar, bem como uma avaliação de seu papel como tal. O intuito é dialogar com autores que afirmam que o modo como o representante é escolhido para ser representante diz menos do que seu compromisso com aqueles que representa.

## **Autorização via indicação**

Alguns discursos evidenciaram, portanto, a existência de indicação do representante junto à entidade. Tal indicação é realizada sob existência de duas situações específicas: falta de opção junto à entidade e/ou experiência ou militância histórica do representante na área da saúde.

### Falta de opção

A falta de opção foi explicitada como forma de demonstração de desarticulação da entidade, como ficou evidenciado no discurso abaixo.

*Foi indicação. Porque as mulheres, elas são muito fraca nessa parte aí. Querem, mas não querem. E aí, quem tava na frente era só eu e a vice-presidente na época. Falamos na reunião que precisávamos de uma pessoa pra representar aqui. Aí, pedimos uma pessoa pra, um companheiro de luta nosso, não deu pra ele vir, devido à ocupação dele, trabalho, né? Não teve outra pessoa, fui obrigado a vir, para esse assento (DSC – Representantes dos usuários; proporção 2/8 ou 25%).*

O trecho a seguir confirma o fato de que a indicação é feita por falta de opção, de forma que em nenhum dos DSC dos representantes há, explicitamente, alusão à indicação por experiência com a área ou capacidade política de defender os interesses da comunidade ou, especificamente, da entidade representada.

*Você não resolve ser [conselheira], eles mandam. Fui me envolvendo com o movimento, fui me envolvendo, e as pessoas foram me vendo. Daí, viram que a participação da entidade era grande dentro da comunidade, das políticas públicas, dos encontros, dos movimentos que tinha da saúde, então eles resolveram que a gente teria que ter uma cadeira, já que era tão grande a contribuição na comunidade. Aí eu fui convidada, enquanto movimento, enquanto entidade, para estar participando do Conselho Municipal de Saúde. Por acharem que eu ia fazer uma boa representação dentro do município. Então, o motivo foi justamente nós não termos quadro de pessoas disponível para ocupar essa vaga, essa cadeira que nos foi dada. Quando não tinham essa pessoa, eu falei “é, eu é que vou ter que fazer essa representação”. Foi justamente por esse motivo (DSC – Representantes dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

### Experiência na área da saúde

Contudo, ficou implícito em alguns discursos que os entrevistados, de alguma forma, já realizaram ou ainda realizam atividades no setor saúde, direta ou indiretamente. Muitas falas indicaram que alguns conselheiros realizam trabalhos voluntários

conectados, de alguma forma, com a saúde da população, por exemplo, com reabilitação de dependentes de drogas e de grupos marginalizados. Outros ainda afirmaram que as dificuldades encontradas na vida, relacionadas direta ou indiretamente com a saúde, fizeram com que se envolvesse neste setor.

*Olha, eu via já as necessidades por eu trabalhar numa instituição de saúde. Aí já começou minha história se envolvendo com a saúde, pelo movimento da saúde. Então ali eu já comecei a ter um olhar crítico. Aí eu comecei, eu lutava, eu brigava. Na minha instituição a gente assumia a questão da vacina pra idoso, ia lá na casa dos idosos, levava as pessoas pra aplicar. E atualmente eu atendo como terapêutica mesmo, e tenho as pessoas que eu atendo particular. E nós temos também 150 crianças que nós fazemos a pesagem. Toda vez que tem a pesagem (DSC – Representantes dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

*Ah, eu me envolvi [na área da saúde] há 16 anos atrás quando eu me descobri soropositivo. O que me levou mesmo foi isso... que eu me descobri que eu era soropositivo (DSC – Representante dos usuários; proporção 1/8 ou 12,5%).*

*Comecei me envolver [na área da saúde] quando, na época de Hermes, eu condenei a defesa civil, que era altamente militar, né? Então aí, eu vendo o sofrimento dos outros, a fome que eles passavam, eu me deliberei que eu iria trabalhar em prol da saúde também. Aí eu vim pra luta de associação de moradores, que eu achava que tinha que ter mobilização, aí eu vim para os movimentos. Eu fui presidente de uma comunidade agora, por três anos... E se o povo lutar e buscar se informar do seu jeito tenho certeza que a gente vai conseguir o que a gente quer. Então eu soube que tinha um conselho local na comunidade, e que o conselho ajudava a deliberar, né, e trazer uma qualidade no trabalho melhor pra região (DSC – Representantes dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

As entidades representadas confirmam estas falas de forma que apontam para a indicação do seu representante justificado pela atividade já desenvolvida por este em atividades específicas ou não da entidade, como explicitado nas falas coletivas a seguir.

*A disponibilidade de tempo é o que determina a maioria das escolhas, porque é um trabalho voluntário, então precisa ser alguém que esteja liberado. E aí, pensamos que ele é o que tá mais ligado com esse negócio de saúde, tá sempre falando dessa coisa. Foi assim, não tem ninguém, vai tu. Daí a entidade resolveu indicá-lo, já que ele tinha essa qualificação, formação. Pelo trabalho que ele desenvolve, dentro da entidade e fora dela. A gente busca alguém que tenha condições de dialogar, de ter um entendimento que possa trazer, retratar o que a gente pensa e trazer de lá o que é pedido. Então é nesse sentido. Não teve nada de eleição. (DSC – Membros de entidade representada; proporção 3/4 ou 75%).*

*O movimento social, ele parte da realidade. Porque não adianta você, muitas vezes, fazer esse caminho inverso. Então, por que ele foi escolhido? Porque ele já era qualificado. Então, ele já tinha essa formação prática. Ou seja, a nossa formação é toda na prática. Não tem essa... o que a gente pode fazer é um momento de formação pra conversar como abordar, como se aproximar. E tem que ter interesse em participar. Porque aqui, as*

*peessoas não são remuneradas. Então aqui a gente procura estimular para que as pessoas não fiquem com muitos conselhos porque, primeiro, que ela não vai ter como atender. Mas infelizmente tem pessoas, por vaidade, querem ficar em muitos conselhos, certo? E ocupam lugares de outros (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Podemos observar que a participação dos representantes em mais de um conselho foi colocada como um problema na fala anterior. Se por um lado a experiência do conselheiro permite que ele exerça uma boa representação no CMS-V, e de fato Borba e Lüchmann (2008) ressaltam isso em seu estudo, por outro a demanda em participar de outros conselhos ou movimentos também é um fato que, se não for observado pelo próprio representante, pode se tornar um problema.

Sendo assim, como vimos na primeira parte deste capítulo, é comum que o representante atue em outros conselhos gestores ou movimentos sociais. Na opinião de um dos entrevistados, membro de entidade, essa representação atrapalha a atuação do conselheiro.

*Atrapalha... acho que atrapalha. O ideal seria focar em um só, mas fazem parte de outros conselhos (DSC – Membro de entidade representada; proporção 1/4 ou 25%).*

Porém, para uma maioria dos entrevistados, a participação em outros fóruns e conselhos é vista de forma positiva pela entidade, sempre demonstrando confiar na responsabilidade e compromisso com a entidade por parte do conselheiro.

*Ajuda, ajuda muito. É uma forma de divulgar o nosso trabalho. Não atrapalha, porque ele sabe das reuniões, ele é uma pessoa hiper organizada, ele sabe das reuniões que ele tem que ir. Porque o tempo é a gente que administra (DSC – Membros de entidade representada; proporção 3/4 ou 75%).*

Em contrapartida, alguns demonstraram também sua inexperiência com o setor saúde ao afirmarem que seu envolvimento na saúde começou e está sendo apenas via CMS-V, relatando que, antes disso, nunca haviam se envolvido.

*Não, nunca [me envolvi]... só estou agora. Então, por ser conselheira, tudo que tem da saúde a gente tá junto, né? A gente tem uma campanha da dengue, a gente tá lá junto. Se tem uma campanha DST/AIDS, a gente tá sempre fazendo campanha, ajudando a fazer, fazendo capacitações, né? Então a gente tá envolvida em todas as partes, a gente tá sempre aí junto com eles, né? (DSC – Representantes dos usuários; proporção 2/8 ou 25%).*

Especificamente sobre esta temática, a literatura chama atenção para o fato de que a escolha das entidades na representação da sociedade civil em conselhos gestores

se dá, sim, pela experiência e atuação na área temática em que se inclui o conselho gestor (AVRITZER, 2007; COELHO; VERÍSSIMO, 2004). Pressupõe-se, portanto, que a experiência da entidade revelasse algum nível de experiência do representante eleito para sua atuação como conselheiro ser condizente com a história da entidade, fato que é contradito pelo discurso acima. As entrevistas mostram que experiência no setor saúde não é muito bem avaliada para o convite da entidade a participar do CMS-V.

*A minha entidade, em si, ela não tem muito trabalho voltado pra essa área de saúde não. Nosso trabalho, ele é muito voltado pra educação. Então, a gente tem pouco. Através desse conselheiro que a gente... tem alguma coisa, mas não chega a ser ainda, tá precisando ser mais enfatizado, até no site, que a gente tá precisando de atualizar, ter alguma coisa específica e tal. Acho que há necessidade. É um desafio a ser colocado (DSC – Membro de entidade representada; proporção 1/4 ou 25%).*

Complementando a idéia anterior, além de alguns conselheiros afirmarem não terem experiência no setor saúde, notamos certa dependência de uma porcentagem razoável de conselheiros que assumiram buscar informações sobre saúde prioritariamente junto ao próprio conselho ou em eventos patrocinados pelo CMS-V ou pela administração municipal.

*[Busco informações sobre saúde] participando dos seminários, de debate, palestras, conferência, do conselho. O conselho municipal, ele me trouxe muitos conhecimentos, ele foi um lugar, que eu nunca tinha me envolvido tanto na saúde. Eu tenho muito que conhecer, tenho muito que aprender. Hoje eu to buscando. Nós tivemos a discussão do Pacto da Saúde, coisa que nunca tivemos, acho que nunca houve isso na vida. Vem as pessoas da administração, faz debate, procura mostrar pra gente. Tudo isso vem no conselho, e trás pra gente. Nós aprendemos com a própria administração, porque ela trás pra gente e ensina a gente. Tem também a nossa representante no conselho nacional de saúde, que me passa as informações necessárias pra eu dar continuidade aqui no conselho. Pra trabalhar aqui, porque senão... Então o conhecimento que a gente tem é através disso (DSC – Representantes dos usuários; proporção 5/8 ou 62,5%).*

### **Autorização via eleição pela entidade**

Retomando a discussão de como o representante se tornou conselheiro após uma análise daqueles que foram indicados por sua entidade, passaremos agora a discorrer sobre as falas geradoras de uma idéia central que revelou um DSC que aponta para uma maioria de representantes que afirmou ter sido eleita em plenária da entidade ou fórum para representar o grupo, o que também foi encontrado em um

DSC dos membros da entidade representada, porém, numa proporção muito menor do que aquela encontrada no discurso obtido através das falas dos conselheiros entrevistados.

*Olha, foi uma eleição com muitos candidatos. Muitos concorreram. Então, foi votação. No ano passado eu participei da conferência da saúde, e lá já saiu indicado. Então faz uma assembléia pra escolher. Faz uma reunião, o presidente, ele fala “hoje nós vamos escolher os conselheiros municipais de saúde”. Aí quem ta participando da plenária, pode se inscrever. Aí eu me inscrevi. E tinha muito candidato. Ficou muita gente de fora. Então, eu fui escolhida por assembléia, por votação. E ali, a minha comunidade mesmo se mobilizou, foi uma turma lá votar em mim. Eu articulei com as pessoas, que eu queria ganhar, entendeu? Então, é o próprio contribuinte lá fora e a sociedade civil é que tira essas pessoas pra representar no conselho. Então a gente vem pro CPV, porque o CPV é majoritário, é a comunidade maior, né. Aí eu fui escolhida, eu fui eleita. Mas fui eleita titular. Mesmo ausente. Eu consegui ser titular. E essa gestão agora, de eu continuar aqui, que essa já é a segunda, eu fui escolhida dessa forma também (DSC – Representantes dos usuários; proporção 6/8 ou 75%).*

*A gente faz uma reunião específica, não é o presidente que indica, nem é a executiva que indica. Marca-se uma reunião específica. Nessa reunião específica, todas as pessoas, todas as pessoas, que são moradoras de Vitória, acima de 18 anos, e que tenha envolvimento comunitário, que tem já um histórico de envolvimento comunitário, pode ser candidato a qualquer conselho que tiver. A gente faz uma leitura, pergunta quem tem interesse, as pessoas se apresentam, a gente dá de 3 a 5 minutos para que elas falem porque que elas querem [ser representantes] e depois é feita uma votação. E aí que é escolhido. Dessa maneira que é escolhido (DSC – Membro de entidade representada; proporção 1/4 ou 25%).*

Nota-se aqui um entendimento por parte dos representantes de que ser votado demonstra certo valor que os DSC referentes à indicação não demonstram. Nestes DSC acima, ser votado, ser eleito pelos membros da entidade é considerado motivo de orgulho e capacidade política do eleito. O fato de afirmarem ter ganhado uma eleição com muitos candidatos ou haver reuniões específicas na entidade para este fim, ou mesmo a referência de que não é a primeira vez que são eleitos para o papel de representante de entidade, são provas deste grau de importância.

### **Autorização e legitimidade da representação: saber representar**

As falas deixam claro, portanto, que há duas vertentes de autorização bem distintas no conselho estudado, mas a maioria dos entrevistados dos representantes no CMS-V (75%) encaixam-se na via “eleição”, o que tradicionalmente é mais aceito

segundo um “argumento eleitoral” inerente à várias organizações civis (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLLO, 2006).

É interessante ressaltarmos aqui uma observação muito pertinente de Leonardo Avritzer ao afirmar que mesmo nos casos em que há eleição para escolha dos representantes nos espaços participativos, esta se dá num ambiente em que o eleitorado e os objetivos da votação são diferentes, devendo, portanto, ser esta eleição diferenciada da eleição eleitoral.

Borba e Lüchmann (2008), por sua vez, encontraram um percentual maior de entrevistados que afirmaram terem sido indicados pela entidade para exercer o mandato em conselhos gestores: 66,7%. A indicação também prevaleceu em outros estudos específicos sobre conselhos de saúde, como em Labra (2002).

Parece-nos, contudo, que a forma com que foi autorizado a representar sua entidade não exime o conselheiro de exercer o papel de representante com responsabilidade e compromisso com a entidade e com o setor saúde como um todo. Pelo menos é o que parece pautar sua atuação no CMS-V, de acordo com DSC encontrados como resposta à pergunta “o que sua atividade como representante exige do/a senhor/a?”.

*Uma coisa que eu não tenho muito: discernimento e educação pra falar. Porque às vezes, eu acho que quando eu quero as coisas eu sou enjoada. É raciocínio. É cada dia que passa eu saber mais alguma coisa sobre doença, e tal. Então, mais é prestar atenção em tudo que foi pedido. É ta lendo bastante, porque todos os projetos passam pelo conselho pra ser aprovado. E às vezes se você não lê com atenção, ele só vai explicar lá alguma coisa lá, e falar “isso daqui é um projeto!”, mas você não vai perguntar nem quanto custa. Mas depois, você fez parte desse projeto, você votou pro “sim” daquilo. Então acho que ser conselheiro é uma coisa muito séria. Acho que a gente tem que pensar muito (DSC – Representantes dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

*Olha, me exige que eu não posso faltar. Até porque um bom aluno não pode faltar à aula. Tem que estar sempre na sala pra, né, pra ta sempre com suas matérias em dia. Como eu estou na fase de aprendizado, não falto a nenhuma das reuniões. Todas elas, seja ela em caráter urgente, não urgente... eu estou presente. Me exige também honestidade. Ser uma pessoa digna, honesta, e sempre ta trazendo um retorno, que é um relatório. Porque por eu não estar representando eu mesma, mas uma entidade, tem que estar preocupado com a imagem do próprio CPV, a questão da ética. Porque eu ali não to me representando, eu to representando uma entidade. Então eu tenho que fazer respeitar minha entidade. Eu tenho que vestir a roupa toda do CPV (DSC – Representantes dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

Talvez por isso, indicados ou eleitos, os representantes entrevistados parecem crer que o papel que exercem no conselho é bem reconhecido pelos membros da entidade que representam. Em resposta à pergunta “como sua entidade vê sua atuação como representantes”, os DSC foram os seguintes:

*Ah, todo mundo gosta. Todo mundo gosta. É importante ter, pelo grupo. Tá sempre ali, lutando, lutando, lutando, enquanto movimento, procurando o direito das mulheres. E também por ser negro, e tal. E eu sou o primeiro negro, LGBT lá dentro. Então foi um marco que marcou a nossa presença, eu conselheiro. Ter também uma representante das políticas da Igreja dentro das políticas públicas, dentro de uma sociedade. Você vai defender ali, politicamente, né? Então, então eu acho que eles acham legal. Eu acho que eles vêem, que é uma pessoa que ta dentro da política (DSC – Representantes dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).*

*Eu acho que não é muito bom, mas também não é ruim. Até hoje num reclamaram não. E vira e mexe, eu to sempre sendo indicado pra algum conselho. Então mostra que, por mais que eu não tenha bem informação num assunto que eles tão me propondo ajudar, há um interesse da minha parte em aprender. Porque eu sou uma pessoa que eu dou espaço para que falem. Graças a Deus, todas as pessoas gostam de mim, me respeitam, e eu respeito elas também. E eu tenho confiança de que eu não estou me representando. Isso é bem claro, eu tenho essa consciência, que eu não me represento, eu represento é o CPV (DSC – Representantes dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).*

Do mesmo modo, a maioria dos entrevistados por parte da mesa diretora das entidades reafirma essas colocações, como veremos a seguir. Podemos inferir a partir do discurso seguinte que mesmo tendo consciência das dificuldades e dos limites da representação no CMS-V, a atuação do representante é tida como boa.

*[A atuação do nosso representante no CMS-V] é boa. Mesmo com as dificuldades, que a gente gostaria que fosse qualificado, a gente só solicita ele, que faça um relato, relatório, tal, mas não tem essa cultura. Então, tem melhorado muito. Eles já tão dando idéia, eles já tão dando sugestão, já tão mudando de rumo, eles já tão realmente tendo a capacidade de ser agente de transformação, que nós sempre falamos aqui. E parece que eles já tão trabalhando de maneira unificada. Então por mais que ele seja extrovertido, mas ele é muito sério. E ele tem uma decisão muito séria. Quando ele fala “não” é não e qualquer coisa que possa perguntar pra ele no conselho de saúde, ele terá condições de responder [DSC – Membros de entidade representada; proporção 3/4 ou 75%).*

Acreditamos que os discursos acima apresentam uma forte evidência de que a postura do representado após tomar posse é o que pesa para a avaliação da representação deste membro da entidade no espaço participativo. Por mais que os autores abordem a autorização como parte importante no processo de representação da sociedade civil em conselhos gestores, não se pode concluir que uma forma é mais ou menos correta (entende-se legítima) que a outra ou que gera

uma representação política mais ou menos legítima se não levarmos em conta o ideal de representação deste autorizado.

Como exemplo, podemos citar Gerschman (2004b), que em seu estudo constatou que independente da forma com que o representante dos usuários foi autorizado a representar sua entidade no conselho de saúde, sua representação era legítima devido à grande dedicação à sua atividade.

Desta forma, o que parece determinar o caráter mais ou menos democrático no processo de autorização seria o interesse do autorizado em escolher representar ou elites específicas, ou seus próprios interesses, ou o grupo que representa. Em outras palavras, o que pesaria na verdade seria sua afinidade ou identificação com a situação vivida, como indica Avritzer (2007). Neste caso, portanto, não parece haver ligação entre a forma em que foi autorizado a representar e os interesses colocados em prática pelo representante, de forma que Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) parecem estar corretos ao afirmarem que “o comprometimento com os interesses representados é um componente vital da representação, irredutível a dispositivos institucionais” (p. 47).

O que parece, sim, comprometer a democratização do processo de autorização é o partidarismo influenciando em 12% das organizações civis a escolha de seus representantes, como nos mostra Labra (2002) em seu interessante e amplo estudo. Fato que não foi evidenciado nas falas dos entrevistados desta pesquisa, apesar de que três deles assumiram ser filiados a algum partido político. Tal dado confirma os achados de Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) ao concluírem que há estreita relação entre presunção da representação e canais tradicionais da política, de forma a interagirem complementarmente, mas não necessariamente de maneira positiva.

Assim, parece-nos que tanto os representantes dos usuários no conselho estudado quanto as próprias entidades analisadas aqui não relacionam diretamente os formatos de autorização com a validade da representação de seu(s) membro(s) no CMS-V. Apesar de alguns conselheiros admitirem, mesmo que implicitamente, possuir orgulho por serem representantes via eleição, mais por entenderem que assim possuem mais capacidade de articulação política do que propriamente serem

mais ou menos capacitados, outros DSC ressaltaram uma importância dada à experiência do conselheiro indicado no setor saúde, e que isso, por si só, seria capaz de conferir legitimidade ao mandato representativo. Além disso, a avaliação feita pelas entidades quanto à representação de seu membro no conselho, bem como a presunção de satisfação da entidade por parte dos conselheiros foi, na maioria das vezes, considerada no mínimo boa, independentemente da forma com que o representante foi escolhido.

Não restam dúvidas de que é necessário ainda mais estudos que discutam esta questão. Porém, há de se considerar que se o ideal de representação nestes novos espaços participativos deve se diferenciar do modelo representativo parlamentar, por que não considerarmos a capacidade de legitimidade democrática a formas alternativas de autorização para os espaços participativos? Obviamente que estariam excluídas desta possibilidade aquelas indicações por falta de opção em que a experiência ou militância não estariam sendo consideradas pelos membros da entidade. O que conferiria legitimidade da representação, nos casos de indicação, seria mesmo a aproximação do conselheiro tanto com o tema proposto a ser debatido pela entidade quanto a sua aproximação com os seus representados. Respostas mais precisas neste sentido necessitam ser dadas, mas o horizonte nos parece menos escuro.

## **A prestação de contas como legitimadora da representação**

Primeiramente, cabe ressaltarmos que a prestação de contas caracteriza-se principalmente pela relação entre representante e seus representados através de mecanismos que façam da representação política minimamente um “falar” em nome de outros, dos representados.

Sendo assim, seguindo uma linha de raciocínio que complementa as idéias postas anteriormente, analisaremos agora como a prestação de contas pode contribuir para tornar legítima a representação política nos conselhos gestores de políticas públicas. Para alcançarmos respostas que satisfaçam nosso objetivo, abordamos alguns aspectos deste processo, que foram considerados importantes para observarmos a

relação entre os representantes e os representados. Portanto, tentamos embasar nossas afirmações e análises nas idéias postas pelos DSC que reproduzem o ideal de representação tanto dos conselheiros, quanto das entidades.

Desta forma, procuramos observar a quem os representantes buscam representar no CMS-V, de forma que encontramos discursos que passaram a idéia de representação generalizada, no sentido de substituir o Estado faltoso, e também aqueles que afirmaram representar a entidade, enquanto representantes de um grupo específico.

Num outro enfoque, buscamos analisar a relação prática desta representação. Em termos gerais, analisamos nos discursos como tem ocorrido o diálogo entre representantes e entidade representada, observando regularidade ou não de relatórios, discussão prévia pautas com os membros da entidade, dentre outras coisas.

Outra abordagem que visou elucidar a questão da prestação de contas refere-se à qualificação do representante, tecnicamente e politicamente. Desta forma, também as entidades foram analisadas para sabermos se há ou não qualificação por parte destas para possuírem cadeira no CMS-V. Cabe ressaltarmos previamente que não nos debruçamos sobre a forma de escolha das entidades representantes no CMS-V por parte da Prefeitura Municipal de Vitória, apesar de considerar de extrema valia que estudos futuros considerem este processo em suas análises.

## **A quem representar?**

### *Visão generalizante*

Ao analisarmos as falas que revelam os interesses destes representados, observamos, como em Borba e Lüchmann (2008), que o interesse dos representantes pode ser visto como um interesse geral, enfatizando o bem de toda a população representada, e não somente da entidade. O DSC a seguir, que responde à questão “qual o papel do representante de entidade no CMS-V?”, mostra este achado:

*É trazer os problemas da população pra discutir aqui dentro do conselho, né? Muitos acham que eles não têm voz. Acham que se ele reclamar da saúde ele pode ser até preso, mas eles não sabem do direito deles, enquanto pacientes, usuários, enquanto pessoas que têm direito à saúde. Eu tenho o orgulho de representar o usuário. Porque você tá representando pessoas que você nunca viu. E tudo que você faz tem que fazer com ética, com transparência... porque são contribuintes, são seres humanos, e precisam ser olhados com respeito. E eu sou usuária, mesmo! Meu plano de saúde chama-se JESUS, eu tiro as duas primeiras letras, e sou do SUS! Então eu brigo, eu reivindico, mas é uma briga mesmo que a gente tem, uma luta que a gente abraça quando entra e que vê tanta coisa que não seria aquilo que você pensa que fosse, sabe? E o Estado e o Município, eles têm por obrigação cuidar dessa saúde (DSC – Representantes dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).*

No mesmo sentido do discurso anterior, observamos que o objetivo prioritário de alguns entrevistados abrange, realmente, um papel amplo de agente social promotor de igualdade, tomando para si um papel que em princípio deveria ser do Estado.

*É o bem estar da população. O meu objetivo é levar e trazer informação pra minha comunidade, é tá buscando a questão da necessidade, tá lutando praquilo de direito mesmo. Direito de igualdade, né? Fazer com que as coisas aconteçam com transparência. Sempre tá querendo saber cada vez mais pra levar até eles. E eles, na comunidade, tem o conhecimento por intermédio da minha pessoa. Porque eu venho de uma comunidade muito carente, muito maltratada pela gestão passada, num é? Eu trabalho com aquelas pessoas que você diz que são miseráveis mesmo, entendeu? E Eu vejo que minha comunidade precisa demais da minha ação, sendo a voz daqueles que não têm voz. Não tenho medo de estar dentro dessas políticas defendendo uma classe menos favorecida de uma sociedade que esta ali sofredora [DSC – Representantes dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).*

*É aquilo que a política não dá conta, o governo não dá conta, a gente acaba pegando como Igreja, como comunidade, como liderança de comunidade, você vai assumindo aquela dificuldade que aquelas pessoas têm. Quando você, você percebe que tá dentro da política [DSC – Representante dos usuários; proporção 1/8 ou 12,5%).*

Sob esta ótica, Abers e Keck (2008) fazem uma interessante discussão ao afirmarem que é importante ressaltar que nos conselhos gestores há também cadeiras destinadas a representantes indicados pelo Estado. Desta forma, por mais que o discurso das organizações civis nos remeta a uma idéia de justiça social e bem comum, elas não têm obrigações, necessariamente, para com toda a população. Ao contrário, os indicados do Estado, representantes do governo, é que devem ser responsabilizados pela falha dos conselhos em não promover a defesa efetiva dos interesses dos não organizados. Tal responsabilização se dá pelo fato de que, por natureza, os representantes do Estado têm obrigações para com toda a

sociedade, e devem, portanto, representar os interesses de todos, inclusive através de suas cadeiras nos conselhos gestores.

É interessante relatarmos aqui um interessante dado que acrescenta à idéia do papel do representante uma conscientização de que este deva ser a ponte entre as demandas reivindicadas pelas entidades e o poder público, o que nos permite concluir que o papel do representante do poder público no conselho acaba gerando uma expectativa de resolutividade ao conselho, o que muitas vezes não é necessariamente verdade, ou mesmo que a participação da entidade no conselho gestor gera uma impressão de aproximação com os canais de tomada de decisão, o que, apesar de ser uma realidade, não interfere nas práticas decisórias por si só, como veremos a seguir.

*[O papel do representante no CMS-V] é fazer uma ponte entre as demandas que são constatadas nessas visitas e na própria atividade da entidade, fazer uma ponte justamente com a parte do governo que seria capaz de elaborar as políticas públicas, que seria capaz de atender de uma forma, assim, mais efetiva, mais continuada, as pessoas nessa questão de saúde. Conseguir, então, reunir forças, interna e externa, para que o executivo implemente as políticas. Nosso movimento social, por exemplo, tá mais ligado à Secretaria de Cidadania, ao Ministério Público (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

#### Visão restrita à representação da entidade

Algumas falas, por sua vez, menos numerosas do que a idéia anterior, direcionam nossas análises para uma visão mais focada de representação política em que se assume o papel do representante como aquele que representa a vontade da entidade, como veremos a seguir.

*[O papel do representante] é falar pela entidade. É pela entidade. É lutar pela entidade. É ter o compromisso pela entidade, e não por você mesma. É priorizando as demandas da sua entidade. Passando informações, os informes, né, do que tá acontecendo em volta. A importância é isso, é dar o retorno, dar o feedback. Porque ali é o espaço das comunidades, da sociedade organizada. E as coisas são camufladas demais... Então ali o meu papel é estar falando pela minha entidade, que eu represento. E não por mim mesma, levando coisa que não seja pelo coletivo (DSC – Representante dos usuários; proporção 2/8 ou 25%).*

Nas análises dos DSC das entidades, algumas falas também mostraram que este ideal de representação política ocorre não somente nos representantes, mas naqueles que são representados.

*Ele, [o representante], não pode se representar. Ele tem que representar a entidade do qual ele foi indicado. Porque ninguém pode sentir nada por nós. Somos nós que vivemos o preconceito, a discriminação, o deboche... somos nós que somos marginalizados. O nosso representante ta respaldado pra participar. Então, o que é bom para o povo, o que é bom para o Coletivo, tem que, obrigatoriamente, ser bom para a entidade (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Esta visão parece captar de forma mais abrangente o ideário desta nova forma de representação política. Porém, devemos observar de maneira crítica as colocações deste discurso para sabermos se não vem se firmando nessa relação uma noção meramente identitária de representação.

Como nos lembra Íris Young (2006), a premissa básica da representação política é compreender que o ato de representar não admite uma relação de identidade entre representantes e representados devido à realidade irrefutável de que os primeiros não conseguirão em todos os momentos de sua representação falar em nome de todos os representados, subentendendo, portanto, a expressão da vontade de todos. É inerente a essa relação, como já mencionado algumas vezes, que representantes e representados sejam, sim, diferentes e que imaginar a abrangência de todas as opiniões na voz de um só é utópico e impossível de ser concretizado pelo representante.

O fato de o representante querer representar a toda a população, ou a todos os usuários do sistema de saúde, não os torna transgressores de um ideal humanista de participação. Porém, representar toda uma população torna-se utópico, racionalmente falando. Como veremos adiante, dialogar com a base específica que o indicou/elegeu para ser representante através de mecanismos convincentes de prestação de contas é tarefa difícil. Dialogar com toda uma população é inviável na relação representativa destes espaços democráticos, de forma que a representação seguiria muito mais os moldes de uma prática parlamentar do que uma representação em canais participativos.

Assim sendo, se determinadas entidades foram eleitas ou escolhidas para terem representação no conselho, cabe a elas fazer a ponte com a base que representam, buscando, em última análise, a representação de toda a população ou usuários do sistema. Enquanto isso, ao conselheiro cabe fazer a ponte do conselho com a sua entidade.

Os discursos acima discutidos trazem ambas as concepções. Porém, para além do discurso, devemos analisar como essa representação acontece. Por mais que se diga que a representação deva ocorrer em função da entidade, em muitos momentos ficou evidente que na prática a distância entre representantes e representados ainda é grande, carecendo de mecanismos de prestação de contas que aproximem as partes desta relação.

### **Como representar?**

A forma como vem sendo dado o retorno dos representantes às suas entidades em relação às atividades desenvolvidas no CMS-V pode dar luz a algumas das perguntas inerentes à nova representação aqui estudada. Vários são os DSC que possibilitam uma análise de prestação de contas caracterizada como difusa entre os representantes e os representados. Alguns assumiram não discutir, até mesmo pela pouca estruturação de sua entidade. Outros afirmaram que sistematicamente põem em pauta os assuntos discutidos no CMS-V, tanto levando demandas para o conselho, como trazendo decisões a serem tomadas na entidade. Um DSC chamou a atenção pelo fato de que o sujeito de pesquisa tomou a pergunta sobre prestação de contas como idéia para colocar em prática no seu dia a dia como conselheiro, assumindo, portanto, que esta rotina não era praticada em sua atuação.

### **Elaboração das propostas a serem discutidas no CMS-V**

Começamos pela noção de como o conselheiro elabora as propostas para serem levadas ao conselho, tentando descobrir se a entidade colabora ou não para este processo, e se não, quais os motivos para tal.

Perguntados se informam ou discutem com a direção da entidade sobre as pautas do CMS-V, obtivemos discursos variados, complementados pelas repostas à pergunta relativa a como que se dá a elaboração das propostas da entidade a serem discutidas no CMS-V.

Os discursos que seguem reúnem falas que mostram em seu conteúdo uma dificuldade ou ausência de reunião com a entidade para discutir propostas a serem levadas ao conselho, o que resulta numa demonstração implícita da pouca

freqüência com que o representante consulta sua base para discutir propostas no conselho ou mesmo uma subestimação do espaço e opinião da entidade para assuntos “não sérios”, como veremos abaixo.

*Nem todas [as pautas do conselho de saúde] a gente ta lendo. A gente costuma se reunir com eles quando tem uma coisa muito séria pra passar, né, pra eles, né? E quando a gente tem oportunidade a gente ta sempre discutindo, passando o que é saúde, o que é discutido aqui, o que está ali. Todas as reuniões, quando encontro com alguma, eu estou sempre discutindo com todas elas e lembro que nós estamos representando. Se você confia aquela pessoa a esse conselho, caso tiver alguma coisa muito difícil a gente tem que se reunir, mas no dia a dia a gente tem abertura, né... ver, conversar... nem sempre a gente precisa de ir lá [na entidade] não porque as coisas que é pra deliberar aqui [no conselho] a gente, na verdade, já tem tanto tempo que a gente ta aqui, que já conhece esse caminho. Mas quando é necessário a gente vai sim. Eu tenho, assim, sentido, tenho observado, que as pessoas não tem falado, não tem trazido propostas, nem por escrito, nem falando, e quando, às vezes, fala, é um caso pessoal, entendeu? Não é coletivo (DSC – Representante dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

*Olha, a pauta não. Porque quando a pauta vem pra nós... boa pergunta! Vou mandar agora as pautas pra lá, na hora que chegar aqui (risos)! Ta vendo? É vivendo e aprendendo! Vou mandar agora por causa dessa pergunta! Quando chegar, agora, vou mandar a pauta pra lá. Mas não discuto. Que a gente, no momento, não tem reunido, né? Mas a gente ta passando... A partir do momento que eles colocam você no conselho é porque você vai saber fazer a deliberação. Se tiver necessidade... então, assim, chega final do ano, tem que fazer relatório e levar pra apresentar também dentro da entidade (DSC – Representante dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

*A gente prepara [a pauta] pela situação que a gente vai vendo no dia a dia, né? A necessidade da população, a necessidade daquele usuário que vai naquela unidade e não tem aquele atendimento. Então, eu faço o seguinte... é buscar dentro da comunidade o que está acontecendo, o que está faltando... levar e informar o secretário pra que ele tome uma ação em cima dessa pendência. A gente pode discutir com a entidade? Pode! Está aberto pra gente discutir. Lá tem quem pode fazer esse atendimento pra mim. Mas nem sempre você recebe a pauta com tempo pra ir lá, sentar numa reunião pra discutir aquilo. Então... a gente tinha que, como entidade, ter uma reunião aqui, uma reunião lá. Se eu vim aqui, vim pra mesa diretora, eles mandam essa pauta a tempo, daria pra mim ligar, né... ir pra minha entidade, sentar numa reunião, elaborar, né... “oh, agora vai sair isso aqui... o que vocês querem que acrescente mais aqui?” (DSC – Representante dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

Os argumentos para essa autonomia do representante perante a entidade são diversos, como podemos notar acima. Subestimação da opinião dos seus membros e entendimento de que sua experiência como conselheiro ou conselheira lhe dá respaldo para tal autonomia nos conferem subsídios para afirmar que a cultura política tradicional, que sugere a existência do político profissional, ainda alicerça a atuação destes novos representantes. Ao mesmo tempo, reafirma que falta a eles

uma qualificação técnica e política capaz de subsidiar sua participação, como nos sugere boa parte da literatura sobre o tema (CORREIA, 2000; 2005). Técnica para que consigam minimamente avaliar com mais objetividade as questões que eles discernem como mais ou menos relevante e que, a partir daí, são selecionadas para serem levadas à discussão na entidade. Política para que entendam seu real papel e a conjuntura da representação nestes novos espaços de participação e se desprendam com mais rapidez das raízes da política tradicional, tão inerentes ainda em suas práticas participativas.

### O insistente problema da (des)qualificação

Qualificar os conselheiros poderia ser a solução para resolver problemas inerentes à atuação dos diferentes segmentos que compõem o conselho. O fato é que a diferença de saberes acaba gerando conflitos entre os membros do conselho, de forma que um nivelamento destes conhecimentos, sem desconsiderar ou minimizar a importância dos saberes em questão, poderia ocasionar uma agregação positiva aos debates que acontecem no CMS-V, tornando-os mais qualificados e passíveis de propor soluções àquelas questões não consensuais.

É notório, segundo o DSC a seguir, que este descontentamento pela disputa de saberes é vista sob a ótica daqueles que não apresentam nível superior, mais efetivamente, entre representantes dos usuários em relação aos profissionais da saúde e gestores.

*O desafio [de representar a minha entidade no conselho de saúde], às vezes, é dos próprios conselheiros. Desafio de inveja, de repúdio por pensarem diferente, às vezes, por visões diferentes, entendeu? Porque você vê que tem muita gente ali, os gestores, tem médicos, e eu não tenho faculdade, eu tenho a faculdade da vida, mas eu sou muito inteligente, entendeu? Que nós não temos uma capacitação de entendimento na saúde, nós o fórum. Não tem uma pessoa que tem esse conhecimento na área da saúde. Então é um desafio vir pra cá sem esse conhecimento. Mas eu não me intimido. Eu brigo pelos direitos da população, eu enfrento. Quer ficar com raiva de mim? Fica! Mas eu sei que tem pessoas que repudiam a gente ali. Porque tem eu que sou usuária, que sou desse jeito, eu falo muito. Mas tem aquele que você nunca vê abrindo a boca, nem para defender, nem para anunciar, nem para denunciar. Então ele tá representando a quem ali, né? Representando ele mesmo? Entendeu? Então, o desafio, é a visão de cada conselheiro (DSC – Representante dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).*

Vários estudos encontrados na literatura vêm demonstrando essa desqualificação, como em Gerschman (2004b) e Tatagiba (2002). O fato é que as desigualdades

existentes no meio sociopolítico, geradores de diferenças entre saberes, restringem a participação política e, conseqüentemente, acentuam ainda mais a desigualdade, acarretando um processo de exclusão, ao invés de inclusão (COELHO, 2007). É por isso que Lüchmann (2002) ressalta os problemas não só da desqualificação do conselheiro, mas também falta de capacitação e informação como limitantes de sua atuação não somente do representante da sociedade civil, tido como aquele que geralmente apresenta menos capital cultural, mas também aqueles conselheiros possuidores de elevado nível cultural.

Quem, contudo, deveria prover essa qualificação? Para alguns, a própria prefeitura, para outros, a entidade teria esta obrigação. Percebemos nas falas, porém, que o conselheiro não é qualificado para atuar, pelo menos por parte da entidade. Além disso, quando questionados sobre quais assuntos o conselho deveria discutir prioritariamente, a qualificação dos conselheiros surgiu como resposta de um dos membros de entidade, como veremos abaixo.

*Não tem [qualificação], nada . Não posso dizer que há uma qualificação. Há uma escolha, uma deliberação, que, assim, vai muito mais, a bem da verdade, da disponibilidade da pessoa e pela facilidade de levar e trazer informações do que, assim, particularmente de uma escolha específica, né? Essa pessoa, assim, tem que estar por dentro da situação e que, assim, tenha poder de dialogar, de contribuir, né, com o debate pra poder depois trazer pra gente. Mas uma formação específica, pra poder ser um conselheiro, ela é, assim, importante. Mas ainda não há (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/5 ou 50%).*

*A qualificação [tem que ser prioridade], né? A qualificação dos membros do conselho. E a necessidade de somar todo o conselho e tal, e reunir força pra que seja implementada a política (DSC – Membro de entidade representada; proporção 1/4 ou 25%).*

Tal fato pode ser compreendido se buscarmos analisar a importância que a entidade dá à área da saúde. Desta forma, das entidades entrevistadas, observamos haver discursos que generalizam a questão da saúde a tal ponto que nos permite inferir que sua importância é menor entre as causas a que se dedicam o movimento social em questão.

Daí, poderíamos nos questionar a respeito da escolha destas entidades pela Secretaria de Saúde para participar do CMS-V como representante dos usuários. Este processo não foi analisado neste trabalho, mas cremos ser de extrema valia um estudo que aprofunde este tema para obtermos uma melhor compreensão do processo de representação neste espaço e, assim, termos estabelecidos os critérios

de escolha das entidades, já que é requisito para esta escolha a valorização daquelas com experiência e atuação na área, como preconizado pela Resolução nº. 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

O fato é que ficou constatado que entidades extremamente desarticuladas, que nem sequer possuíam um corpo diretor capaz de participar desta pesquisa sem enviesá-la, como explicado no início deste capítulo, e entidades que só aceitaram enviar seu representante depois de anos consecutivos de convites por parte da Secretaria de Saúde e que não possuem atuação ou influência na área da saúde ou mesmo não priorizam a questão da saúde em suas ações, compõem o segmento dos usuários no CMS-V.

Tal fato fica evidenciado nos DSC referentes ao questionamento sobre qual o objetivo da ação política da entidade em que as Idéias Centrais foram ou fortalecer a base representada ou promover e dar autonomia ao movimento representado. Além disso, um discurso enfatiza que saúde não é prioridade e se encaixa como uma bandeira menos importante da entidade em questão, como poderemos constatar nos discursos seguintes:

[O objetivo prioritário de nossa ação política é] *empoderar as comunidades, fortalecer as comunidades. instrumentalizar, legalizar, apoiar, criar condição para que as comunidades, realmente, sejam fortalecidas e sejam independentes. Então, enquanto a gente cuida daquele que ta ali doente, né, de levar, assim, a questão básica da saúde, a preocupação também é de formar essa consciência. Porque a gente procura fazer com que tanto os problemas quanto as soluções sejam encontradas dentro da própria comunidade. A gente dá apoio, a gente dá estrutura, a gente dá essa condição (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

*A prioridade [da ação política da nossa entidade] é, primeiro, agregar entidades e organizações, principalmente as autônomas, não partidárias, sindical ou de governo! A sociedade civil organizada precisa ter mais originalidade. E pela maioria dos movimentos hoje no Brasil, os partidos estão aparelhando tudo. Então, eu defendo autonomia. Você pode participar de tudo lá: partido, governo. Agora a autonomia do movimento. E também a, nossa entidade trabalha pra promoção da cidadania da nossa população porque a nossa população ta deserdada, nas ruas. Temos que mostrar pras pessoas da sociedade que nós somos cidadãos, que tem que ter política pública pra nossa população. Então, a prioridade é promover a cidadania, da promoção da nossa população, dar visibilidade, tirar essa impressão marginal que muitas vezes as pessoas criam. Um estigma, um rótulo (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

*Não só a área da saúde. A gente não tem uma área específica não. Tem que ter uma visão, realmente, bem ampla, bem global, e uma visão coletiva. Então, nós atuamos dentro de um campo macro. Com autoridades,*

*governador, prefeito, no sentido de cobrar políticas gerais para o povo negro. Saúde, educação, cultura, trabalho. Então, na área de saúde, são poucas coisas, só essa coisa aí [atuação no conselho de saúde], e é interessante esse trabalho. [DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Em contrapartida, notamos que estes dados não podem ser generalizados por não se referirem a todas as entidades representadas que participaram da pesquisa. Algumas falas permitiram criar um discurso coletivo que revelou que algumas entidades realizam ações e atividades específicas para a área da saúde, fato que entendemos ser revelador da importância dessas entidades para a atuação conselheira, já que defendem posições mais enraizadas nos problemas vividos pela sua própria ação comunitária. É uma pena, contudo, que esta não seja uma realidade de todas as entidades

*Bom, importância [da área da saúde é] fundamental, né? Tanto que [a entidade] direciona seu trabalho pra essa questão. Então, nossa função é o resgate da pessoa como um todo, né? Aí a saúde é importante. Então é preservativo, orientação. Quando a gente sabe que tem algum membro da nossa população, detectar que tem algum problema de saúde, ou se já tá infectado com vírus. É por isso que a gente cria vínculo, pra poder levar, orientar, ver a questão dos remédios. Então, a gente tem uma relação muito íntima e de parceria com a saúde (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

### Pautas e relatórios

Prosseguindo em nossas análises notamos que um problema recorrente na literatura (VAN STRALEN et al., 2006; TATAGIBA, 2002) foi citado em um dos discursos: o envio da pauta pela secretaria da mesa é feito com pouco prazo para que haja tempo de se reunirem com a entidade para discutir aqueles assuntos que nortearão a reunião seguinte do CMS-V. Não cabe aqui avaliarmos a intencionalidade desta questão por parte da mesa diretora, até porque, apesar de o presidente ser o secretário municipal de saúde como ocorre em grande parte dos casos, dois membros representantes da sociedade civil fazem parte da mesa e poderiam reivindicar celeridade no envio da pauta aos conselheiros. O fato é que o envio prévio da pauta é importante não só para a obtenção de tempo hábil para o diálogo com a base representada como também para o amadurecimento do próprio conselheiro sobre a idéia a ser discutida no conselho gestor em questão (TATAGIBA, 2002).

Referente a esta análise, sob o ponto de vista das entidades, observamos que também houve discursos que salientaram esse referido distanciamento entre entidade representada e representante no CMS-V. Assim, questionados se há informações ou discussões a respeito da pauta do conselho por parte do representante de entidade, obtivemos os seguintes DSC dos membros das entidades:

*Não. Pouco. Muito pouco. Isso aí nós falhamos Inclusive, é uma demanda, uma coisa que nós estamos percebendo agora. Inclusive ela, como representante, o diálogo tem sido pequeno, no nosso entender. Precisa ser intensificado, até pra gente poder fazer também, tudo isso que é observado no trabalho do dia a dia, chegar no conselho, que é a instância que vai, realmente, articular essa política, né. Porque não existe uma relação de relatório. A gente já até pediu, relatório pra trazer, e tal, mas estamos realmente com dificuldades desse representante enviar relatórios, a gente pede e tal, mas estamos com dificuldade (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/5 ou 50%).*

Também os repasses das reuniões realizadas à base não ocorre em todas as reuniões, permitindo que concluamos não haver *feedback* dos conselheiros para suas entidades referentes à pauta de discussão do CMS-V.

*Não são [repassadas]. Isso aí, realmente, precisava ter um canal, né? Eu acho que isso fica, assim, restrito ao nível da entidade. Mas, assim, não há um aproveitamento total dessas deliberações não. Ainda não (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Para entendermos como, então, estas entidades definem suas posições para serem levadas pelo representante ao conselho, é necessário a análise do DSC a seguir.

*Sistematização [da pauta do CMS-V] não existe. Existe, a bem da verdade, é a discussão. É a constatação. Isso existe. Mas assim, no momento, a dinâmica do nosso trabalho ainda não levou a essa perfeição, ainda não levou a esse... o que seria assim, o ideal de ser construído, né. Muito embora a gente discuta, muito embora se saiba quais são as dificuldades, se sabe até alguns caminhos pra se chegar, mas na verdade ainda não se chegou a sistematizar e de utilizar o conselho de saúde ainda nessa forma propositiva, de forma que viéssemos a ajudar. Por outro lado, já tem uma política nacional que temos, uma defesa nacional. Então, já é muito solto. Então, segue aquilo ali e tal (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Notamos que nestes últimos discursos há uma tentativa por parte dos membros da entidade de justificar esta distância por entenderem que a entidade segue linhas universais, nacionais, e que por isso o representante já sabe as posições que deve tomar no conselho para que esteja de acordo com o movimento representado. Desta forma, questões pontuais sobre saúde ficam excluídas deste contexto e a opinião

pessoal do representante terá de ser expressa sem o conhecimento e aprovação da entidade que segue essa linha de raciocínio.

Além disso, um ponto extremamente importante no processo de prestação de contas vem sendo negligenciado pelos representantes, conforme constatado em discurso dos membros de entidade: a apresentação de relatório à entidade representada. Acreditamos que o relatório possui importância fundamental por ser uma forma de formalizar uma relação de representação e também de documentar e tornar público e universal o acesso dos membros da entidade a essas informações. Seria uma forma de manter contínua e sistematizada a troca de informações entre representantes e representados.

Como observamos, nas entidades em que os representantes não produzem o relatório seus diretores/presidentes demonstram em suas falas que este seria um interessante mecanismo de fiscalização da representação, mas que não vem sendo cumprido pelo representante, o que reforça a idéia de uma postura independente e autônoma do conselheiro em relação à base representada. Com isso, os representados não sabem como anda a atividade conselheirista de seu representante, como demonstrado no DSC a seguir obtido através de uma pergunta que visava saber se havia conhecimento por parte do entrevistado de alguma situação em que o conselheiro atuou ativamente na resolução de algum problema ou negociação específica no CMS-V.

*Desconheço. Desconheço. Eu não saberia dizer. Até porque, assim, eu acompanho o trabalho, não há tanto tempo que eu possa te dar uma... pouca coisa aconteceu nestes termos, no conselho de saúde, pra te responder. Não digo que não haja, né, mas porque eu desconheço (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Se houvesse um relatório sistematizando os resultados da atuação do representante, acreditamos que este fato seria menos freqüente e a entidade estaria ciente das ações de seus representantes nos espaços participativos.

A ausência de relatório torna-se argumento para muitas “faltas” das entidades na relação entidade representada x representante. Um deles diz respeito à ausência de suporte (técnico, financeiro, político) aos seus representantes por parte da entidade, que seria facilitado se esta soubesse mais sobre a atuação de seu representante no CMS-V. Além disso, passa-se ao poder executivo a premissa de qualificar seus

conselheiros no conselho em detrimento do suporte da entidade, como veremos no DSC a seguir.

*Não, não temos [suporte para os nossos representantes]. Ainda não. Isso é muito importante colocar. Que é o ideal ter, dar uma estrutura. Mas isso precisa fazer o relatório pra poder socializar, fazer o acompanhamento amplo da entidade, como ta atuando. Mas a gente pede para que a própria administração e a secretaria façam cursos específicos para as pessoas, para “empoderar”. Mas assim, a gente apóia, a gente debate, discute. Então, a gente dá condição. Ele leva muito. Alguma coisa que ele tem dúvida, ele leva pro grupo (DSC – Membros de entidade representada; proporção 4/4 ou 100%).*

Outra consequência negativa da falta de relatório do representante de acordo com membros de entidades foi a pouca ou inexistente frequência de reuniões com o representante.

*Não temos [feito reuniões]. Está faltando... acho que com o relatório você já convoca, né? Você com o relatório, convoca, convida pra reunião, pra quem quiser, tirar uma posição pra levar. Isso não ta ocorrendo. A gente tem que conquistar isso. A pessoa tem que melhorar nisso aí. O que nós temos é um fórum, no qual a saúde se encaixa, que é, assim, permanente e é mensal. Mas isso [representação no conselho de saúde] não é pauta dos nossos encontros não (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Notamos que as entidades entendem a importância do relatório, culpam seus representantes por não apresentá-los à entidade, mas não demonstram rigorosidade na cobrança com punições possíveis e cabíveis. Tal atitude, a de punir quem não apresenta o relatório, torna-se, inclusive, inviável em entidades que não possuem disponibilidade de pessoas para representação em conselhos gestores e em que mesmo a escolha do representante atual se deu após muita insistência, tanto por parte da Secretaria de Saúde, que elencou as entidades e movimentos sociais a participarem do CMS-V e as convidou, quanto por parte da própria presidência da entidade, de forma que se a punição fosse, por exemplo, a retirada do membro da entidade do papel de representante, não haveria ninguém para substituí-lo. Fato grave, que deixa a entidade a mercê daquele único representante disponível e sua forma de representar a entidade.

Todavia, entendemos que a falta de relatório não pode ser motivo para a não realização de reuniões sistemáticas com os representantes. Muito pelo contrário, a falta de informação formal e documentada, no caso, o relatório, deveria motivar a realização de reuniões ordinárias. Até porque, não é necessário que haja reunião

específica para se discutir a representação da entidade no CMS-V ou outros conselhos gestores.

É de se esperar, portanto, que organizações civis, movimentos sociais, fóruns municipais de segmentos sociais específicos, dentre outros, reúnam-se ordinariamente para debaterem suas demandas e atividades, de forma que a atuação nos conselhos gestores de políticas públicas tomaria forma como ponto de pauta nestas reuniões, como acontece em algumas entidades entrevistadas. Ou seja, a participação da entidade em conselhos gestores não pressupõe, necessariamente, motivação única de reuniões específicas da entidade a não ser que seja realmente necessário, quando se tratar de um assunto relacionado ao conselho e que seja de extrema relevância para a entidade.

*Normalmente os conselheiros vêm nas reuniões. Vem e discute. Discute com o grupo, com o todo. Essa reunião é mensal, pra discutir tudo, inclusive a representação nossa nos conselhos, em outros programas, em outros projetos. E quando tem algum problema assim específico e pontual, a gente marca reuniões aqui, que a gente discute (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).*

Não são necessários muitos argumentos para deixar claro que, se é certo que há necessidade de prestação de contas entre representante e representado durante todo o mandato nesta nova forma de representação, é certo também que relatórios periódicos e discussão da pauta em reuniões da entidade previamente à reunião do conselho são igualmente necessários. As falas analisadas mostraram que estes mecanismos de prestação de contas não ocorrem por diversos motivos: falta de interesse do representante, falta de cobrança da entidade, falta de apoio da mesa diretora do conselho, que distribui as pautas sem tempo hábil para reuniões prévias dos conselheiros com sua base. É evidente que estes entraves podem ser evitados, cabendo a cada um fazer seu papel para que se possibilite a inauguração de uma cultura de representação política que leve em conta mecanismos formais de prestação de contas. A legitimidade desta representação viria por consequência.

Alguns fragmentos das diversas falas que apresentamos e discutimos até aqui nos remetem à conclusão da existência de uma concepção fiduciária de representação no seio da sociedade civil participante do CMS-V, o que também foi encontrado no estudo de David (2005).

Labra (2002) encontrou uma porcentagem de 55% de entrevistados que declararam não receber orientações da entidade para atuarem no conselho, o que também corrobora nossos achados.

Borba e Lüchmann (2008) também relataram presença de um “agente fiduciário” em suas análises, porém lançaram sobre tal um olhar cauteloso. A representação fiduciária, tal qual citada por Bobbio (2000), indica uma autonomia do representante em relação à sua base que, para este tipo de formato representativo, presente nos conselhos gestores, não seria ideal, encaixando-se mais numa concepção parlamentar de representação política em que a relação dá-se por confiança dos representados para com seu representante sem presença sistemática de prestação de contas, sendo essa concepção compatível com o ideal de democracia representativa, não participativa. Segundo Borba e Lüchmann (2008) a representação eleitoral caracteriza-se pela distância entre representantes e representados, enquanto que neste caso, a representação em conselhos gestores de políticas públicas, esta distância não existe ou pelo menos não deveria existir. Ao contrário, a autonomia relatada pelos entrevistados parece estar assentada em uma identidade e/ou aproximação (BORBA; LUCHMANN, 2008), o que exige ainda análises mais elaboradas para conclusões sobre o assunto.

De qualquer forma, como já indicamos em capítulo apropriado, nem a representação fiduciária nem a representação por delegação são viáveis e possíveis de ocorrerem em sua forma mais pura, como afirma Hannah Pitkin (1979). Mas é válido pensarmos que quanto mais distante possível da visão fiduciária de representação nos conselhos gestores, melhor será o entendimento democrático desta relação. Desta forma, a aproximação com os grupos representados, no sentido de levá-los em consideração no que se refere às perspectivas almejadas (YOUNG, 2006) no momento de sua manifestação no conselho ou qualquer outro espaço participativo, parece ser uma virtude cada vez mais necessária para que seja alcançada a legitimidade da representação nestes novos formatos institucionais participativos que vêm se configurando na atualidade.

## A aproximação entre representante e entidade

Discutiremos agora alguns DSC que demonstram uma maioria de discursos individuais que originaram uma Idéia Central de afirmação desta necessidade de discussão prévia com a entidade para as proposições no conselho, demonstrando o respeito e a responsabilidade em falar em nome de outros que alguns conselheiros possuem, distanciando-se, portanto, da visão fiduciária e aproximando-se, por sua vez, de uma visão representativa de delegação.

*Óbvio! Discuto [a pauta com minha entidade]. Tem que discutir o que eu quero pro grupo. Sem dúvida, né? É obrigado a prestar todo o relatório das demandas que foram tiradas no conselho. Porque se não discutirmos internamente, nós não podemos levar nada pra lá [CMS-V], né? Então, o que eu faço? Eu chego na entidade e falo “Ó, é isso aí... essa foi a demanda tirada lá”. Eu levo a Ata que a gente tem escrito, que tudo eu passo pro grupo e discutimos em plenária. Então eu converso com os parceiros lá, é muito bom. Agora mesmo eu to pra ir lá, porque nós vamos ter uma conferência de saúde no mês de julho, e aí a gente precisa ver o que, não só eu, mas eles também, tão querendo botar em debate, né, na conferência municipal de saúde, pra gente fazer um debate bacana. Então, discutimos, brigamos, mas chegamos a um acordo definitivo (DSC – Representante dos usuários; proporção 6/8 ou 75%).*

*Nós temos pauta. A gente leva pro grupo, pro fórum, e trás pra discutir nas reuniões, né? Então, na verdade as propostas a gente trás como entidade. Então, eu passo tudo pra ela [entidade]. Aí faz uma pauta para a reunião seguinte e a gente pede para os presidentes de comunidade, pras pessoas que participam, dar opiniões pra gente levar pro conselho. Porque eu não represento a mim, eu represento a minha entidade. Então, geralmente a gente acrescenta, ta? Se a gente quer uma ação, por exemplo, que alguém venha falar da hanseníase, como está a hanseníase no município, aí a gente põe um ponto de pauta, né? Levei também uma demanda para que se cumpra que é a capacitação dos funcionários de saúde. Foi discutido entre a gente lá da entidade, nós discutimos. Então, eu levei não só a pauta, como também a proposta, né, de capacitar os profissionais de saúde. E o contrário também: as propostas saem do conselho e eu levo as propostas prévias, né, do conselho municipal de saúde, eu levo as propostas deles para nós debatermos lá na entidade. Porque pra mim, conselho lagartixa não dá! Ele falou você balança a cabeça (DSC – Representante dos usuários; proporção 6/8 ou 75%).*

Assim como entre os representantes, os próprios membros de entidade, em metade de seus sujeitos entrevistados, evidenciaram que a relação com seu representante no CMS-V deva ser constituída sobre moldes mais aproximativos, gerando uma noção de responsabilidade coletiva sobre o ato de representar a entidade, tanto levando suas posições ao conselho de saúde como informando à entidade as deliberações tomadas lá. Vejamos, portanto, os discursos que apontam para tais conclusões.

*Sim, ele é representante da entidade no conselho da saúde. Ele leva. A gente conversa. Ele leva a postura da entidade nas reuniões. O papel dele é esse. É de representar a entidade. Então, traz pra cá, discute em reunião. Então, nós temos que instrumentalizar a liderança, para que, realmente, ela tenha condições dela mesma ter espírito crítico (DSC – Membros e entidade representada; proporção 2/5 ou 50%).*

*Primeiro nós temos, aqui nas reuniões, dizer que o nosso olhar tem que ser coletivo. Nós temos uma reunião ordinária, mensal. E nessa reunião, tem a pauta. Então ele passa o que ta sendo discutido lá. Porque o olhar não pode ser pontual, não pode ser personalizado. Existem prioridades. O posicionamento que o conselheiro daqui sai, ele tem que ter, principalmente, um olhar coletivo e um olhar social, e levar isso para o conselho crítico (DSC – Membros e entidade representada; proporção 2/5 ou 50%).*

*[As deliberações do conselho são passadas] através do nosso representante. Então ele passa, comenta o que aconteceu, discute o posicionamento que teve, tudo nas reuniões [ordinárias mensais]. Caso ele precise, a gente se reúne, a gente marca reunião extra, convoca. A gente vai, discute e leva nossa posição. O grupo concorda, o grupo não concorda, o grupo dá diretriz... o grupo, então, mostra caminhos. Comentam na reunião, e discutem (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%)*

Parece que há um avanço considerável dessas falas coletivas em relação às anteriores, tanto pelo conteúdo quanto pela proporção de sujeitos que indicaram essa idéia central no teor de sua fala, especialmente em relação aos representantes no conselho. A prestação de contas durante todo o mandato é um dos principais argumentos de Young (2006) para se efetivar a real representatividade das minorias que historicamente foram excluídas dos processos decisórios.

Em pergunta semelhante, a tentativa agora é obter informações a respeito do fato de o representante trazer para a entidade – e como o faz – informações sobre suas ações no conselho, bem como as discussões que norteiam suas pautas. Os resultados não foram diferentes dos relatados anteriormente em termos de conteúdo, mas proporcionalmente mostraram-se ambíguos.

Dois discursos, constituídos por idéias centrais de dois sujeitos diferentes, mostram que ou não há prestação de contas ou ainda não houve prestação de contas, como veremos.

*O povo não ta participando, então a gente num tem nem como representar. A gente tem que representar mesmo é o povo mesmo, mostrar pra ele o meu trabalho (DSC – Representante dos usuários; proporção 1/8 ou 12,5%).*

*Ainda não prestei. Que a gente vai ta prestando mesmo, ta? Essa semana já ate conversamos, prestar conta, assim, fazer relatório. Agora, não*

*prestamos contas, assim, de um relatório, porque a gente tá acostumado a trabalhar com projetos sociais, e faz o relatório* (DSC – Representante dos usuários; proporção 1/8 ou 12,5%).

Por outro lado, uma maioria dos entrevistados disse haver prestação de contas de suas atividades no CMS-V para a entidade, o que corrobora algumas análises feitas anteriormente.

*Sim. Com certeza. Tenho [que prestar contas], né? Sou obrigada. Quando a gente tá à frente da comunidade, a gente tem que fazer esse papel. Então, lá na reunião eu falo tudo que tá acontecendo. Tudo que eu faço na saúde eu tenho que falar “olha, tá acontecendo isso e isso na saúde e tal”. Inclusive agora, através de relatórios* (DSC – Representante dos usuários; proporção 6/8 ou 75%).

Perguntados agora sobre como era essa prestação de contas, algumas idéias compuseram um discurso otimista em que a sistematização desta prestação faz-se presente.

*Sempre depois do conselho tem uma reunião aqui por mês. Então, isso tudo eu passo pras pessoas que precisam. Aí eles fazem um relatoriozinho, trago a Ata, que a Ata eles entregam pra gente, né? Você recebe a Ata de tudo que tá se passando lá dentro, o que você aprovou, o que você não aprovou. Então, fazemos relatórios. Não sei se você notou. Todo mundo lá presta atenção. Eu sempre tô escrevendo alguma coisa, entendeu? É tipo uma prestação de contas. E essa prestação de contas, às vezes, nem é direcionada só ali dentro do CPV. Nós fazemos as reuniões ampliadas e apresentamos. Porque você é um conselheiro, você tem que ser o leva e trás. Eu tenho que pegar aqui e colocar não só para aquele que eu represento, mas também passar pra comunidade* (DSC – Representante dos usuários; proporção 5/8 ou 62,5%).

Como forma de exemplificar os dados anteriores, questionamos aos entrevistados se houve alguma situação difícil até o presente momento de seu mandato no CMS-V. Algumas questões muito específicas surgiram, mas a que nos parece mais relevante para acrescentarmos aqui, refere-se a uma identificação com um grupo específico, ressaltando o empenho de alguns conselheiros em defender as minorias representadas no CMS-V.

*Quando eu quero discutir a política do idoso e eles não me escutam. Querem me empurrar de goela abaixo. Outros já têm política específica: pra criança, pro aidético... Então, é quando eles querem me empurrar de goela abaixo e tirar que a gente discuta uma política para o idoso. E teve também, deve ter uns 15 dias que foi votado aqui numa extraordinária o que nós deveríamos fazer sobre a saúde da população negra. Queríamos uma conferência do movimento negro e tava se percebendo que não ia ser concretizada essa conferência municipal da saúde da população negra. Houve uma articulação pra não existir essa conferência. Então a gente fez uma reunião que a gente tava decidindo que a gente tinha deixado claro que queria uma conferência da população negra. E aí eu questioneei, e a*

*gente não deu seguimento praquilo ali enquanto não decidisse pelo movimento negro. E eles aceitaram, que vai acontecer a conferencia da população negra (DSC – Representante dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).*

Seria interessante que fatos como este, que dizem respeito diretamente ao grupo que está sendo representado, fossem discutidos com a entidade para que o representante pudesse, então, expressar coletivamente a opinião a ser defendida no conselho. De fato, dos oito conselheiros entrevistados, quatro relataram ter vivido algum fato ou situação complicada no conselho, sendo que todos estes comunicaram à sua entidade a referida situação.

*Sim, relatamos, claro. Isso eu discuto. Isso aí foi discutido dentro da câmara<sup>44</sup> comigo, pra todo mundo (DSC – Representante dos usuários; proporção 4/4 ou 100%)<sup>45</sup>.*

Deparamo-nos, porém, com um fato interessante e, ao nosso entender, negativo. Quando perguntados sobre a reação da entidade em relação ao tema, um discurso apontou para o descaso da entidade em relação à prestação de contas de seu representante.

*As pessoas, às vezes, não esquentam. Às vezes nem todo mundo da entidade tem interesse, só participa pra dizer que participa. Então a entidade tava praticamente morta, porque as pessoas não queriam participar, muitos poucos, entendeu (DSC – Representante dos usuários; proporção 1/4 ou 25%).*

Ao mesmo tempo, um conjunto de falas originou um DSC que passou uma idéia de apoio da entidade com o fato relatado por seu representante.

*Eles acharam isso normal porque sabem que há sabotagem. Porque todas as políticas voltadas para a população negra, pretos e pardos, né, existe essa coisa, sabotagem de não deixar ninguém implementar certas coisas. Então, começou as coisas a melhorar, depois que o CPV interveio. E aí, o CPV, através do presidente, começou a nos orientar. Porque o CPV é pra ensinar você como falar com o prefeito, né? Falar com o secretário de obras. O problema é você chegar até eles, né? O CPV é essa ponte entre comunidade e município e estado (DSC – Representante dos usuários; proporção 3/4 ou 75%).*

Notamos que no discurso antecedente a este – e não só nele como em vários discursos ao longo desta discussão – os entrevistados relatam um descontentamento e uma realidade sobre a solidez da entidade. Em vários

<sup>44</sup> Acreditamos que, ao dizer “câmara”, o entrevistado estava se referindo à plenária de sua entidade ou fórum.

<sup>45</sup> Aqui utilizamos como referência um total de apenas quatro entrevistados, tendo em vista que este era o universo possível para responder tal questionamento.

momentos foram observadas críticas aos membros da entidade por muitas vezes não se interessarem ou não participarem efetivamente das lutas e bandeiras levantadas pela entidade, principalmente dos assuntos relativos à participação da entidade nos conselhos gestores, vista como uma atividade de segunda importância pelos seus membros.

Cabe lembrar que a prestação de contas, como nos lembra Young (2006), deve acontecer tanto na articulação da entidade/base com seus representantes como também entre os próprios membros da base representada. Sendo assim, se a base está desarticulada, ou se seus membros não possuem união para reivindicar atitudes específicas de seu representante, este se tornará cada vez mais autônomo e independente para tomar decisões.

### **O futuro promissor**

É bem possível que a cultura política do povo brasileiro, tão discutida no decorrer de nossa revisão de literatura, esteja aqui também influenciando o papel das entidades civis no curso do processo representativo dos canais participativos, como os conselhos gestores de políticas públicas. Esta cultura política, que vem sendo alterada pelo próprio exercício democrático, vem ainda demonstrando um descrédito da sociedade civil em relação ao poder de mudança destas instituições participativas, além de ainda encarnar relações clientelísticas e paternalistas inerentes à política tradicional.

Nossos resultados apontaram práticas de relação entre representantes e representados que ora reforçam um novo ideal representativo, ora o enfraquece. Entendemos que muitos conselheiros e membros de entidades apresentam em seus discursos falas progressistas quanto ao modo de representar, mas na prática a relação, muitas vezes, vem acompanhada do tradicionalismo parlamentar.

Faz-se clara a necessidade de afirmação dos achados positivos de nossas análises para que tais práticas possam ser cada vez mais copiadas e discutidas no interior das relações representativas da sociedade civil, desconstruindo a idéia de uma postura de distanciamento para com a base e construindo outra postura, de

aproximação e de responsabilidade perante aqueles que se representa, por parte do representante.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A representação política, referendada aqui em um novo formato institucional que privilegia a representação nos espaços de participação, é, sem sombra de dúvidas, uma forte aliada à ampliação da democracia. O Brasil apresenta referências importantes no que concerne aos espaços participativos cujas práticas de participação revelam seu caráter representativo, a saber, o Orçamento Participativo e os Conselhos Gestores de Políticas Públicas.

Aprofundar o debate sobre este tema é tão necessário quanto aprofundar e reformular as próprias práticas democráticas, mesmo porque não há democracia sem representação política.

Sendo assim, nosso trabalho objetivou acrescentar um pouco mais às discussões correntes sobre este tema ao estudar as relações de representação entre conselheiros e entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo. Desta forma, as observações aqui realizadas buscaram compreender o formato em que se dão estas relações. Ao invés de esclarecer as dúvidas já existentes, lançaram ainda mais dúvidas, o que comprova quão inexplorado ainda é este campo e ao mesmo tempo quão infinitas são as possibilidades de investigação nas ciências sociais.

O perfil dos representantes, mesmo que investigados sem muita profundidade analítica, não mostrou resultados diferentes daqueles encontrados na literatura. A totalidade dos representantes entrevistados é de pessoas com idades acima dos 40 anos, sem muita escolaridade, ativos politicamente, com atuação em mais de uma entidade ou conselho. Como já citamos anteriormente, o perfil dos representantes pode predizer a qualidade da representação, de forma que o fato deste aspecto ter sido aqui negligenciado em sua amplitude possível de poder analítico não diminui esta importante influência.

Em contrapartida, o perfil das entidades representadas em conselhos gestores ainda não é um aspecto tão evidente na literatura. As entidades cujos membros diretores foram entrevistados evidenciaram numerosas possibilidades de estruturação. Desta forma, enquanto algumas entidades apresentavam um grau de estruturação bastante evoluído, com reuniões ordinárias, documentações regimentais e

estatutárias, outras não apresentavam características demonstrativas desse nível organizativo. Algumas, inclusive, mostraram-se inaptas para participarem da entrevista, já que a representante no conselho era a única dirigente da entidade representada, enviesando sua inclusão na pesquisa.

Outras entidades do conselho mesmo não tendo sido entrevistadas merecem uma observação a respeito de sua natureza organizativa. É o caso de conselhos gestores, que não o da saúde, que possuem assento no CMS-V, um deles, inclusive, como titular. Estes dados necessitam ser melhor investigados e discutidos, inclusive para compreendermos como se dá o processo de escolha das entidades pela Secretaria de Saúde, a fim de observar a possível existência de entidades que poderiam estar representando seus segmentos no conselho, mas não o estão, talvez até por falta de aproximação com o poder público, como já constatado em alguns estudos.

O processo de autorização dos representantes pelas suas entidades não apresentou diferenças significativas em relação aos estudos aqui utilizados como parâmetros analíticos. As duas formas de autorização observadas foram indicação e eleição por parte dos membros da entidade.

A indicação foi relacionada à falta de opção entre os membros da entidade. Porém, minimamente busca-se indicar aqueles mais capacitados e com experiência na área da saúde e que muitas vezes realizou ou realiza trabalhos assistenciais voluntários, ligados ou não à entidade representada, a segmentos excluídos da sociedade como o grupo LGBT, portadores de HIV, viciados em drogas, entre outros. Muitas vezes, contudo, a indicação por falta de opção ocorre sem nenhum critério, tendo em vista que nem todas as entidades apresentam um representante que possui a referida experiência ou qualificação para atuar como conselheiro de saúde, o que acaba por desqualificar a participação da entidade como representante dos usuários no conselho.

A eleição foi a outra forma observada de autorização para a representação CMS-V. Cabe ressaltar que este modelo de representação, tido como novo e diferente do modelo tradicional – este inerente à democracia representativa – requer também uma nova forma de eleição em que o eleitorado é diferente, restrito aos membros de

sua entidade e que esperam mais do que afinidade para com o eleito. Esperam, neste novo modelo, a percepção por parte do autorizado de que a representação deverá ser coletiva e que o distanciamento deste para com sua base é característica inaceitável e passível de revogação do mandato. Esta por sua vez, é outra característica interessante desta nova forma de representação. Enquanto na democracia representativa o mandato não pode ser revogado por insatisfação do eleitorado, aqui esta possibilidade existe.

O fato é que indicado ou eleito por votação, a autorização só será tida como legítima quando a intencionalidade do representante remeter sua atuação junto ao conselho a uma forma legítima de representação que considere, minimamente, falar em nome dos seus representados. Não que seja necessário agregar a opinião de todos em um só discurso, uma só opinião, um só posicionamento. Este acontecimento é impossível de ocorrer numa relação de representação. Espera-se, porém, deste representante uma unificação aos seus representados no que se refere à perspectiva social que compartilham e que dará ao representante a legitimidade esperada para sua atuação. Se ele foi indicado ou votado, parece não haver importância para seus representados. O que ficou constatado neste estudo é que se espera que ele fale pela entidade que representa.

Sendo assim, a prestação de contas que deve ser estabelecida para garantir uma representação efetiva é objeto primordial de análise nos estudos de avaliação da representação política em conselhos gestores de políticas públicas, de forma que aqui não poderia ser diferente. Observamos que há uma variedade de entendimentos de prestação de contas por parte tanto dos representantes quanto dos membros das entidades que foram entrevistados.

Alguns representantes assumiram não prestar contas de suas atividades no conselho gestor nem através de relatórios, nem através de reuniões ordinárias, ou porque elas não aconteciam ordinariamente, ou porque a entidade não tinha como realizar reuniões já que não possuía membros que participassem delas. Evidencia-se aqui um distanciamento entre representante e representado que em nada adiciona à legitimidade da representação política em espaços participativos. Muito pelo contrário. Ao distanciar-se de sua entidade, demonstrando alto grau de

autonomia em sua prática representativa, o conselheiro recria a representação parlamentar num espaço institucional nada propício para tal.

Outros discursos, porém, e podemos considerar de maneira otimista porque são maioria, evidenciaram a presença de relatórios regulares à entidade e/ou requereram a participação da entidade na formulação das opiniões defendidas pelo representante nas plenárias do CMS-V. Esta parece ser uma postura mais propícia para que se estabeleça uma relação minimamente legítima de representação política no interior dos conselhos gestores. Para que o conselheiro exerça seu papel de representante de uma entidade é necessário que se aproxime dela, buscando compartilhar conhecimentos, discutir posturas e concretizar uma prática democrática de representação que esteja nos padrões requeridos à democracia participativa. Neste sentido, a prática de construção de relatórios e discussão prévia das pautas, antes da plenária do CMS-V, faz-se fundamental à prática conselhistas.

Muitos desafios foram evidenciados, mesmo em casos em que havia prestação de contas. A falta de experiência e prioridade da entidade em relação à saúde, bem como sua falta de critérios para requerer de seu representante relatórios de sua atuação, ainda limitam uma conclusão basicamente otimista em nosso estudo.

Práticas tradicionais da política, bem como falta de qualificação por parte dos representantes e outros problemas comumente encontrados na literatura, também permearam as análises deste estudo, que embora não os objetivasse, levou-os em consideração por compreendermos que as relações de representação são afetadas direta ou indiretamente por estes aspectos negativos. Entendemos que a configuração político-eleitoral do município pode influenciar em muito o perfil do conselho estudado, de forma que analisar este aspecto de maneira mais profunda poderia elucidar muitas das dúvidas que ficaram sem resposta neste estudo.

Creemos que o principal achado deste estudo foi mostrar que as relações entre representantes e representados no Conselho Municipal de Saúde de Vitória são, sim, subjetivas, tênues, controversas, e ao mesmo tempo, repletas de possibilidades para o alargamento da democracia no setor saúde do município.

Ficou comprovado também que a necessidade de se aprofundar em temas específicos, negligenciados aqui por motivos metodológicos, é pungente e requer

uma dinâmica de estudos tão intensa quanto a própria mudança nas relações sociais que os configuram. Como exemplo, podemos citar a forma de escolha das entidades com representação no CMS-V, o aprofundamento sobre o perfil e a militância na área de saúde destas entidades com análise das conseqüências disso ao ideal e prática de representação, dentre outros.

Por fim, entendemos que vários pontos positivos foram encontrados, especialmente no que diz respeito à forte relação entre alguns representantes e suas entidades, de forma que os primeiros respeitam e tentam responsabilizar seus atos em função de seus representados. Porém, encontrar caminhos para solucionar os problemas também encontrados é uma necessidade que cabe não só aos pesquisadores da área, mas também àqueles que vivem na prática cotidiana do conselho de saúde e de suas entidades os problemas inerentes aos limites de sua própria representação à construção e ampliação dos preceitos democráticos do Sistema Único de Saúde, o nosso SUS.

## REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca N.; KECK, Margaret E. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH** – Revista do Centro de Recursos Humanos da UFBA, v. 21, n. 52, Salvador, 2008.

ACIOLI, Sonia. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens A. (orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1989.

\_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, São Paulo, 2005.

ALVES-MAZZOTTI, Alda J.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1999.

AMORIM, L. **Rede de saúde com atendimento diferenciado**. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.htm>. Acesso em: 17/11/2008.

ARATO, Andrew. Representação, soberania popular e *accountability*. **Lua Nova**, n. 55-56, São Paulo, 2002.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, Campinas-SP, 2008.

\_\_\_\_\_. Reforma política e participação no Brasil. In: AVRITZER, Leonardo. e ANASTÁSIA, Fátima. **Reforma política no Brasil**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimação da ação. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 50, n. 3, Rio de Janeiro, 2007.

AVRITZER, Leonardo; CUNHA, Eleonora S. M.; MOTA, Áurea C. et al. **Reinventando os mecanismos de inclusão e controle social nos conselhos de saúde**. Relatório de Pesquisa apresentado à FAPEMIG. Belo Horizonte, 2005.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 10 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BORBA, Julian; LÜCHMANN, Ligia H. Hahn. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Anais do IV Congresso ALACIP** (Asociación Latinoamericana de Ciencias Políticas): "¿Gobernanza sin Desarrollo? Repensar el bienestar em America Latina". Universidad de Costa Rica: San José, 5-7 de agosto, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, Vol. 1. Brasília, 2007a.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Editora MS, 2007c.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Editora MS, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333 de 04 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília/DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 88, 2006.

\_\_\_\_\_. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara A. P. **Política social e democracia**. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CARLOS, Euzineia. **Controle social e política redistributiva no orçamento participativo**. Vitória: Edufes, 2007.

\_\_\_\_\_. **Controle social e política redistributiva**: as experiências de Orçamento Participativo em Vitória e Serra/ES. 2003. 207f. Dissertação (mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPUR/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, Antônio I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Editora Lemos, 1997.

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

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COELHO, Vera S. P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos/CEBRAP**, n. 78, São Paulo, 2007.

COELHO, Vera S. P.; VERÍSSIMO, José. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde de São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A participação em São Paulo**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA. **Regimento Interno**, Vitória, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CORTES, Soraya M. Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, ano 4, nº. 7, Porto Alegre/RS, 2002.

\_\_\_\_\_. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

COSTA, Sérgio. **As cores de Ercília:** esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

COTTA, Rosângela M. M.; MENDES, Fábio F.; MUNIZ, José N. **Descentralização das políticas públicas de saúde:** do imaginário ao real. Viçosa-MG: Ed. UFV, 1998.

CRUZ, Sheila C. de Souza. **Avaliação do processo de implantação da estratégia de saúde da família:** o caso de resistência. 2007. 174f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

D´AVILA FILHO, Paulo M. Leituras sobre o exercício do poder para além da política. **Democracia Viva**, n. 39. Rio de Janeiro: IBASE, jun/2008.

DAGNINO, Evelina. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario (orgs.). **Democracia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central del Venezuela, 2004.

DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto J.; PANFICHI, Aldo. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ (orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2006.

DAHL, Robert A. **Sobre a democracia**. Brasília: Ed. UnB, 2001.

DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

\_\_\_\_\_. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, Edinete M.; SOUZA, Lídio de; AVELLAR, Luziane Z. (orgs.). **Psicologia social: temas em debate**. Vitória: UFES-ABRAPSO/GM, 2008.

DAVID, Clarete T. N. **Representantes e representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**. 2005. 151f. Dissertação (mestrado em Sociologia) – Programa de pós-graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. **Participação é conquista**. 2 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1993.

DRUMOND JÚNIOR, Marcos. **Epidemiologia nos municípios: muito além das normas**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flavio C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2003.

ESPOSTI, Carolina D. Degli. **A saúde bucal na Saúde da Família: ação comunicativa de Habermas guiando relações.** 2007. 161f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

FERRAZ, Ana Targina R. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. In: ZORZAL E SILVA, Marta; BRITO JUNIOR, Bajonas T. (orgs.). **Participação social na gestão pública: olhares sobre as experiências de Vitória-ES.** São Paulo: Annablume, 2009.

\_\_\_\_\_. **Conselhos Gestores em saúde: a experiência do Espírito Santo durante a gestão petista.** 1998. 208f. Dissertação (mestrado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 1998.

FERRAZ, Ana Targina R. **Impactos da experiência conselhistas sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/São Paulo.** 2005. 187f. Tese (doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2005

\_\_\_\_\_. Pensando a democracia e seu processo de adjetivação. **Agália**, Galiza-Espanha, v. 85/86, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 23 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREY, Klaus. Governança interativa: uma concepção para compreender a gestão pública participativa? **Política e Sociedade**, n. 5, Florianópolis, out., 2004.

FUHRMANN, Nadia L. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 1, Porto Alegre, 2004.

FUKS, Mário. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, Curitiba, nov., 2005.

\_\_\_\_\_. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario (orgs.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato M.; RIBEIRO, Ednaldo A. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. **Revista Sociologia e Política**, n. 21, Curitiba, 2003.

GERSCHMAN, Sylvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004a.

\_\_\_\_\_. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez., 2004b.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 3 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde**. Florianópolis-SC: Ed. UFSC, 2006.

GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, Rio de Janeiro, 2006.

GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe R. S. Vozes da participação. Espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

GUIZARDI, Francini Lube. **Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: um estudo de caso sobre a pastoral da saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha**. 2003. 130f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2003.

GURZA LAVALLE, Adrián; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.21, n.60, São Paulo, fev., 2006.

GURZA LAVALLE, Adrian. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 1990. **Novos Estudos - CEBRAP**, n 66, São Paulo, jul., 2003.

HERKENHOFF, Maria Beatriz Lima. **O papel do líder comunitário**. Vitória: SPDC/UFES, 1995.

IBGE. **Censo Demográfico**, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Cidades@**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 03/11/2008.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. Sobre associativismo, desigualdades e democracia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 53, São Paulo, 2003.

LABRA, Maria E.; FIGUEIREDO, Jorge. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, Rio de Janeiro, 2002.

LABRA, Maria E. **A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa**. Relatório Final de Pesquisa Estratégica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselhos de saúde: dilemas avanços e desafios. In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LATOUR, Bruno. **A esperança de pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru/SP: EDUSC, 2001.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunicação, saúde e educação**, v. 10, n. 20, jul./ dez., 2006.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (orgs.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul/RS: Educs, 2003.

LÜCHMANN, Lígia H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, n. 70, São Paulo, 2007.

\_\_\_\_\_. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, n.161, v. 38, São Leopoldo-RS, jul./dez., 2002.

\_\_\_\_\_. Participação e representação nos Conselhos Gestores e no Orçamento Participativo. **Caderno CRH – Revista do Centro de Recursos Humanos da UFBA**, v. 21, n. 52, Salvador, 2008.

MARTINS, Heloísa Helena T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v.30, n.2, São Paulo, 2004.

MARTINS, Poliana C.; COTTA, Rosangela M. M.; MENDES, Fábio F. et al. Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matizes de uma utopia. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 18, Rio de Janeiro, 2008.

MENDES, Cristina Vitale R. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 2, Florianópolis-SC, 2007.

MENDONÇA, Daniel de. Notas sobre o “efeito de presença” da representação. **Revista Sociologia e Política**, n. 23, Curitiba, 2004.

MIGUEL, Luis Felipe. Representação política em 3-D: elementos para uma teoria ampliada da representação política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, São Paulo, fev., 2003.

MINAYO, Maria C. S.; ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edinilsa R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed., São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

OLIOSA, Durvalina M. **Municipalização da saúde em Vitória-ES**: uma experiência participativa? 1999. 137f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio da Janeiro, 1999.

OLIVEIRA, Bruno Prates C. Contribuições à reflexão sobre conselhos gestores na gestão pública local: o caso de Vitória-ES. In: ZORZAL E SILVA, Marta; BRITO JUNIOR, Bajonas T. (orgs.). **Participação social na gestão pública**: olhares dobre as experiências de Vitória-ES. São Paulo: Annablume, 2009.

PASCHE, Dário F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 6, Washington, 2006.

PASSAMANI, Juliana Destefani. **Programa Saúde da Família em Jardim da Penha**: a construção do acesso em um território de classe média. 2006. 136f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

PEREIRA, Potyara A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, Maria Inês S.; PEREIRA, Potyara A. P. **Política social e democracia**. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PINTO, Celi Regina J. As ONGs e a política no Brasil: presença de novos atores. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, v.49, n.3, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. Espaços deliberativos e a questão da representação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.19, n.54, São Paulo, fev., 2004.

PINTO, Roselaine Carlos. **Conselho Popular de Vitória: formação e trajetória de um movimento, 1986-2004**. 2007. 116f. Dissertação (mestrado em Política Social) – Programa de Pós Graduação em Política Social, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo – CCJE/UFES, Vitória, 2007

PITKIN, Hanna F. O conceito de representação. In: CARDOSO, Fernando H. e MARTINS, Carlos E. **Política e Sociedade**. São Paulo: Nacional, 1979.

\_\_\_\_\_. Representação: palavras, instituições e idéias. **Lua Nova**, n. 67, São Paulo, 2006.

RADIS. **Comunicação em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, n. 72, Rio de Janeiro, agosto de 2008.

SÁNCHEZ, Félix. O orçamento participativo em São Paulo (2001/2004): uma inovação democrática. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A Participação em São Paulo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2004.

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

SANTOS, Boaventura de S. Orçamento participativo em porto alegre: para uma democracia redistributiva. In: \_\_\_\_\_ (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Ed. Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências**. 5 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

SAWARD, Michael. Representation and democracy: revisions and possibilities. **Sociology Compass**, v. 2, n.3, United Kingdom, 2008.

SCHUMPETER, Joseph. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo da Cultura, 1984.

SERAPIONI, Mauro; ROMANÍ, Oriol. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 22, n. 11, Rio de Janeiro, nov., 2006.

SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e participação na “Reforma” do Estado**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

TATAGIBA, Luciana. O novo estatuto da participação no contexto do Estado pós-ajuste. In: **Anais do XXIX Encontro Anual da Associação nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais**, Caxambu, MG, out., 2005.

\_\_\_\_\_. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2002.

TELES, Vera da S. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

URBINATI, Nadia. O que torna a representação democrática? **Lua Nova**, n. 67, SP Paulo, 2006.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl. 2, Rio de Janeiro, 1998.

VAN STRALEN, Cornelis J.; de LIMA, Ângela M. D.; SOBRINHO, Delcio da F. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, Rio de Janeiro 2006.

VITÓRIA. **Lei 3.712**. [Cria o Conselho Municipal de Saúde]. Vitória, 1991a.

\_\_\_\_\_. **Lei 3719**. [Reformula a Lei 3.712]. Vitória, 1991b.

\_\_\_\_\_. **Lei 6.247**. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Vitória, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei 6.606**. Regulamenta e estrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. Vitória, 2006.

WENDHAUSEN, Águeda L. P.; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez., 2002.

WENDHAUSEN, Águeda L. P.; BARBOSA, Tatiane M.; BORBA, Maria C. de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, São Paulo, 2006.

YOUNG, Íris M. Representação política, identidade e minorias. **Lua Nova**, n. 67, São Paulo, 2006.

ZORZAL E SILVA, Marta et al. Perfil dos conselhos gestores do município de Vitória (1984-2003). In: ZORZAL E SILVA, Marta; BRITO JUNIOR, Bajonas T. (orgs.). **Participação social na gestão pública: olhares sobre as experiências de Vitória-ES**. São Paulo: Annablume, 2009.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

Entrevista semi-estruturada para REPRESENTANTES dos usuários no CMS-V  
(adaptado de David, 2005)

### Perfil do Representante

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Grau de Instrução:

- ( ) sem escolarização      ( ) ens. fund. incompleto      ( ) ens. fund. completo  
 ( ) ens. méd. completo      ( ) ens. méd. incompleto      ( ) ens. sup. incompleto  
 ( ) ens. sup. completo      ( ) pós-graduação

3) Sexo:

- ( ) masculino      ( ) feminino

4) Ocupação atual: \_\_\_\_\_

5) Entidade/organização que representa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Atuação em outras entidades: ( ) sim      ( ) não

Se sim:      ( ) fóruns de políticas públicas      ( ) partido político      ( ) Igreja

( ) outras. Quais? \_\_\_\_\_

### Concepções sobre a representação

7) O que o/a senhor/a tem como objetivo prioritário para sua ação política?

8) Que importância o/a senhor/a atribui à área da saúde?

9) O/A senhor/a já esteve envolvido em alguma atividade ou movimento na área da saúde? Se sim, por que se envolveu?

10) O/A senhor/a informa ou discute com a direção de sua entidade as pautas do CMS-V?

11) Como o/a senhor/a prepara as propostas que a entidade vai discutir no CMS-V?

12) Em sua opinião, qual o papel do representante de entidades no CMS-V?

14) Quais os maiores desafios que enfrenta para representar sua entidade no CMS-V?

13) Em sua opinião, quais questões ou problemas deveriam ser discutidos prioritariamente no CMS-V?

### Trajetória e inserção política do representante

15) Como o/a senhor/a busca informações sobre saúde e de onde vem seu conhecimento na área da saúde?

16) Fale um pouco da sua experiência na área da saúde.

17) Por que o/a senhor/a resolveu ser conselheiro/a de saúde?

18) Qual a influência dos movimentos sociais e ONG's na área da saúde? Quais as ONG's mais influentes?

19) No CMS-V houve algum momento em que o/a senhor/a se viu envolvido/a em alguma situação difícil?

Se sim, qual foi este problema?

Qual a saída que o/a senhor/a encontrou para resolvê-lo?

O/A senhor/a relatou esse fato para sua entidade?

Como a direção de sua entidade reagiu?

### Nível de institucionalidade

20) Como o/a senhor/a foi escolhido para representar sua entidade no CMS-V?

21) Em sua opinião, como sua entidade vê sua atuação como representante?

22) O que sua atividade como representante exige do/a senhor/a?

23) O Senhor (a) presta contas de suas ações como representante aos seus representados?

24) Se sim, a quem o senhor (a) presta contas? Com qual freqüência? Qual o mecanismo utilizado para essa prestação de contas? ( ) reuniões ( ) jornal informativo ( ) carta ( ) outros. Quais?

---

25) O/A senhor/a recebe alguma ajuda material ou financeira para representar sua entidade no CMS-V?

26) Existe alguma articulação de sua entidade com outras entidades?

27) E na área da saúde existe alguma articulação?

Se sim, em que situações?

Qual o resultado dessa articulação?

28) Sua entidade já sentiu necessidade de buscar auxílio de outras instituições?

Se sim, quais?

A seu ver, como foi esta experiência?

## ANEXO 2

Entrevista semi-estruturada para DIRETOR/PRESIDENTE de entidades representadas no CMS-V (adaptado de David, 2005)

## Dados de identificação

1) Nome jurídico da entidade: \_\_\_\_\_

2) Data de fundação: \_\_\_\_\_

3) Documentação: Possui  sim  não

Se sim, quais?

estatuto  regimento interno  atas  relatórios

inscrição no CNPJ  publicação  notícia em jornal

Outras. \_\_\_\_\_

4) Atas e relatórios são feitos com frequência?  sim  não

Se sim, qual a periodicidade:  mensal  semestral  anual

Outro. \_\_\_\_\_

5) Como é feita? Há Publicação? Qual a regularidade da publicação?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) Endereço

Rua: \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

## Concepção sobre a natureza da representação

- 7) Para o/a senhor/a qual é o objetivo prioritário na ação política de sua entidade?
- 8) Que importância sua entidade atribui à área da saúde?
- 9) A entidade já esteve envolvida em algum movimento ou atividade na área da saúde?
- 10) A entidade é informada ou discute com seu representante sobre as discussões que acontecem no CMS-V?
- 11) Como a entidade prepara as propostas e define posições que serão tomadas pelo representante nas plenárias no CMS-V?
- 12) Com que frequência há reunião com o representante?
- 13) Como se dá a participação da entidade nas conferências de saúde ou outros fóruns de saúde?
- 14) Em sua opinião, qual o papel do representante de entidade no CMS-V?
- 15) Para sua entidade, quais os problemas e questões que deveriam ser discutidos prioritariamente pelo CMS-V?
- 16) Como são transmitidas, repassadas as deliberações do CMS-V para a base, membros da entidade?

## Trajetória de inserção política da entidade

- 17) Como sua entidade busca informações sobre saúde e de onde vem o conhecimento que a entidade possui na área da saúde?
- 18) Como a entidade qualifica o seu representante para atuar na área da saúde?
- 19) Em sua opinião, qual a importância das atividades que sua entidade desenvolve na área?

20) Sua entidade atua isolada na área da saúde ou tem articulação com outras entidades? ( ) isolada ( ) articulada

Se isolada, por que isolada?

Se articulada, com quais entidades se articula e como se dá esta articulação?

21) Sua entidade já sentiu a necessidade de buscar auxílio de outras instituições para garantir êxito em suas atividades?

Quais instituições?

A seu ver, como foi esta experiência?

22) O representante de sua entidade no CMS-V tem participação em outros fóruns, grupos comunitários ou ação em partido político?

23) Em sua opinião, essa participação ajuda ou atrapalha a atividade do representante no CMS-V?

24) O/A senhor/a conhece alguma situação do representante de sua entidade na resolução de algum problema, conflito, negociação? Qual?

### Nível de institucionalidade

25) Como se deu a escolha do representante de sua entidade que atua no CMS-V?

26) Como a entidade vê a atuação de seu representante no CMS-V?

27) Existe algum tipo de suporte da entidade para apoiar a participação do representante no CMS-V?

28) Como é feito esse suporte?

( ) Treinamento/capacitação ( ) Destinação de recursos financeiros

( ) Outros. \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### Termo de Consentimento livre e esclarecido

Vitória, abril de 2009.

Prezado/a senhor/a:

A presente pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, da Universidade Federal do Espírito Santo, que desenvolve pesquisas em diversas áreas da saúde pública, dentre elas o controle social em saúde, os quais se inserem os conselhos de saúde, visando conhecer e propor alternativas para um melhor desenvolvimento das áreas estudadas.

O objetivo desta pesquisa é verificar se o formato em que vem se dando a representação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Vitória é legítima quanto à autorização e à prestação de contas dos representantes para com os representados. A importância do estudo se resume em contribuir para construir formas de representação que condizem com os ideais de controle social proposto pelos conselhos de saúde no interior da democracia brasileira.

As informações obtidas nesta pesquisa serão analisadas, interpretadas, discutidas e se consumarão numa dissertação de mestrado que será apresentada ao PPGSC. Posteriormente, o resultado da pesquisa será apresentado à plenária do Conselho Municipal de Saúde de Vitória e às suas respectivas entidades de base civil.

A resposta às questões do questionário é voluntária. As informações são confidenciais e serão analisadas somente pela equipe de pesquisadores, sendo de suma importância que o/a senhor/a responda honestamente e assine o termo abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo de livre e espontânea vontade, após ser informado dos objetivos e da importância desta pesquisa, que minha entrevista seja utilizada para a execução do estudo.

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Agradeço a sua atenção e colaboração.

Cordialmente.

Marcelo Eliseu Sipioni  
Mestrando em Saúde Coletiva

## ANEXO 4

**Construção dos DSC para a questão 10 do roteiro de entrevistas destinado aos representantes dos usuários no CMS-V (exemplo)**

10) “O/A senhor/a informa ou discute com a direção de sua entidade as pautas do CMS-V?”

**Passo 1: Construção do IAD 1**

**IAD 1**

Suj.	ECH	IC	AC
E1	<u>Nem todas a gente tem, as mulheres trabalham muito.</u> Então, nem todas a gente ta lendo. <u>Então, quando a gente tem oportunidade a gente ta sempre discutindo, passando o que é saúde, o que é discutido aqui, o que está ali.</u> Todas as reuniões, <u>quando eu encontro com alguma, eu estou sempre discutindo com todas elas.</u> <i>Que a gente, no momento, não tem reunido, né? Mas a gente ta passando...</i>	IC 1: <u>Demonstra reunir-se pouco</u> IC 2: <i>Não discute</i>	
E2	<b>Óbvio! Porque se não discutirmos internamente, nós não podemos levar nada pra lá, né?</b>	IC 3: <b>Discute</b>	
E3	<b>Sem dúvida, né. É obrigado a prestar todo o relatório das demandas que foram tiradas no conselho. Então, o que eu faço? Eu chego aqui e falo “Ó, é isso aí... essa foi a demanda tirada lá”... é... isso tem as propostas, e entrego na mão dele.</b> Então, eles dão uma lida, avalia, tira cópia, guarda, anexa... então uma parte fica comigo. Então é dessa forma que a gente faz. <b>Mas discute em plenária? Colocamos sim...</b> quando há motivo pra discussão, tem que ser discutido sim. <b>Então, quando chega aqui pro CPV, a demanda que saiu de lá não chegou claramente na comunidade.</b>	IC 3: <b>Discute</b>	
E4	<b>Lógico, tem que discutir... o que eu quero pro grupo, entendeu?</b> O que eu quero, eu converso com os parceiros lá do conselho “olha, eu quero isso, isso e isso...”, entendeu? Não tem esse negócio de... <b>quando eu to com o grupo eu levo a Ata que a gente tem escrito, que tudo eu passo pro grupo. (...)</b> <b>Então eu converso com os parceiros lá, é muito bom...</b>	IC 3: <b>Discute</b>	
E5	<i>Olha, a pauta não. Porque quando a pauta vem pra nós... boa pergunta! Vou mandar</i>	IC 2: <i>Não discute</i> IC 1: <u>Demonstra</u>	

	<p>agora as pautas pra lá, na hora que chegar aqui (risos)! Ta vendo? É vivendo e aprendendo! Vou mandar agora por causa dessa pergunta! Quando chegar, agora, vou mandar a pauta pra lá. Mas não discuto. (...) <u>E toda a reunião eu lembro que nós estamos representando, porque eu não sou a única que represento.</u> Nós temos conselheiros titulares e suplentes. Então eu sempre falo das reuniões. Que estamos representando... porque sempre tem pessoas diferentes. (...) <u>Porque o anseio de uma comunidade é uma situação que precisa ser trabalhada, precisa virar política, entendeu? Aí vai poder estar levando. Mas eu tenho, assim, sentido, tenho observado, que as pessoas não tem falado, não tem trazido propostas, nem por escrito, nem falando, e quando, às vezes, fala, é um caso pessoal, entendeu? Não é coletivo.</u></p>	<p><u>reunir-se pouco</u></p>	
E6	<b>Discuto.</b>	IC 3: <b>Discute</b>	
E7	<p>Olha, <u>discutir as pautas com a Pastoral da Saúde... porque a Pastoral da Saúde é extensa, ta?(...) eu levo sempre a discussão para a minha coordenação da minha Paróquia, né, sempre passo o que ta acontecendo dentro do conselho e lá na Mitra (Arquidiocese) a gente costuma se reunir com eles quando tem uma coisa muito séria pra passar, né, pra eles, né?(...)</u> <b>agora mesmo eu to pra ir lá, porque nós vamos ter uma conferência de saúde no mês de julho, e aí a gente precisa ver o que, não só eu, mas eles também, tão querendo botar em debate, né, na conferencia municipal de saúde, pra gente fazer um debate bacana, lá, enquanto Igreja, enquanto Arquidiocese, enquanto Pastoral da Saúde. Mas nem sempre a gente encontra as pessoas, assim, pra ir lá a gente tinha que marcar, né?(...) <u>Agora esse encontro, costuma final do ano, se a gente não se reunir, né, se você confia aquela pessoa a esse conselho, caso tiver alguma coisa muito difícil a gente tem que se reunir. A partir do momento que eles colocam você no conselho é porque você vai saber fazer a deliberação. Se tiver necessidade... então, assim, chega final do ano, tem que fazer relatório e levar pra apresentar também dentro da entidade. Mas no dia-a-dia...? No dia a dia a gente tem abertura, né... ver,</u></b></p>	<p>IC 1: Demonstra reunir-se pouco IC 2: Não discute IC 3: Discute</p>	

	<u>conversar... a gente tem essa... né... tem uma secretária lá que ela faz... mas <b>nem sempre a gente precisa de ir lá não porque as coisas que é pra deliberar aqui a gente, na verdade, já tem tanto que a gente ta aqui, que já conhece esse caminho que... mas quando é necessário a gente vai sim, ta? Mesmo quando não é tão importante assim...</b></u>		
E8	<b>Com certeza. Discutimos, brigamos, mas chegamos a um acordo definitivo.</b>	IC 3: <b>Discute</b>	

## Passo 2: Construção do IAD 2

### IAD 2

IC 1: Demonstra reunir-se pouco

Suj.	ECH (IC 1)	DSC 1
E1	<u>Nem todas a gente tem, as mulheres trabalham muito. Então, nem todas a gente ta lendo. Então, quando a gente tem oportunidade a gente ta sempre discutindo, passando o que é saúde, o que é discutido aqui, o que está ali. Todas as reuniões, quando eu encontro com alguma, eu estou sempre discutindo com todas elas</u>	<i>Nem todas a gente ta lendo. A gente costuma se reunir com eles quando tem uma coisa muito séria pra passar, né, pra eles, né? E quando a gente tem oportunidade a gente ta sempre discutindo, passando o que é saúde, o que é discutido aqui, o que está ali. Todas as reuniões, quando encontro com alguma, eu estou sempre discutindo com todas elas</i>
E5	<u>E toda a reunião eu lembro que nós estamos representando, porque eu não sou a única que represento. Porque o anseio de uma comunidade é uma situação que precisa ser trabalhada, precisa virar política, entendeu? Aí vai poder estar levando. Mas eu tenho, assim, sentido, tenho observado, que as pessoas não tem falado, não tem trazido propostas, nem por escrito, nem falando, e quando, às vezes, fala, é um caso pessoal, entendeu? Não é coletivo</u>	<i>Se você confia aquela pessoa a esse conselho, caso tiver alguma coisa muito difícil a gente tem que se reunir, mas no dia a dia a gente tem abertura, né... ver, conversar... nem sempre a gente precisa de ir lá [na entidade] não porque as coisas que é pra deliberar aqui [no conselho] a gente, na verdade, já tem tanto tempo que a gente ta aqui, que já conhece esse caminho. Mas quando é necessário a gente vai sim. Eu tenho, assim, sentido, tenho observado, que as pessoas não tem falado, não tem trazido propostas, nem por escrito, nem</i>
E7	<u>discutir as pautas com a Pastoral</u>	<i>discutir as pautas com a Pastoral</i>

	<p><u>da Saúde... porque a Pastoral da Saúde é extensa, ta?(...) eu levo sempre a discussão para a minha coordenação da minha Paróquia, né, sempre passo o que ta acontecendo dentro do conselho e lá na Mitra (Arquidiocese) a gente costuma se reunir com eles quando tem uma coisa muito séria pra passar, né, pra eles, né?(...)</u></p> <p><u>Mas nem sempre a gente encontra as pessoas, assim, pra ir lá a gente tinha que marcar, né?(...)</u> Agora esse encontro, <u>costuma final do ano, se a gente não se reunir, né, se você confia aquela pessoa a esse conselho, caso tiver alguma coisa muito difícil a gente tem que se reunir. No dia a dia a gente tem abertura, né... ver, conversar... a gente tem essa... né... tem uma secretária lá que ela faz... mas nem sempre a gente precisa de ir lá não porque as coisas que é pra deliberar aqui a gente, na verdade, já tem tanto tempo que a gente ta aqui, que já conhece esse caminho que... mas quando é necessário a gente vai sim, ta?</u></p> <p><u>Mesmo quando não é tão importante assim...</u></p>	<p><i>falando, e quando, às vezes, fala, é um caso pessoal, entendeu? Não é coletivo.</i></p>
--	---	---

## IC 2: Não discute

Suj.	ECH (IC 2)	DSC 2
E1	<p><i>Que a gente, no momento, não tem reunido, né? Mas a gente ta passando...</i></p>	<p><i>Olha, a pauta não. Porque quando a pauta vem pra nós... boa pergunta! Vou mandar agora as pautas pra lá, na hora que chegar aqui (risos)! Ta vendo? É vivendo e aprendendo! Vou mandar agora por causa dessa pergunta! Quando chegar, agora, vou mandar a pauta pra lá. Mas não discuto. Que a gente, no momento, não tem reunido, né? Mas a gente ta</i></p>
E5	<p><i>Olha, a pauta não. Porque quando a pauta vem pra nós... boa pergunta! Vou mandar agora as pautas pra lá, na hora que chegar aqui (risos)! Ta vendo? É vivendo e aprendendo! Vou mandar agora por causa dessa pergunta! Quando chegar, agora,</i></p>	

	<i>vou mandar a pauta pra lá. Mas não discuto.</i>	<i>passando... A partir do momento que eles colocam você no conselho é porque você vai saber fazer a deliberação. Se tiver necessidade... então, assim, chega final do ano, tem que fazer relatório e levar pra apresentar também dentro da entidade.</i>
E7	<i>A partir do momento que eles colocam você no conselho é porque você vai saber fazer a deliberação. Se tiver necessidade... então, assim, chega final do ano, tem que fazer relatório e levar pra apresentar também dentro da entidade.</i>	<i>passando... A partir do momento que eles colocam você no conselho é porque você vai saber fazer a deliberação. Se tiver necessidade... então, assim, chega final do ano, tem que fazer relatório e levar pra apresentar também dentro da entidade.</i>

## IC 3: Discute

<b>Suj.</b>	<b>ECH (IC 3)</b>	<b>DSC 3</b>
E2	<b>Óbvio! Porque se não discutirmos internamente, nós não podemos levar nada pra lá, né?</b>	<i>Óbvio! Discuto. Tem que discutir o que eu quero pro grupo. Sem dúvida, né. É obrigado a prestar todo o relatório das demandas que foram tiradas no conselho. Porque se não discutirmos internamente, nós não podemos levar nada pra lá, né? Então, o que eu faço? Eu chego aqui e falo "Ó, é isso aí... essa foi a demanda tirada lá"... é... isso tem as propostas, e entrego na mão dele.</i>
E3	<b>Sem dúvida, né. É obrigado a prestar todo o relatório das demandas que foram tiradas no conselho. Então, o que eu faço? Eu chego aqui e falo "Ó, é isso aí... essa foi a demanda tirada lá"... é... isso tem as propostas, e entrego na mão dele. Mas discute em plenária? Colocamos sim... Então, quando chega aqui pro CPV, a demanda que saiu de lá não chegou claramente na comunidade.</b>	<i>Eu chego na entidade e falo "Ó, é isso aí... essa foi a demanda tirada lá". Eu levo a Ata que a gente tem escrito, que tudo eu passo pro grupo e discutimos em plenária. Então eu converso com os parceiros lá, é muito bom. Agora mesmo eu to pra ir lá, porque nós vamos ter uma conferência de saúde no mês de julho, e aí a gente precisa ver o que, não só eu, mas eles também, tão querendo botar em debate, né, na conferencia municipal de saúde, pra gente fazer um debate bacana. Então, discutimos, brigamos, mas chegamos a um acordo definitivo.</i>
E4	<b>Lógico, tem que discutir... o que eu quero pro grupo, entendeu? quando eu to com o grupo eu levo a Ata que a gente tem escrito, que tudo eu passo pro grupo. (...) Então eu converso com os parceiros lá, é muito bom...</b>	
E6	<b>Discuto.</b>	
E7	<b>Agora mesmo eu to pra ir lá, porque nós vamos ter uma conferência de saúde no mês de julho, e aí a gente precisa</b>	

	<b>ver o que, não só eu, mas eles também, tão querendo botar em debate, né, na conferencia municipal de saúde, pra gente fazer um debate bacana, lá, enquanto Igreja, enquanto Arquidiocese, enquanto Pastoral da Saúde.</b>	
E8	<b>Com certeza. Discutimos, brigamos, mas chegamos a um acordo definitivo.</b>	

### Passo 3: Criação dos DSC para a questão 10

IC 1: Demonstra reunir-se pouco

<b>DSC 1</b>
<i>Nem todas a gente ta lendo. A gente costuma se reunir com eles quando tem uma coisa muito séria pra passar, né, pra eles, né? E quando a gente tem oportunidade a gente ta sempre discutindo, passando o que é saúde, o que é discutido aqui, o que está ali. Todas as reuniões, quando encontro com alguma, eu estou sempre discutindo com todas elas e lembro que nós estamos representando. Se você confia aquela pessoa a esse conselho, caso tiver alguma coisa muito difícil a gente tem que se reunir, mas no dia a dia a gente tem abertura, né... ver, conversar... nem sempre a gente precisa de ir lá [na entidade] não porque as coisas que é pra deliberar aqui [no conselho] a gente, na verdade, já tem tanto tempo que a gente ta aqui, que já conhece esse caminho. Mas quando é necessário a gente vai sim. Eu tenho, assim, sentido, tenho observado, que as pessoas não tem falado, não tem trazido propostas, nem por escrito, nem falando, e quando, às vezes, fala, é um caso pessoal, entendeu? Não é coletivo.</i>

IC 2: *Não discute*

<b>DSC 2</b>
<i>Olha, a pauta não. Porque quando a pauta vem pra nós... boa pergunta! Vou mandar agora as pautas pra lá, na hora que chegar aqui (risos)! Ta vendo? É vivendo e aprendendo! Vou mandar agora por causa dessa pergunta! Quando chegar, agora, vou mandar a pauta pra lá. Mas não discuto. Que a gente, no momento, não tem reunido, né? Mas a gente ta passando... A partir do momento que eles colocam você no conselho é porque você vai saber fazer a deliberação. Se tiver necessidade... então, assim, chega final do ano, tem que fazer relatório e levar pra apresentar também dentro da entidade.</i>

## IC 3: Discute

**DSC 3**

*Óbvio! Discuto. Tem que discutir o que eu quero pro grupo. Sem dúvida, né. É obrigado a prestar todo o relatório das demandas que foram tiradas no conselho. Porque se não discutirmos internamente, nós não podemos levar nada pra lá, né? Então, o que eu faço? Eu chego na entidade e falo “Ó, é isso aí... essa foi a demanda tirada lá”. Eu levo a Ata que a gente tem escrito, que tudo eu passo pro grupo e discutimos em plenária. Então eu converso com os parceiros lá, é muito bom. Agora mesmo eu to pra ir lá, porque nós vamos ter uma conferência de saúde no mês de julho, e aí a gente precisa ver o que, não só eu, mas eles também, tão querendo botar em debate, né, na conferência municipal de saúde, pra gente fazer um debate bacana. Então, discutimos, brigamos, mas chegamos a um acordo definitivo.*