



**NAYARA REZENDE SLVA**

**ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS  
DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAVRAS - MG**

**LAVRAS – MG**

**2017**

**NAYARA REZENDE SLVA**

**ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS DA SOCIEDADE CIVIL  
NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAVRAS - MG**

Relatório de estágio supervisionado apresentado ao  
Colegiado do Curso de Administração Pública, como  
parte das exigências para a obtenção do título de  
Bacharel em Administração Pública.

Orientadora

Dra. Eloisa Helena de Souza Cabral

**LAVRAS – MG**

**2017**

*Aos meus pais, Ronaldo e Delfina pelo exemplo de vida, fé, coragem e por todo amor, carinho, apoio e dedicação.*

**DEDICO**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por se fazer presente em minha vida e me guiar nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Delfina e Ronaldo, que não importa o quanto de linhas, parágrafos ou páginas de agradecimento venha eu a escrever direcionados a eles, será sempre insuficiente para demonstrar a gratidão infinita que sinto pela presença deles em toda a minha vida.

As minhas irmãs Taynara e Nathalia, pelo apoio, companheirismo, cumplicidade e incentivo.

Ao meu noivo, Rafael que esteve ao meu lado sempre, tornando cada dia da minha vida mais especial e me dando forças para não desistir.

À professora Eloísa Helena de Souza Cabral, pela paciência, dedicação e pelos seus ensinamentos que foram de grande relevância para a realização deste trabalho.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Lavras e aos conselheiros entrevistados pela disponibilidade de participar da pesquisa contribuindo para a realização deste trabalho.

Ao CEDET, aos colegas de classe, aos amigos, em especial a Gisele pelas palavras de incentivo na reta final do curso, a minha família, aos professores, e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização dessa etapa, a vocês meu muito obrigada!

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.*  
*(Charles Chaplin)*

## RESUMO

As configurações institucionais que veem se formando no Brasil, tem como propósito integrar a sociedade ao Estado na formulação de políticas públicas. Dessa forma, os conselhos são caracterizados por ser um espaço de deliberação e fiscalização de políticas públicas, formados por membros da sociedade civil e do governo. Nesse sentido, este estudo foi realizado com o objetivo de analisar a efetividade das relações entre representantes e representados no Conselho Municipal de Saúde de Lavras – MG. Um dos objetivos específicos do presente estudo é compreender as relações estabelecidas no espaço concedido às novas formas de participação institucionalizadas nos marcos da relação entre governo-sociedade, construídas no âmbito do Conselho e tendo ainda como meta, evidenciar o quão legítimas são as relações de representação entre conselheiros representantes dos usuários. A justificativa para esse estudo é a importância atribuída à dinâmica que envolve as instâncias participativas nas ações públicas na área da saúde. Foi utilizada abordagem qualitativa e tendo como fonte de obtenção de dados entrevista com sete conselheiros representantes dos usuários do Conselho Municipal de Lavras. Os resultados evidenciaram que o fato de ser indicado ou eleito por votação, a autorização só será considerada 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.

Palavras-chave: Participação. Representação. Conselho Municipal de Saúde.

## **ABSTRACT**

The institutional configurations that they see forming in Brazil, have the purpose of integrating society with the State in the formulation of public policies. In this way, the councils are characterized by being a space for deliberation and oversight of public policies, formed by members of civil society and government. In this sense, this study was carried out with the objective of analyzing the effectiveness of the relations between representatives and represented in the Municipal Health Council of Lavras - MG. One of the specific objectives of this study is to understand the relations established in the space granted to the new forms of participation institutionalized within the framework of the relationship between government and society, built within the framework of the Council and also having as a goal, to highlight how legitimate are the relations of representation Among councilors representing the users. The justification for this study is the importance attributed to the dynamics that involve the participatory instances in the public actions in the health area. It was used qualitative approach and having as a source of data collection interview with seven councilors representing the users of the Municipal Council of Lavras. The results showed that the fact of being nominated or elected by vote, the authorization will only be considered legitimate when the intentionality of the representative refers his action to the council to a legitimate form of representation that considers minimally speaking on behalf of its represented.

**Keywords:** Participation. Representation. Municipal Health Council.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTORICO E SEUS DESDOBRAMENTOS NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b> .....	12
2.1. Contextualização da saúde no Brasil .....	12
2.2. A participação social e política no contexto histórico do conselho nacional de saúde .....	16
2.3. Conceitos de participação .....	21
2.4. Eleições, representatividade e participação nos conselhos.....	23
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	32
3.1. Contextualização do ambiente de pesquisa: O Conselho Municipal de Saúde de Lavras. ....	32
3.2. Amostra.....	36
3.3. Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	37
3.4. Procedimentos de análise dos dados.....	38
<b>4. ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	39
4.1. Perfil dos conselheiros entrevistados.....	39
4.2. Autorização via indicação.....	43
4.3. Autorização eleição pela entidade.....	45
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>APÊNDICE</b> .....	60

## 1. INTRODUÇÃO

Os conselhos gestores são instâncias de participação que unem representantes da sociedade e membros do poder público com propostas e ações que dizem respeito à gestão de bens públicos. Entretanto, há um acirrado debate na trajetória dos conselhos envolvendo questões relacionadas à participação e a representatividade, além de temas mais abrangentes que configuram o cenário em que os conselhos se desenvolvem e que influenciam a gestão pública.

Contudo, só podemos compreender o teor das ações dos conselhos se as inserirmos no contexto histórico das diversas formas de participação e representação da sociedade civil. Podemos elencar como um marco histórico a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) quando da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) na qual a participação ativa de diversos segmentos da sociedade garantiu mecanismos e possibilidades para um modelo de política de saúde mais democrático e participativo. Nesse sentido, conforme ressalta Presoto (2005), a participação social passa a ser um dos princípios orientadores do SUS, constituindo, para sua concretização, os canais participativos, nas três esferas de governo - conselhos e conferências de saúde - sendo os Conselhos de Saúde os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde.

Porém, alguns estudos têm demonstrado entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. A literatura sobre o tema indica que o funcionamento dos conselhos de saúde não é semelhante em todo o país, visto que muitas localidades apresentam inúmeras dificuldades para seu funcionamento (COTTA et al., 1998; LABRA, 2002; CORREIA, 2005; VAN STRALEN et al., 2006). Por sua vez, essa pesquisa tem enfoque nos representantes dos usuários fundamentando-se na premissa de que a inclusão dos mesmos nos Conselhos Municipais de Saúde permite que grupos sociais

tradicionalmente excluídos do processo político institucional passem a participar das decisões relacionadas às políticas públicas.

Considerando o princípio de paridade que orienta a composição dos conselhos, os representantes dos usuários detêm metade dos assentos disponíveis nos órgãos, configurando-se como segmento majoritário. Dessa forma alguns questionamentos surgiram sobre esse tema: Como os conselheiros foram escolhidos para representar sua entidade no Conselho Municipal de Saúde? Como eles foram eleitos e como eles perpetuam essa relação com seus representados? O que essa atividade como representante exige? Qual o papel do representante de entidades no CMS-L?

Esses e outros questionamentos foram levantados buscando compreender as relações que serão estabelecidas no espaço concedido às novas formas de participação institucionalizadas nos marcos da relação entre governo-sociedade. Ressaltamos, portanto a importância de estudar a questão da participação e da representação da sociedade civil em conselhos de saúde, por entender que, mesmo diante de tantos limites, estes conselhos estão caminhando e buscando destaque por seu ideal democratizante no cenário nacional.

Assim sendo esse estudo tem como pergunta de pesquisa: Como se efetua as relações entre representantes e representados através de processos que determinam a legitimidade desta relação? A partir da questão de pesquisa, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a efetividade das relações entre representantes e representados no Conselho Municipal de Saúde de Lavras em relação aos mecanismos de autorização para se tornar representante. E os objetivos específicos: apresentar os conceitos de participação; descrever os aspectos gerais da Política Pública da Saúde no Brasil e dos Conselhos de Saúde e identificar os mecanismos de autorização no Conselho Municipal de Saúde de Lavras.

O presente estudo está organizado da seguinte forma: inicialmente são apresentados os aspectos gerais da evolução histórica da Política Pública da Saúde no Brasil. Em seguida aborda-se a participação social e política no contexto histórico do Conselho Nacional de Saúde, bem como as práticas de participação e os sentidos que estas práticas adquiriram ao longo da história. Estes sentidos estão relacionados às questões reivindicadas pelos grupos mobilizados e aos contextos nos quais esta participação esteve inserida. Em seguida, apresenta-se alguns conceitos de participação e de elementos importantes para uma reflexão crítica da participação que vem ocorrendo atualmente nos Conselhos de Saúde. Após o estudo bibliográfico em âmbito geral foi feita a contextualização do Conselho Municipal de Saúde de Lavras, apresentada a amostra, os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados e os procedimentos utilizados na análise dos dados. Em seguida apresenta-se a análise dos resultados e as conclusões obtidas a partir do estudo desenvolvido.

## **2. CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO E SEUS DESDOBRAMENTOS NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Nesta seção são tratados os aspectos que darão suporte para identificar a efetividade das relações entre representantes e representados no Conselho Municipal de Saúde de Lavras – MG. Primeiramente, são apresentadas informações sobre os aspectos gerais da evolução histórica da Política Pública da Saúde no Brasil. Em seguida, aborda-se a participação social e política no contexto histórico do conselho nacional de saúde, posteriormente são elucidados alguns conceitos de participação e, finalizando, apresenta-se a eleição, representatividade e participação nos conselhos.

### **2.1. Contextualização da saúde no Brasil**

No Brasil Colônia, diversos problemas aconteceram com a vinda dos colonizadores, gerando doenças e mortes nas tribos indígenas. O modelo exploratório da época não se preocupava com as questões sanitárias, e os pajés, que viajavam pelo país, eram as únicas formas de assistência à saúde. Entretanto, com “A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde” (CONASS, 2007, p.17). Essas mudanças foram insuficientes em relação às necessidades, mas resultaram na criação das duas primeiras escolas de medicina do país: uma em Salvador e a outra no Rio de Janeiro.

Contudo com a criação dessas escolas, os problemas em relação à saúde não tiveram mudanças significativas. De modo geral, as epidemias aumentam e a população recebia pouquíssima assistência médica. Finkelman (2002) salienta que, nessa época, a assistência à saúde estava restrita às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, uma vez que ela apresentava dependência de entidades beneficentes e filantrópicas.

Foi, apenas, a partir da Revolução de 1930 que essa situação começou a mudar, sendo criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. O modelo proposto, inicialmente de assistência médica, não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, só tinha direito aos benefícios pessoas que trabalhavam e contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada”. Dessa forma, segundo Santos (2001), a década de 1930 representou um momento importante tanto pelo estabelecimento da proteção social, com base em um conceito de cidadania regulada pelo mundo das profissões, quanto pela reforma no âmbito das ações de saúde.

Após três décadas, no início da ditadura militar no Brasil, em 1964, ocorreu uma discussão sobre saúde pública, mais especificamente sobre a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais - IAPS, como forma de tornar o sistema mais abrangente. Nesse período, a participação era mediada, principalmente, através de sindicatos, que recorriam diretamente aos representantes do governo, solicitando melhorias em seus serviços de saúde. Porém, a concretização dessas propostas só aconteceu em 1967 com a unificação de IAPS e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A transição política do regime militar para uma democracia participativa gerou uma abertura política impulsionada pela pressão da sociedade civil, através da força dos movimentos sociais, que se diferenciam por expressar fortes conteúdos reivindicativos e de oposição ao regime militar, tendo a liberdade política como o ponto de partida da mobilização social (COTTA, CAZAL e MARTINS, 2010, p. 2438).

Com a reforma administrativa federal em 1976, regida pelo Decreto- Lei nº 200/67, que pretendia modernizar o país – o campo de ação do Ministério da Saúde sofreu redefinições (ROZENFELD, 2000). Couberam-lhe a formulação e a coordenação da política nacional de saúde, a assistência médica ambulatorial; a

prevenção à Saúde; o controle Sanitário e pesquisas na área da saúde. Com essas modificações, o Ministério da Saúde deixou de ser apenas um aparato burocrático para se tornar um órgão de gestão responsável pela condução das políticas públicas de saúde no país.

No contexto das discussões pela Reforma Sanitária, na década de 1980, emergiram preocupações, tanto com a integração entre as ações de vigilância sanitária nas esferas federal, estadual e municipal, quanto com a capacitação de seus trabalhadores (Costa; Fernandes; Pimenta, 2008). Conforme ressaltam Machado *et al.* (2007), o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população, nas questões de saúde enquanto direito de cidadania.

Já em 1988, com a Constituição Federal, o papel do Estado passa a ter mais evidência no contexto da Saúde, conforme diz o artigo 6º da Constituição Federal, “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Nesse ínterim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, a fim de minimizar o quadro de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida cobrança em dinheiro sob qualquer pretexto.

Dessa forma, o SUS traz uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do sistema de saúde. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014). Em suma, o Sistema Único de Saúde representa um avanço, principalmente, pelos princípios de organização com a garantia de acesso de

toda a população aos serviços de saúde, e a participação da população na formulação e controle das políticas de saúde (FONTOURA; MAYER, 2006).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde publicou em 2009 um documento intitulado “Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal” onde é exposto que o SUS nasce a partir de um movimento social em prol da saúde pública em uma grande mobilização de setores como a sociedade civil organizada, os movimentos de saúde, os trabalhadores de saúde, os gestores e a academia. A oportunidade histórica de convergência política inseriu, na Constituição, o capítulo da saúde, criando um sistema universal e que se caracteriza pela democracia participativa.

Portanto é no contexto das mobilizações e organização da sociedade, de superação do regime autoritário militar, e do desenho da democratização do Estado durante a realização da Assembleia Nacional Constituinte e aprovação da Constituição de 1988, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que a participação da sociedade estava claramente inserida no marco da construção da democracia participativa, numa perspectiva de complementaridade e sinergismo com o marco da democracia representativa (CONASS, 2006, p. 152-153).

Desta maneira, diante dos aspectos discutidos, percebe-se que a compreensão das ações dos conselhos e do processo de participação social e político só é possível mediante a retomada histórica, como explicitado nesse tópico.

Nesse sentido, percebe-se o importante percurso histórico no país em relação às conquistas políticas, no que diz respeito à saúde pública, que vem desde o Brasil Colônia, ampliado pela constituição Federal de 1988, com o intuito de beneficiar a saúde de toda a comunidade nacional.

Através dessa breve contextualização da história na área da saúde, evidencia-se o longo processo de acumulação de forças dos atores que resultou no desenho institucional do sistema público de saúde atual. A compreensão desse processo é extremamente útil para iluminar a reflexão sobre os aperfeiçoamentos possíveis e desejáveis, de forma a tornar sempre mais efetivos os resultados da ampla participação e mobilização de forças já alcançada. Diante deste cenário, será abordado neste estudo, uma análise da participação social e política, buscando compreender os processos de participação da sociedade civil no contexto histórico do conselho Nacional de Saúde.

## **2.2. A participação social e política no contexto histórico do conselho nacional de saúde**

No Brasil, a questão da participação política é um tema presente desde o tempo das lutas da Colônia contra a metrópole, passando pelas lutas contra a escravidão e pelo sindicalismo anarquista nas primeiras décadas deste século. (GOHN,2007). Sendo assim, os movimentos sociais demonstram representatividade no que tange a luta de classes e a busca pela tão almejada igualdade social, pois, por meio dessa é possível que sejam alcançados os objetivos ansiados.

O entendimento dos processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas são fatores importantes para o esclarecimento da democratização da sociedade brasileira. Dessa forma, conforme Connass (2009), as conferências e conselhos de saúde são considerados como os principais espaços para o exercício da participação e, também, do controle social na implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Interligando a origem dos conselhos de saúde a dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira, podemos indicar que de um lado, o movimento sanitário que envolveu médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e

se tornou forte no final dos anos 70 nas universidades e alguns outros setores da área de saúde como a Fundação Oswaldo Cruz e, de outro lado, o chamado movimento popular da saúde, que teve a sua origem na zona leste da cidade de São Paulo (AVRITZER, 2008, p. 52-53).

Conforme manifesta Avritzer (2008), cada um destes grupos tinha um tipo de reivindicação em relação à participação social: no caso do movimento popular de saúde, a reivindicação era o controle e, eventualmente, a autonomia da sociedade civil no processo de decisão sobre os serviços de saúde municipal. Do outro lado os médicos sanitaristas, a ênfase foi posta na medicina preventiva e na reorganização do papel do Estado no sistema de saúde do país.

Adotando uma visão análoga, segundo o documento de orientação para entender o Controle Social da Saúde (2013), é possível afirmar que a participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”, evidenciando o controle da sociedade sob as políticas de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos foi se invertendo e a sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde.

A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde.  
(BRASIL, 2013, p.38)

Nessa perspectiva, Avritzer (2007) acredita que a representação social é de suma importância por lidar com representantes civis, buscando seus direitos, que é algo diferente da representação feita pelo Parlamento. Para Avritzer (2007), aumentar a representação seria expandir as formas como os atores sociais exercem, nessas instituições, a apresentação de certos temas, como a

saúde ou interesses urbanos e o fato de que, em instituições como os conselhos de políticas, alguns atores são eleitos com o intuito de exercerem o papel de representantes da sociedade civil. Evidenciando que a representação realizada pelos atores da sociedade civil é diferente daquela exercida no Parlamento.

Em suma, constata-se que a participação, tanto na esfera social quanto na esfera política, evoluiu historicamente como uma bandeira dedicada a promover uma espécie de invasão do Estado pela sociedade (NOGUEIRA, 2011, p.143). Classes, grupos e indivíduos deveriam participar para introduzirem a marca de suas ideias e de seus interesses no centro que organiza a vida coletiva, buscando, desse modo, crescer precisamente enquanto grupo, classe ou indivíduo. Dever-se-ia participar, também, para fazer com que certas ideias e interesses prevalecessem, influenciassem a vida coletiva ou dirigissem outras ideias e outros interesses (NOGUEIRA, 2011, p.144).

Nesse sentido, a participação política configurou-se, sobretudo como um meio de se fazer presente no conjunto da vida coletiva, de disputar seu governo e de postular a hegemonia, a direção intelectual e moral da sociedade. Diante disso, conforme ressalta Gohn (2007), buscava-se o direito de se manifestar e de se organizar livremente, bem como mudar as regras do controle social e alterar a forma de fazer política no país. As demandas marcaram um período de ciclo de protestos e mobilizações.

Em 1974 inicia-se a organização do movimento social em saúde, resgatando a função pública dos movimentos sociais e comunitários, os quais serviram de canal para a mobilização da população e das lutas pela redemocratização do Brasil. Reunindo sindicatos, movimentos de mulheres, associações de moradores de bairros, igreja e correntes políticas, de oposição ao regime que passaram a denunciar a situação crítica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando das autoridades soluções para os problemas nessa área.

Diante de tais colocações, cabe ainda ressaltar que os Conselhos de Saúde são constituídos por conselheiros, que se responsabilizam pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. O número de conselheiros é definido pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde e a quantidade de representantes deve ser especificada em lei. Já a sua composição deve atender a dois critérios: o da representatividade e o da paridade. De acordo com a Resolução CNS nº 333, de 2003, essa representação deve atender a critérios de representatividade, de abrangência e de complementaridade do conjunto de forças sociais contempladas pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 2013).

Demo (1988) assinalou que, em 1974, a participação envolve mais do que a demanda: envolve a criação de canais de participação resultando na discussão sobre como e quais seriam esses canais. Já se começava a delinear uma discussão a respeito dos conselhos: que canais, com que qualidade e como participar? O debate denotava a passagem de uma fase de participação, como simples pressão pela demanda de um bem, para outra fase em que havia certa qualificação da participação social e política. Dessa forma, os que participam são partes que desejam ser parte ou se tornarem parte de algo (TEIXEIRA, 2002, p. 27). A rigor, ainda que nem toda participação seja imediatamente política, não há participação que não se oriente por algum tipo de relação com o poder – tanto com o poder de outros atores quanto com o de determinados centros organizacionais e decisórios. (NOGUEIRA, 2011, p.133).

Para contextualizar a participação no âmbito social e político em relação à saúde pública nacional, vale ressaltar que o movimento de reforma sanitária, o qual nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970, desenvolveu-se como um “conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (SCOREL, 1988, p. 23). Fruto das

lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados ao movimento popular, o movimento sanitário nasce com a intenção de reverter o sistema perverso de saúde.

Mas, a participação dos indivíduos nos processos de elaboração e de tomada de decisão só apareceu na década de 1980, em propostas associadas aos movimentos populares, em atuação conjunta com comunidades eclesiais de base, oposições sindicais, algumas categorias profissionais do funcionalismo público, associações de moradores, etc. (GOHN, 2007). Ou seja, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país.

Martins et al.(2011) discorrendo sobre a temática salienta que

se reclame para todos os cidadãos a proteção dos direitos econômicos, sociais, políticos e culturais e, sobretudo, que se proponha como tarefa histórica conseguir que estes direitos sejam parte integrante da vida de todas as pessoas (p.1136).

Conforme ressalta Martins (2011), quando se advoga atendimento universal na área da saúde o fenômeno que se pretende atingir é o da exclusão social. Essa quando analisada pela ótica da cidadania torna-se um elemento fundamental na atuação dos conselhos que vem na direção de minimizar os riscos de utilização indevida dos mecanismos de controle social.

Assim, Gohn (2007) ressalta que na década de 1980, o cenário se altera, a despeito da desvalorização que a mídia, em geral, atribuiu ao período. Dentre elas, podem-se destacar: primeiro, a constituição de um campo democrático no seio da sociedade civil, formado por diversos atores e segundo, a conquista de canais de participação da população em assuntos que diziam respeito à coisa pública.

Esse olhar sobre a trajetória dos conselhos e os processos de participação da sociedade civil na área da saúde permitiu identificar os avanços e os desafios que foram enfrentados e os que ainda deverão ser encarados para que sejam cumpridos os objetivos a eles atribuídos, de orientar a política de saúde segundo os princípios definidos no texto constitucional, assegurando a todos os brasileiros o direito à saúde.

### **2.3. Conceitos de participação**

A participação social nos processos de construção de políticas públicas é um tema explorado por vários autores que, em cada contexto social, referenciaram sob distintas nomenclaturas, tais como inclusão social, participação de cidadãos, participação popular, participação democrática e participação comunitária, podendo uma mesma prática ter vários nomes ou um mesmo nome representar práticas distintas (SIMÕES E SIMÕES, 2015). Todavia, independentemente do nome ou do modo como a prática é estabelecida, as iniciativas de inclusão da sociedade na gestão das políticas públicas buscam atender um anseio da própria população por integrar processos de tomadas de decisão levando diretamente ao governo suas demandas.

Dessa forma, conforme ressalta Della-Porta (2003), o tema da participação é central para a política e para a democracia. O entendimento dos processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas nos conduzem ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira; o resgate dos processos de participação leva-nos, portanto, as lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e a cidadania (GOHN, 2007, p.14). Nesse sentido, conforme ressalta Gohn (2007), a participação é, também, luta por melhores condições de vida e pelos benefícios da civilização.

Como explica Pizzorno, “a participação política é uma ação em solidariedade para com o outro, no âmbito de um estado ou de uma classe, em vista a conservar ou modificar a estrutura do sistema de interesses dominante” (PIZZORNO, 1971, p. 21). Para Mill citado por Gohn (2007), o melhor local para a aprendizagem da participação é o nível local. Outro entendimento em relação à participação que pode ser destacado é que: “o termo participação se acomoda também a diferentes interpretações, já que se pode participar, ou tomar parte nalguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples espectador mais ou menos marginal à de protagonista de destaque” (BOBBIO ET AL., 1986, p.888).

Além disso, a participação é um processo educativo. Expressar desejos e necessidades, construir argumentos, formular propostas, ouvir outros pontos de vista, reagir, debater e chegar ao consenso são atitudes que transformam todos/as aqueles/as que integram processos participativos (BRASIL, 2014, p. 09). Destacando a participação na área da educação, conforme ressalta Faundez (1993), a participação se evidencia na criação do conhecimento, na determinação das necessidades essenciais da comunidade, na busca de soluções e, sobretudo, na transformação da realidade. Sendo considerado um tema estratégico para construir a possibilidade de uma democracia efetiva, que represente os interesses do conjunto da sociedade e que seja um espaço de tolerância e de reconhecimento. A participação também é estratégica para a universalização de direitos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais), assim como para a promoção do desenvolvimento sustentável.

Assim, embora utilizando diferentes conceituações para compreender a participação social, os autores enaltecem a importância da inclusão da sociedade na construção das políticas públicas. A abertura de canais de acesso que promovam essa inclusão, por vezes é fruto de longos processos de articulação

social e reivindicações junto ao governo. O caso do Brasil é exemplo de como, por meio de mobilizações sociais, a sociedade pode conquistar abertura de espaços na gestão pública para poder participar ativamente das instâncias de tomada de decisão.

Diante deste cenário, procura-se apresentar em seguida alguns aspectos das eleições, representatividade e participação nos Conselhos Municipais de Saúde, buscando evidenciar a importância da participação, de formulação das políticas públicas de saúde e do controle social de sua execução.

#### **2.4. Eleições, representatividade e participação nos conselhos**

A pulverização do modelo de gestão de políticas e programas públicos por meio de conselhos, no Brasil e no mundo, não é novidade. A dificuldade nesta seara se funda não na falta de informação, mas na organização e sistematização do vasto conhecimento já produzido (BUVINICH, 2014). Considerando que a participação popular na gestão pública é um pressuposto do sistema democrático-participativo adotado pela Constituição Federal de 1988, a qual trouxe inovações como proteção aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, garantindo, não só aos indivíduos, como também a grupos e associações, o direito à representação política, à informação e à defesa de seus interesses, possibilitando-lhes a atuação na gestão dos bens e serviços públicos. (DALLARI, 1996). A partir dessa Constituição consolida-se a ideia de que o controle seja feito pela sociedade através da sua presença e ação organizada.

Conforme aponta Almeida e Tatagiba (2012), muitos estudos de caso comprovam que os conselhos são pouco conhecidos para além do universo das organizações da sociedade civil diretamente envolvidas com a temática e ainda apresentam muitas fragilidades quanto a divulgação mais ampla das decisões tomadas no seu interior. Assim, como explica Buvnich (2014), a teoria

deliberativa agrega a participação, mas vai além ao focar não somente o processo participativo, mas os resultados que podem ser extraídos da participação. Neste sentido, a deliberação ganha importância, pois seria o resultado concreto da multiplicidade de interesses sociais confluindo com um propósito específico. Para chegar então ao resultado, a participação, a argumentação pública, o respeito à multiplicidade ideológica e a racionalidade pública seriam elementos condicionantes e necessários a um processo deliberativo capaz de ser legítimo (Buvnich, 2014).

Há incontáveis dificuldades nesse movimento, entre estas a falta de um sistema eficaz de supervisão, por parte do Estado, desses “poderes delegados”. Porém, de nenhum modo reduzem a importância, para a democratização e para a ampliação dos recursos do Estado, do significado dessas formas de associação e participação (DRAIBE, 1998). Dessa forma se o princípio da descentralização parte da máxima de que quanto mais perto do fato for tomada a decisão, mais chance de acerto e quanto mais envolvimento houver da sociedade na construção e fiscalização do SUS, mais chance haverá de êxito. Profissionais, prestadores, gestores e, principalmente, usuários que estão na ponta do sistema e que acompanham o cotidiano da política pública, são de fato, os alicerces e a chave para o sucesso desse sistema (BRASIL, 2002). Contudo, o exercício do controle social e a democratização do conhecimento, estimulando a organização da sociedade para o efetivo exercício da democracia direta na gestão do Sistema Único de Saúde é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local (BRASIL, 2003).

Almeida e Tatagiba (2012), apontam que para cumprir com as expectativas que inspiraram a criação dos conselhos, a justaposição de

competências não pode resultar em decisões que restritamente acomodem interesses particulares. Buvnich (2014), destaca que não há uma regulamentação genérica que padronize as implantações de conselhos como espaço de gestão participativa. A forma de exercício dessa participação possui distintos formatos, o que faz com que os modelos implementados variem não apenas de política para política, mas também de região para região. Dessa forma, de acordo com Moreira (2009), os representantes terão que conciliar a competição e a articulação política e romper com o ciclo de subordinação e injustiças a fim de fortalecer a cidadania. Ressaltando que o ponto de partida da atuação dos conselheiros de saúde são as necessidades da comunidade.

Assim, a representação coletiva tornou-se eminentemente heterogênea quanto aos interesses dos representados, às formas organizacionais dos atores, ao lócus dentro do Estado, e às jurisdições, instâncias e formas de institucionalizá-la (GURZA LAVALLE, HOUTZAGER E CASTELO, 2006). Conforme cartilha publicada pelo Ministério da Saúde em 2013, intitulada “Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS”, o conselheiro possui seis atribuições importantes para o sucesso de sua representação no Conselho, sendo eles:

- Representar o seu segmento e manifestar as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários.
- Ao discutir, ele deve levar a opinião de uma parcela significativa da sociedade, pois não age em nome de seus interesses pessoais, mas da parte que ele representa e do conjunto dos usuários do SUS.

- Como representante, ele deve fazer o elo entre o conselho e sua coletividade.

- Este trabalho pode ser feito por meio de mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas.

- Além de propor, discutir e definir questões, é fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde, para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade.

Dessa forma a construção de espaços de participação visa garantir à população o debate permanente, estabelecendo, assim, uma gestão compartilhada da cidade. (COSER, 2012). Nesse sentido Buvnich (2014), aponta que a questão da natureza da representação; da composição e paridade, da capacidade decisória, bem como da obrigatoriedade de instituição são elementos que possuem estreita relação com as avaliações de efetividade deliberativa e cumprimento do papel democratizante destacado aos conselhos, e são estas as características variantes que fazem com que as distinções de implementação sejam tão acentuadas.

No caso dos conselhos, a Resolução 333/2003 sugere a duração de dois anos para o mandato, podendo os conselheiros ser reconduzidos (reeleitos), a critério de suas representações (BRASIL, 2010). O conselho de saúde deve ter um presidente eleito por seus membros. A escolha dos conselheiros deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade possam saber e indicar representantes. A escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição ou por indicação, de acordo com o previsto no regimento interno do próprio conselho (BRASIL, 2010). E o mandato dos conselheiros não deve coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal.

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, visto que na representação parlamentar, a autorização é institucionalizada via voto popular. 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 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.

Os municípios brasileiros vivem um período muito intenso e rico para o processo democrático, destacando as eleições dos conselhos municipais que apresentam características próprias (COSER, 2012). A eleição para que a pessoa se torne um conselheiro municipal de saúde é a oportunidade que o cidadão tem para interagir e interferir diretamente no processo de construção da cidade que deseja. Esse envolvimento enriquece o debate político e amplia a responsabilidade social do cidadão, que se torna mais apto a fiscalizar o que de fato é discutido nas reuniões do conselho e interferir positivamente.

Vale ressaltar que qualquer alteração na organização do conselho de saúde deve preservar o que está garantido em lei. Além disso, para se alterar a organização do conselho, que se encontra estabelecida em seu regimento interno, é necessário que o próprio conselho faça a proposta e vote em reunião plenária.

O gestor (prefeito ou governador) deve homologar essa mudança. Deve ser definido também um *quórum* que é o número mínimo de pessoas necessário para que o conselho possa tomar decisões. O *quórum* é definido no regimento interno e se não for obedecido, as decisões não terão validade. A heterogeneidade na composição dos conselhos, o respeito às diferenças e a adesão a projetos específicos, construídos a partir do debate construtivo, são condições necessárias à eficácia das ações dos conselhos e à consequente ampliação democrática. É do confronto argumentativo e da tentativa de diálogo entre grupos que defendem interesses distintos, e por vezes claramente antagônicos, que o conselho extrai sua força (TATAGIBA, 2002).

O reconhecimento de que o sucesso de um conselho não está restrito unicamente ao seu poder decisório, e sim a um conjunto de elementos que conjugam pluralidade representativa, paridade, qualidade do processo deliberativo (da discussão), não afasta, porém, a importância da deliberação enquanto preceito legal profundamente impactante (BUVINICH, 2014). Por se constituírem em espaços onde vários projetos e programas estão representados, os conselhos são instâncias de negociação, de pactuação e de compartilhamento de responsabilidades entre o Estado e diversos grupos sociais os quais representam divergentes interesses na formulação e execução das políticas públicas. Os conselhos possuem função importante na gestão pública participativa, deliberando em relação às demandas da população e ainda, contribuindo para a transparência da gestão pública entre o Estado e a sociedade. Dado que o modelo institucional sempre está inserido em um contexto político influenciado por uma cultura política, o estabelecimento de modelos ideais altera-se em razão das distintas realidades econômicas, sociais e culturais (BUVINICH, 2014).

De acordo com a Controladoria Geral da União (CGU) (2008), podem-se destacar algumas atribuições dos conselhos gestores, como a fiscalizadora, a mobilizadora, a deliberativa e a consultora. A primeira, fiscalizadora, abrange o controle e o acompanhamento das ações dos gestores públicos. A atribuição de mobilização se configura pelo estímulo à contribuição da sociedade civil para formular e divulgar a importância da participação popular na gestão pública. A função deliberativa constitui-se na participação efetiva dos conselhos nas decisões sobre estratégias a serem utilizadas pela administração pública. E a consultiva se expressa por meio da consulta sobre o direcionamento das políticas públicas, realizada pelo Estado, ao conselho correspondente ao setor em foco, marcada por sugestões e opiniões dos conselheiros e da população para os gestores.

Cabe ao conselho gestor elaborar um regimento interno próprio, o qual, depois de aprovado em plenário, segue para apreciação do chefe do Poder Executivo, que o aprova por meio de decreto. Suas decisões possuem a forma de resoluções, devendo ser publicadas no Diário Oficial. Contudo, conforme ressalta Dagnino (2002), o potencial democratizante dos conselhos diferencia-se conforme cada caso específico. Ao lado do ideal democratizante dos conselhos, uma realidade prática muito mais problemática pode ser percebida. Em muitos municípios sem tradição associativa e com uma configuração de poder bastante distorcida, os conselhos limitam-se a cumprir formalidades, quando não são manipulados pelas elites locais ou partidos políticos. Os governos muitas vezes adotam estratégias de esvaziamento desses espaços e, não raro, instrumentalizam os conselhos para seus objetivos específicos.

Para que sejam considerados como um meio efetivo e concreto da participação popular na gestão pública local, é necessário superar alguns desafios apresentados na realidade das municipalidades, conforme indicam Rover e Fogollari (2005).

Um deles refere-se à composição paritária dos conselhos, que deve ser tanto numérica quanto qualitativa. Assim, devem ser banidos conselheiros que, por exemplo, exercem cargo de confiança na administração pública local, os chamados “apadrinhados”, e que priorizam serviços ditados pelos gestores, não representando, dessa forma, os interesses dos usuários, passando, muitas vezes, a agir individualmente, sendo suscetíveis a pressões políticas. Devem ser estabelecidos critérios para garantir uma igualdade de condições a todos os conselheiros.

Rover e Fogollari (2005) evidenciam também que quanto à composição qualitativa, faz-se necessário a capacitação continuada, tanto para os conselheiros gestores como para os conselheiros usuários, acerca do desenvolvimento de todo o processo, tanto da política como da administração, desenvolvendo-se um comprometimento dos atores sociais nesse trabalho. Dessa forma, cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as demandas da sua comunidade para as políticas de saúde.

Evidenciado dessa forma a importância da participação, sendo possível envolver os conselheiros no planejamento e discussão das ações desenvolvidas principalmente na atenção primária à saúde, pois os conselheiros possuem conhecimentos sobre os reais problemas de suas comunidades, uma vez que pertence a elas, além disso, detém o papel de manter a população informada a respeito do funcionamento e acontecimento na saúde, facilitando o vínculo dos usuários aos profissionais de saúde.

O conhecimento das propostas e ações dos conselhos é de extrema importância para despertar na sociedade o interesse pela participação e pela representatividade. No momento em que a sociedade notar que a participação dos representantes do conselho pode ampliar a qualidade e a efetividade dos

serviços de saúde recebidos pela população, mais chances têm de se tornarem cidadãos ativos e interessados em participar, pois veem que sua representatividade pode trazer melhorias para a comunidade.

A gestão participativa procura introduzir formas novas de controle social, ou seja, de controle do governo pela sociedade. Ela é, em boa medida, uma aposta democrática e republicana: o governo deve visar ao povo, fazer-se em seu nome e ser por ele avaliado e controlado, funcionando segundo regras, critérios e procedimentos que privilegiem aquilo que é público, o bem comum e os interesses de todos (NOGUEIRA, 2011, p.150).

Dessa maneira, ele prevê a existência de um cidadão ativo, qualificado não apenas para controlar de modo passivo a gestão, mas também para interferir nela, direcioná-la, submetê-la a sua vontade. A gestão assim configurada mostra-se capacitada para se responsabilizar por seus atos e decisões, ao mesmo tempo em que admite ser responsabilizada pela população e a responsabilizar o conjunto do aparelho do Estado (NOGUEIRA, 2011, p.150).

Para Rocha (2011), a dimensão da participação popular é o que garante o exercício da democracia para além dos espaços formais de poder e da representatividade, levando em conta os interesses do conjunto da população, e possuindo uma visão ampla e integrada do território, da sociedade e das questões do desenvolvimento. Constata-se que ainda é muito pequena e, às vezes, até inexistente, a interação entre os diversos conselhos e entre os conselheiros que atuam nestes. Esta interação, fundamental no processo educativo continuado, pode ser obtida através de diversas reflexões, práticas e canais de participação.

Porém, nem sempre essa participação é concretizada, tendo em vista que a sociedade desconhece os seus direitos e o próprio Estado deixa de cumprir sua tarefa voltada à educação: a de possibilitar ao cidadão o acesso à informação. Buscou-se pontuar as diversas concepções acerca da representação nos espaços participativos buscando a relação entre participação e representação da

sociedade civil em novas instâncias de mediação entre sociedade civil e Estado, como os conselhos de saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Na busca de maior compreensão sobre as questões que permeiam a efetividade das relações entre representantes e representados no conselho municipal de saúde, foi utilizada a abordagem qualitativa. Conforme Godoy (1995, p.62), a pesquisa qualitativa tem as seguintes características: “o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental: o significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida como preocupação dos investigados; o enfoque indutivo; e o caráter descritivo”.

O estudo é caracterizado como descritivo. Conforme ressalta (Perovano, 2014), o processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o processo, quando, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes.

#### **3.1. Contextualização do ambiente de pesquisa: O Conselho Municipal de Saúde de Lavras.**

A cidade de Lavras pertence ao estado de Minas Gerais e segundo dados do IBGE, sua população em 2015 era de aproximadamente 100.243 habitantes. Na área da saúde possui ambulatórios médicos especializados, centro de especialidades odontológicas, unidades do programa saúde da família (PSF's), um hospital público da mulher, banco de leite, posto de doação de sangue, policlínicas, uma unidade de pronto atendimento (UPA), e o laboratório municipal de análises clínicas.

O município conta com dois hospitais, sendo eles, a Santa Casa de Misericórdia de Lavras, instituição filantrópica. Focada em oferecer serviços de assistência à saúde da população de Lavras e região, buscando o crescimento do hospital como instituição autossustentável. Já o Hospital Vaz Monteiro, complexo hospitalar capaz de múltiplas ações de saúde, das mais simples até a alta complexidade.

Lavras também se destaca na educação para a área da saúde, com cursos técnicos e superiores. O Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) oferece os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Odontologia. A Universidade Federal de Lavras (UFLA) oferece os cursos de Educação Física, Nutrição e Medicina e a Faculdade Presbiteriana Gammon também oferece a graduação em Educação Física.

No que tange ao Conselho Municipal de Saúde de Lavras, ele foi instituído pela Lei Orgânica Municipal, promulgada em 17 de fevereiro de 1990. Contudo suas especificidades encontram-se na Lei Municipal 1.865, de 20 de junho de 1991. A legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O conselho de saúde é composto por 50 % de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% do governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Representando os trabalhadores do SUS podemos ter representantes das associações comunitárias, entidades ambientais não governamentais, entidades de defesa do consumidor, entidades de aposentados e pensionistas, entre outras representações.

Apresentando caráter permanente e deliberativo buscando a prestação de serviços pelo poder público, a composição do CMS de Lavras na data da realização das entrevistas era assim determinada, conforme quadro 1.

**QUADRO 1: COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE DE LAVRAS**

<b>Do governo Municipal</b>	<b>Dos trabalhadores em serviços de Saúde</b>	<b>Dos prestadores de Serviço de Saúde</b>	<b>Dos usuários</b>
Secretário Municipal de Saúde	01 representante do Programa de Saúde da Família	01 representante dos hospitais filantrópicos	01 representante de associações de deficientes
Secretário Municipal de Administração	01 representante da Unidade de Pronto Atendimento	01 representante dos prestadores de serviço privado	04 representantes de entidades sindicais
Secretário Municipal de Fazenda	01 representante da Secretária Municipal de Saúde do setor de saúde bucal	01 representante de instituições de ensino prestadores de serviços na área de Saúde	05 representantes de Associações comunitárias de bairro
	01 representante da Secretaria Municipal de Saúde do setor de farmácia Municipal	01 representante da APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais e ou da ABRAÇO – sendo que o titular e o suplente sejam cada um de uma instituição e haja revezamento dos mandatos	01 representante de Associação comunitária da zona rural
	02 representantes dos servidores da Secret. Municipal de Saúde		01 representante de entidades religiosas
	01 representante dos serviços estaduais da saúde.		01 representante de associações de portadores de doenças crônicas
01 representante da Associação dos Aposentados de Lavras			

Fonte: Representantes do Conselho Municipal de Saúde de Lavras. Elaborado pela autora (2016).

No que se refere ao município de Lavras, local de desenvolvimento do presente estudo, o direito a saúde, de acordo com a Lei Orgânica Municipal (LAVRAS, 1990), implica a garantia da participação da sociedade, por intermédio de entidades representativas na elaboração de políticas, na definição de estratégias de implementação e no controle de atividades com impacto sobre a saúde.

Os recursos físicos e administrativos necessários à execução das atividades do CMS devem ser providos pela Secretaria Municipal de Saúde (Lavras, 1992). E a natureza tripartite do CMS conecta-o ao Executivo Municipal, a organizações prestadoras de serviços de saúde, a profissionais de saúde e a entidades sociais que congregam usuários do SUS. Integram sua diretoria representante dos dois últimos grupos. A imperatividade dos mandatos é resguardada por mecanismos de revogação. Nesse sentido, o conselheiro que faltar, sem justificativa a três reuniões consecutivas ou a seis reuniões alternadas, no período de um ano, deverá ser substituído pela instituição que o indicou (Lavras, 1992).

Por ser um órgão de caráter permanente e deliberativo, o Conselho Municipal de Saúde possui um papel importante na formulação das políticas públicas como também na fiscalização orçamentária da saúde do município. Sendo assim, é de grande relevância verificar como esses atores do SUS estão desenvolvendo seus papéis e como está ocorrendo à participação social.

No CMS de Lavras as reuniões ordinárias ocorrem na última quarta-feira do mês. As plenárias só ocorrem se houver *quorum*, caso contrário, automaticamente é convocado uma nova seção. O *quorum* é verificado através da chamada nominal dos conselheiros titulares e, verificado a ausência, os

suplentes assumem, sendo assegurado ao conselheiro suplente somente o direito a voz e não a voto.

Os membros do conselho de saúde que representam os usuários são eleitos ou indicados pelas respectivas associações. Quando o conselho divulga suas ações para a comunidade, ele exerce um importante papel, conscientiza a população da importância do controle social. Conscientizadas, essas pessoas poderão ser os futuros membros do conselho.

### 3.2. Amostra

Tendo como objeto de estudo o Conselho Municipal de Saúde de Lavras, a amostra da pesquisa foi composta por sete conselheiros representante dos usuários. Conforme quadro 2:

**QUADRO 2: COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA DE PESQUISA**

<b>Quantidade de representantes</b>	<b>Entidade</b>
01 representante da associação de deficientes	Grupo Conquista
01 representante da associação de portadores de doenças crônicas	ONG Marluz Pequeno Bosque
01 representante de entidade religiosa	Entidade religiosa
01 representante da Associação dos Aposentados de Lavras	Associação dos Aposentados de Lavras e Região
03 representantes de associações comunitárias de bairro	Associação de Bairro Cruzeiro do Sul; Associação do bairro do Vale do Sol e Associação Comunitária dos Bairros Jardim Glória, Campestres I, II e III

Fonte: Composição da amostra da pesquisa. Elaborado pela autora (2017).

Os representantes dos usuários são a ligação entre o conselho e o segmento social que representam, sendo que o ponto de partida de sua atuação são as necessidades da comunidade. Os conselheiros estão no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade sobre as políticas de saúde de forma coerente com os princípios e diretrizes do SUS e com protagonismo na construção de um sistema de saúde universal e equitativo (BRASIL, 2010; COTTA, 2010).

Os representantes foram selecionados intencionalmente, seguindo os critérios de participação, a saber: ser frequente nas reuniões do Conselho e concordar em participar da pesquisa. Do total de quatorze conselheiros que representam os usuários no CMS - Lavras, sete atenderam aos critérios de seleção. Destes, três representantes de associações comunitárias de bairro, um representante de associação de deficientes, um representante de entidade religiosa, um representante de associação de portadores de doenças crônicas e um representante da Associação dos Aposentados de Lavras.

### **3.3. Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados**

Optou pela realização de entrevista semiestruturada. Para consolidação do roteiro de entrevista realizamos em pré-teste, uma entrevista no mês de março de 2016 com um representante suplente como forma de validar o instrumento, e proceder a adaptações que se fossem necessárias (DAVID, 2005). Conforme ressalta Manzini (1990/1991, p. 154), a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual é elaborado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Utilizamos como referencial o roteiro que integra o trabalho de Sipioni (2009) para o qual estabelecemos as devidas adaptações ao contexto de nossa pesquisa, bem como acatamos as sugestões recebidas após a realização do pré-teste. Todas as entrevistas foram integralmente gravadas e transcritas e, em seguida, os trechos mais relevantes foram sistematizados para viabilizar a análise de conteúdo que, segundo Severino (2007), consiste em uma metodologia que permite a compreensão crítica do sentido manifesto ou oculto nas comunicações, considerando as linguagens, a expressão verbal e os enunciados como informações importantes e indispensáveis para a compreensão dos problemas. De acordo com Bardin (2010), técnica é direcionada em torno de três polos organizados cronologicamente, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a interferência e a interpretação.

Todos os entrevistados foram devidamente informados sobre os objetivos e etapas do estudo e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2016, o primeiro entrevistado foi contactado por telefone e o mesmo disse que a entrevista poderia ser realizada em sua residência, devido à falta de uma sede própria para o Conselho. Este entrevistado informou quando seria realizada a próxima reunião do Conselho, bem como o horário e local. Dessa forma, após a reunião, as entrevistas eram realizadas. Foi necessário, o comparecimento em duas reuniões para a coleta dos dados com todos os conselheiros representantes dos usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas e são apresentadas no APÊNDICE C.

### **3.4. Procedimentos de análise dos dados**

O procedimento para análise dos dados foi dividido em duas partes. Primeiro, a abordagem do perfil dos representantes dos usuários no CMS-L, buscando conhecer as características pessoais e sociais dos entrevistados. Posteriormente,

como segundo item de análise, será discorrido sobre os processos de autorização da representação como fonte de legitimidade desta representação no CMS-L. Dessa forma foi feita a transcrição e sistematização das entrevistas e em seguida iniciou-se a análise das informações.

As categorias que embasam a análise de dados são: autorização via indicação e autorização via eleição pela entidade. Para compor o CMS-L através de indicação, faz-se necessário que a entidade indique um de seus membros para representar sua entidade, essa indicação geralmente indica falta de opção pela entidade em escolher outra pessoa, e, ao mesmo tempo, a tentativa de indicar alguém mais preparado. Já no processo autorizativo via eleição a entidade realiza uma reunião com seus membros e decide através de votação quem será o representante no Conselho.

#### **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Nesta seção, serão apresentados os resultados obtidos com a pesquisa, bem como as análises das respostas obtidas nas entrevistas realizadas com os conselheiros representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Lavras. A fim de identificar o perfil dos conselheiros entrevistados, bem como analisar o processo de autorização para a representação via indicação e o processo de autorização para a representação via eleição, os quais são necessários para que de fato a pessoa possa atuar no Conselho. A seguir, será exposto o perfil dos conselheiros entrevistados.

##### **4.1. Perfil dos conselheiros entrevistados**

Quanto ao gênero, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino: cinco ou 71,4% dos sete entrevistados.

<b>Sexo</b>	<b>Número de conselheiros</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Feminino	05	71,42%
Masculino	02	28,57%
<b>TOTAL:</b>	<b>07</b>	<b>100%</b>

Tabela 1: Gênero dos conselheiros entrevistados.

A faixa etária dos conselheiros, como apresentada na Tabela 2, mostra que todos os entrevistados possuem mais de 35 anos de idade, sendo que quatro deles possuem idade superior a 60 anos.

<b>Faixa etária</b>	<b>Número de conselheiros</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
40 – 49 anos	02	28,57%
50 – 59 anos	01	14,28%
60 anos ou mais	04	57,14%
<b>TOTAL:</b>	<b>07</b>	<b>100%</b>

Tabela 2: Faixa etária dos conselheiros entrevistados.

Em relação ao grau de instrução, 28,57% possuem ensino fundamental incompleto; 14,28% ensino médio completo; 28,57% ensino superior incompleto; 14,28% ensino superior completo e 14,28% pós-graduação.

<b>Escolaridade</b>	<b>Número de conselheiros</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Ensino fundamental incompleto	02	28,57%
Ensino médio incompleto	00	0,00%

Ensino médio completo	01	14,28%
Ensino superior incompleto	02	28,57%
Ensino superior completo	01	14,28%
Pós graduação	01	14,28%
<b>TOTAL:</b>	<b>07</b>	<b>100%</b>

Tabela 3: Grau de instrução dos conselheiros entrevistados

No que tange à ocupação dos conselheiros, quatro são aposentados e os outros três possuem emprego regular, como apresentado na Tabela 4.

Ocupação	Número de conselheiros	Porcentagem (%)
Desempregado	00	0,00%
Aposentado	04	57,14%
Autônomo	00	0,00%
Emprego regular	03	42,85
<b>TOTAL:</b>	<b>07</b>	<b>100%</b>

Tabela 4: Ocupação dos conselheiros

Já em relação ao envolvimento dos conselheiros em outras entidades ou fóruns (além da entidade que ele representa no CMS-L e de sua atuação no próprio CMS-L), os dados mostram que apenas um deles frequentam ou participam de outra entidade conforme indica a tabela 5.

<b>Número de Entidades (Organizações Cívicas)*</b>	<b>Número de conselheiros</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Nenhuma	06	85,71%
01 entidades	01	14,28%
02 entidades	00	0,00%
<b>TOTAL:</b>	<b>07</b>	<b>100%</b>

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

Tabela 5: Envolvimento dos conselheiros com outras entidades

De maneira geral, a análise do perfil dos conselheiros entrevistados 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, ficou evidenciado que a maioria dos conselheiros participam somente do CMS-L, mas que somente essa análise de perfil não permite afirmar se há engajamento deles no conselho.

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.

#### **A autorização para a representação**

Os dados que se seguiram mostram como a autorização para a representação, vem ocorrendo no CMS-Lavras. Visto que ela pode ser feita através de indicação pelos diretores/presidentes das entidades ou eleição pelos seus membros.

## **4.2. Autorização via indicação**

No caso de indicação, analisamos as causas deste processo através dos relatos de entrevistas que 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 de saúde através de conceitos como experiência e in experiência. Assim, 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. Nesse formato não há envolvimento das bases ou realização de assembleias para eleição do representante. A cúpula da instituição decide internamente o nome do conselheiro a ser indicado, que pode ser um membro da própria diretoria ou outro filiado/associado. A indicação é motivada por destaque pessoal no interior da organização, associada à confiança que a direção mantém sobre esses indivíduos.

### **Falta de opção**

A falta de opção foi explicitada como forma de demonstração de desarticulação da entidade, como relata o entrevistado 5

Foi indicação, porque como eu sou aposentado eles preferiram me indicar, eles falaram que eu tenho mais tempo para participar. **(Entrevistado 5).**

O trecho a seguir confirma o fato de que a indicação é feita por falta de opção, de forma que apesar de alguns representantes terem experiência com a área da saúde, nenhum deles tem a capacidade política de defender os interesses da comunidade ou, especificamente, da entidade representada. Para Labra (2010), as associações da sociedade civil muitas vezes replicam em seu interior os mesmos traços autoritários e excludentes ainda prevalentes na sociedade

brasileira, constituindo-se em instâncias pouco democráticas. Conforme relata o entrevistado 1

Foi indicação. Como eu estou sempre envolvida nas atividades da minha entidade e por não haver interesse de outras pessoas, eu me dispus a representar mesmo estando com problemas de saúde eu me senti na obrigação de participar, de lutar pelos meus direitos e pelo direito das outras pessoas também, pois não tinha outra pessoa que estava disposta a representar. **(Entrevistado 1).**

### **Experiência na área da saúde**

Contudo, observou-se em alguns discursos que os entrevistados, de alguma forma, já realizaram ou ainda realizam atividades no setor saúde, direta ou indiretamente. Alguns relatos indicaram que alguns conselheiros realizam trabalhos voluntários conectados, de alguma forma, com a saúde da população, outros ainda afirmaram que as dificuldades encontradas na vida, relacionadas direta ou indiretamente com a saúde, fizeram com que se envolvesse neste setor.

Indicação. Porque sou enfermeira, tenho um filho especial e estou sempre muito envolvida nas atividades relacionadas à área da saúde. **(Entrevistado 6).**

Indicação, pois a associação sabe que eu me preocupo muito com o conselho de saúde e das questões que nele são discutidas. E por enfrentar muitas dificuldades, são vinte e cinco anos utilizando assiduamente os serviços de saúde. **(Entrevistado 7).**

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 ocorre pela experiência e atuação na área temática em que se

inclui o conselho gestor (VERÍSSIMO, 2004). Pressupõe-se, portanto, que a experiência dos representantes na área da saúde, pode ser percebida através dos discursos acima que evidenciaram que os representantes sabem que através do Conselho é possível buscar melhorias para a área da saúde.

#### **4.3. Autorização via eleição pela entidade**

Procurando analisar o 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. Desta maneira, buscaremos entender as falas que explicitam o discernimento do próprio representante, 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 representam.

Com relação aos discursos de representantes que afirmaram ter sido eleita em plenária da entidade ou fórum para representar o grupo.

Eleição. Fui eleita em uma reunião primeiramente. Depois aderi a causa através da associação que eu participo e levantei a bandeira, as pessoas do meu bairro elas não se preocupam muito em participar, mas isso é muito importante. A gente precisa informar mais as pessoas para que melhorias possam acontecer não só na área da saúde, mas em todas as áreas. **(Entrevistado 2).**

Nota-se um entendimento por parte do representante de que ser votado demonstra certo valor que os discursos referentes à indicação não demonstram. No discurso acima, ser votado e eleito pelos membros da entidade é considerado motivo de orgulho e capacidade política do representante. Dessa forma, a participação e o envolvimento comunitário devem ser cada vez mais

estimulados, no sentido de aglutinar os diversos mecanismos de legitimidade e potencializar os espaços de participação da sociedade (BISPO; GERSCHMAN, 2010).

Parece-nos, contudo, que a forma com que foi autorizado a representar sua entidade não exige 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-L, de acordo com o discurso encontrado como resposta à pergunta “o que sua atividade como representante exige do/a senhor/a?”.

Exige presença e participação ativa. **(Entrevistado 1).**

Tem que ter compromisso, disponibilidade de tempo, devoção, desprendimento, se a pessoa não levar a sério o que é discutido nas reuniões não adianta nada comparecer.

**(Entrevistado 5).**

Olha, tempo, dedicação, disponibilidade, amor ao próximo, responsabilidade, não pode faltar!! A gente aprende muito participando do Conselho, tem que perguntar, questionar mesmo, se não nunca teremos mudanças... **(Entrevistado 2).**

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 representante”, encontramos os seguintes relatos

Me vê como líder. **(Entrevistado 1).**

Acho que a entidade que represento fica satisfeita. **(Entrevistado 3).**

Acho que está boa, pois eles nunca reclamaram. **(Entrevistado 5).**

Venho recebendo muitos elogios. **(Entrevistado 7).**

Os discursos acima evidenciam que a postura do representado após tomar posse é o que pesa para a avaliação da representação deste membro da entidade no espaço participativo. Visto que independente de ser escolhido através de eleição ou indicação, o representante dos usuários foi autorizado a representar sua entidade no conselho de saúde, contudo essa representação nem sempre é satisfatória. Conforme Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que já apontava a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade de formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde (Brasil, 2001, p. 45)

Ao analisarmos os discursos que revelam os interesses destes representados, observa-se 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. Conforme relatos a seguir, que responde à questão “qual o papel do representante de entidade no CMS-Lavras?”:

Fiscalizar os trabalhos relacionados à saúde e demandas do governo municipal de seus recursos que são repassados ou não **(Entrevistado 1).**

De fiscal de saúde, fiscalizar o direito do povo no que tange a área da saúde publica **(Entrevistado 2).**

De fiscalizar e cobrar pelos direitos da população. **(Entrevistado 4)**

Representar bem o povo trazendo sugestões e demandas que a pessoas levam até a gente. **(Entrevistado 5)**

Defender nossos direitos. **(Entrevistado 6)**

Levar as demandas da sua comunidade **(Entrevistado 7)**.

Ressaltando que o representante tem consciência e clareza de que ele deve ser a ponte entre as demandas reivindicadas pelas entidades e o poder público, o que permite concluir que o papel do representante no conselho acaba gerando uma expectativa de resolutividade dos problemas da sociedade, o que muitas vezes de fato não acontece. Dessa forma, um aspecto fundamental para a efetividade dos conselhos como espaços de cidadania interativa é relacionado ao processo educativo. De um modo geral, conforme ressalta Oliveira (2014), os conselheiros não têm formação específica em relação a vários aspectos, a começar, muitas vezes pela legislação, atuando sem saber exatamente o que fazer, com o risco de facilmente passarem a se preocupar com as questões que afetam a entidade ou grupo que representa no conselho, não conseguindo, portanto, assumir uma visão de universalidade dos problemas e soluções para as questões públicas.

Como nos lembra Dagnino (2002), o potencial democratizante dos conselhos mostrou-se diferenciado, conforme cada caso específico. Ao lado do ideal democratizante dos conselhos, uma realidade prática muito mais problemática surgiu. Em muitos municípios sem tradição associativa e com uma configuração de poder bastante distorcida, os conselhos limitam-se a cumprir formalidades, quando não são manipulados pelas elites locais ou partidos políticos. Conforme relatos a seguir, que responde à questão: Quais os maiores desafios enfrentados para representar sua entidade no CMS- L?

Muitas vezes temos outros compromissos e tarefas do dia a dia que acaba que a gente não dedica como deveria. **(Entrevistado 3)**

Querer fazer mas não conseguir passar para outras pessoas o que foi debatido, o que precisa ser feito para as pessoas participarem mais, isso que eu acho difícil. **(Entrevistado 5)**.

Conseguir mudar as políticas de saúde **(Entrevistado 6)**.

Infelizmente a gente conhece um pouco do sistema, e conhecendo a gente vê que muitas coisas é possível de ser feita e tem como fazer e outras que é quase “não possível dizer impossível”, mas são mais difíceis. Só que ao invés do gestor colocar isso transparente para a comunidade passar a entender de fato as dificuldades que eles também enfrentam, eles omitem essas coisas, eles não colocam as claras para a comunidade entender. Porque quando eu passo a entender um sistema eu vou saber de quem cobrar, onde cobrar e vou saber até onde o gestor pode ir porque existem leis também que regem o sistema. **(Entrevistado 7)**

É nesse sentido que Lüchmann (2002) ressalta que os problemas não só da desqualificação do conselheiro, mas também da 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. Quando questionado sobre questões ou problemas que deveriam ser discutidos prioritariamente no CMS-Lavras, os relatos foram:

Então a gente discute muito as demandas da população, cada bairro tem a sua demanda, as vezes chegam pessoas até mim que precisam de exames, outras precisam de remédios, isso é difícil resolver. **(Entrevistado 5)**

Saúde é prioridade!! Os segmentos dos usuários levam suas demandas que são todas de extrema importância. **(Entrevistado 7)**

Entre as críticas frequentemente feitas ao funcionamento dos conselhos, uma refere-se ao fato de os mesmos tenderem a se fechar sobre si mesmos, preocupando-se apenas com os aspectos intrinsecamente inerentes ao seu foco de atuação (OLIVEIRA, 2014). 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. Além disso, conforme manifesta Oliveira (2014),

uma vez constituído o conselho, os membros que o compõem, independentemente da forma de indicação ou escolha, tendem a atuar no conselho em nome próprio, desconsiderando ou não interagindo com o segmento ou entidade que representam no conselho. O que ocasiona, muitas vezes, um distanciamento grande entre os anseios da sociedade e as políticas e ações que o conselho propõe. Há assim um descolamento do conselho com relação à sociedade civil, constituindo-se, neste caso, muito mais como um órgão a serviço do governo, ou, então, um conselho que decide em função de interesses não universais e sim particulares dos conselheiros.

Apesar de alguns conselheiros admitirem, mesmo que implicitamente, possuir orgulho por serem representantes via eleição, mais por entenderem que possuem mais capacidade de articulação política do que propriamente serem mais ou menos capacitados, outros discursos 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.

## **5. CONCLUSÕES**

As considerações teóricas juntamente com o trabalho exploratório buscaram analisar as características pessoais e sociais dos entrevistados e apresentar os processos de autorização da representação como fonte de legitimidade desta representação, dos conselheiros representantes dos usuários do Conselho de Saúde de Lavras.

Na pesquisa bibliográfica, delineou-se um levantamento histórico envolvendo a Política Pública da Saúde, a participação, eleição e representatividade nos conselhos, assim ao retornar a história se fez possível maior compreensão no que se refere à demanda posta ao Conselho Municipal de Saúde na contemporaneidade.

Através da análise dos resultados das entrevistas, foi possível constatar que o perfil dos representantes, mostrou que a totalidade dos representantes entrevistados é de pessoas com idades acima dos 40 anos, sendo a maioria deles do sexo feminino, além disso, o grupo corresponde de maneira mais próxima à realidade socioeconômica dos usuários do SUS. Evidenciando também que a maioria dos conselheiros participam somente do CMS-L. Dessa forma estudos futuros são necessários para analisar se de fato os conselheiros representantes dos usuários estão realmente engajados com o Conselho.

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, 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. 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 outra forma observada de autorização para a representação no CMS-L. Cabe ressaltar que este modelo de representação, 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. Espera-

se, neste 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.

O fato é que indicado ou eleito por votação, à 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. 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. O que ficou constatado neste estudo é que se espera que ele fale pela entidade que representa.

Há de se considerar que o ideal de representação nestes novos espaços participativos deve se diferenciar do modelo representativo parlamentar, buscando que as pessoas se interessem mais por assuntos tão importantes como os que são discutidos nos conselhos. E visando que melhorias podem acontecer, não só através dos representantes do poder público, mas através de pessoas que vivenciam o dia a dia do SUS, essas são as “peças” principais para que esse Sistema seja mais humano.

Assim, o que confere legitimidade da representação, nos casos de indicação ou eleição, seria mesmo a aproximação do conselheiro tanto com o tema proposto a ser debatido pela entidade quanto a sua aproximação com os seus representados. Dessa forma os conselhos se constituem em espaços permanentes de aprendizagem. Logo, quando os conselheiros assumem, é na dinâmica das interações que eles desenvolvem conhecimentos. Entretanto, a qualificação dos conselheiros é um objetivo que deve ser alcançado, Por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de um projeto de capacitação continuada e intercomplementar entre as diversas áreas do saber que contribuam no

entendimento das funções dos diversos conselhos na gestão, implementação e avaliação das políticas públicas. Dando ao conselho mais consistência, dinamismo e visão ampla do seu papel interativo na relação sociedade civil e Estado, resguardadas as autonomias e tendo a importância de sua representação no Conselho.

Além de responder à questão que norteou este estudo e aos objetivos específicos propostos, foram identificadas algumas limitações, tais como: dificuldade de divulgação do conselho e de suas reuniões, pouca divulgação e articulação do CMS-L com a comunidade e com os grupos organizados, falta de uma sede própria para a realização das reuniões, pouca interação entre os representantes do conselho, necessidade de melhor definição das competências, poderes e limites do conselho e ainda, de uma diretoria mais atuante.

Não resta dúvida de que esse assunto é de extrema importância, sendo necessários mais estudos que discutam esta questão. Como proposta para trabalhos futuros, no intuito de sanar as limitações encontradas neste estudo, tem-se: a realização de pesquisas com todos os conselheiros do Conselho Municipal de Lavras e das entidades que os mesmos representam e a busca de informações de conselhos de outras cidades para troca de experiências que estão dando resultados positivos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. **Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 109, p. 93-111, jan./mar. 2012.

AVRITZER, L. **Instituições participativas e desenho institucional.** Opinião Pública (UNICAMP), v. 14, p. 43-64, 2008.

AVRITZER, L. **Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação:** da Autorização à Legitimidade da Ação. Dados (Rio de Janeiro), v. 50, p. 443-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. 2002, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Conselho Nacional de Saúde. – Brasília. Ministério da Saúde, p. 1- 178, 2013.

BRASIL. **DECRETO n 93.933, de 14 de janeiro de 1987.** Atribuições do Conselho Nacional de Saúde, 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D93933.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D93933.htm)>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRASIL. **LEI N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. 1990. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)> Acesso em: 06 mar. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 05 fev. 2016.

BRASIL. **Relatório Participação Social na Administração Pública Federal: desafios e perspectivas para a criação de uma política nacional de participação**. Projeto Apoio aos diálogos setoriais União Européia-Brasil, 2014.

BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. **Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.31, n.1, pp.183-193.

BUVINICH, D. P. R. **O mapeamento da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas nos municípios brasileiros**. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 1, p. 55-82, 2014.

COTTA, R M M; CAZAL, M M, MARTINS, P C. **Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . **Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.

COSER J. **As eleições municipais e o fortalecimento da democracia**. *Diplomatique*, edições digitais. 3 de agosto de 2012. Disponível em: <<http://diplomatique.org.br/as-eleicoes-municipais-e-o-fortalecimento-da-democracia>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

COSTA E A, FERNANDES M T, PIMENTA S T. **A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999)**. Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2008.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. (2006). SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS. 1ª edição.

DAGNINO, E. 2002. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo, Cortez, 1998.

DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1937. Seção 1, p. 1210.

DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL,, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jan. 1961. Seção 1, p. 41.

DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL,, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 out. 1970. Seção 1, p. 8476.

DELLA-PORTA, D. **Introdução a Ciência Política**. Lisboa: Editorial Estampa. 2003.

DRAIBE, S. M. **Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais**. Revista São Paulo em Perspectiva: Revista da Fundação Sead, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 3-21, 1997.

FAUNDEZ, Antonio. O poder da participação. São Paulo, Cortez, 1993. (Coleção questões da nossa época: v. 18)

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. **Uma breve Reflexão sobre a integralidade.** Rev. bras. enferm. Brasília, v. 59, n. 4, ago., p. 532-536, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2016.

GODOY, A.S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** In: **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, mar./abr. 1995.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e participação Sociopolítica.** 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007. 120 f.

LAVALLE, A G; HOUTZAGER, P P. CASTELLO, G. **Democracia, pluralização da representação e sociedade civil.** Lua Nova [online]. 2006, n.67, pp.49-103.

LABRA, ME. **Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidade e paradoxos do controle social.** In: Ugá MAD, Sá MC, Martins M, Braga Neto FC, organizadores. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 89-118.

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

MACHADO, M. F. A. S., et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** Ciênc. saúde coletiva, Brasília, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007.

MARTINS, P. C.; COTTA, RMM; SIQUEIRA-BATISTA, R.; FRANCESCHINI, SCC ; PRIORE, SE ; MENDES, F F . **O controle social em**

**cena:** refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis* (UERJ. Impresso), v. 21, p. 1121-1138, 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE. **O Conselho de Saúde.** Manual nº1. Instituto Sallus. Brasília. 2000.

MOREIRA, M. R. **Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde.** 2009. 155f. Tese (Doutorado em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2553/1/ENSP\\_Tese\\_Moreira\\_Marcelo\\_Rasga.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2553/1/ENSP_Tese_Moreira_Marcelo_Rasga.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

NOGUEIRA, M. A. **Um estado para a sociedade civil. Temas éticos e políticos da gestão democrática.** 3. Ed. São Paulo. Editora: Cortez. 2011.

NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV. **A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências.** In: Ministério da Saúde (MS). *Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa.* Brasília: MS; 2004. p. 45-94.

PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica: para segurança pública e defesa social.** 1 ed. São Paulo: Jurua Editora, 2014.

ROCHA, José Cláudio. **A participação popular na gestão pública no Brasil.** *Revista Jus Navigandi:* Teresina, ano 16, n. 2886, 27 maio 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19205>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ROVER, Oscar José; FOGOLARI, Hoilson. **A gestão social para o desenvolvimento local em municípios essencialmente rurais.** *Dossiê Gestões Públicas Democráticas e Experimentos Participativos,* Chapecó, n. 18. jun. 2005.

ROZENFELD S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz. 2000.

SIMÕES GL, SIMÕES JM. **Reflexões sobre o conceito de participação social no contexto brasileiro**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA Maranhão, 2015. Disponível em: <[http:// www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/reflexoes-sobre-oconceito-de-participacao-social-no-contexto-brasileiro.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/reflexoes-sobre-oconceito-de-participacao-social-no-contexto-brasileiro.pdf)> Acesso em: 31 jan. 2017.

SANTOS JR., Orlando A. **Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil**. Rio de Janeiro. IPPURQ/UFRJ, 2001.

TATAGIBA, L. (2002). **Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil**. IN: DAGNINO, E. (org.) Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra.

TEIXEIRA, E. **O local e o global. Limites e desafios da participação cidadã**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

## APÊNDICE A



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Lavras, abril de 2016.

Prezado(a) senhor (a):

A presente pesquisa é vinculada ao Trabalho de Conclusão de Curso da discente Nayara Rezende Silva da Universidade Federal de Lavras, que está desenvolvendo uma pesquisa na área de saúde pública, na qual se inserem os conselhos de saúde, visando conhecer e propor alternativas para um melhor desenvolvimento da área estudada.

O objetivo desta pesquisa é verificar se o formato em que vem ocorrendo à representação dos usuários da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Lavras é legítima. 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 em um Trabalho de Conclusão de Curso que será apresentado a banca do curso de Administração Pública. Posteriormente, o resultado da pesquisa será apresentado à plenária do Conselho Municipal de Saúde de Lavras e às suas respectivas entidades de base civil.

A resposta às questões do roteiro de entrevista é voluntária. As informações são confidenciais e serão analisadas somente pela aluna/pesquisadora, 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.

Nayara Rezende Silva  
Graduanda em Administração Pública  
Universidade Federal de Lavras

## APÊNDICE B



### ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAVRAS - MG

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

2) Grau de Escolaridade:

- |                              |                                   |                                 |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ( ) Sem Escolarização        | ( ) Ensino Fundamental Incompleto | ( ) Ensino Fundamental Completo |
| ( ) Ensino Médio Completo    | ( ) Ensino Médio Incompleto       | ( ) Ensino Superior Incompleto  |
| ( ) Ensino Superior Completo | ( ) pós-graduação                 |                                 |

3) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

4) Emprego atual: \_\_\_\_\_

5) Entidade/organização que representa:

6) Atuação em outras entidades: ( ) sim ( ) não Se sim, quais?

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

08) Quais os maiores desafios enfrentados para representar sua entidade no CMS- L?

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

10) Você foi escolhido (a) para representar sua entidade no Conselho através de:

Eleição     Indicação     Outra forma: \_\_\_\_\_

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

12) O que sua atividade como representante exige do(a) senhor(a)?

## APÊNDICE C

<b>ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	
<b>07) Em sua opinião, qual o papel do representante de entidades no CMS-L?</b>	
Entrevistado 1	Fiscalizar os trabalhos relacionados à saúde e demandas do governo municipal de seus recursos que são repassados ou não.
Entrevistado 2	De fiscal de saúde, fiscalizar o direito do povo no que tange a área da saúde pública.
Entrevistado 3	É comparecer assiduamente nas reuniões, ser participativa, dar opiniões.
Entrevistado 4	De fiscalizar e cobrar pelos direitos da população.
Entrevistado 5	Representar bem o povo trazendo sugestões e demandas que a pessoas levam ate a gente.
Entrevistado 6	Defender nossos direitos.
Entrevistado 7	Levar as demandas da sua comunidade.
<b>08) Quais os maiores desafios enfrentados para representar sua entidade no CMS- L?</b>	
Entrevistado 1	Não vejo maiores desafios, participar do conselho é uma obrigação e dever que assumi para fazer minha parte.
Entrevistado 2	A participação popular.
Entrevistado 3	Muitas vezes temos outros compromissos e tarefas do dia a dia que acaba que a gente não dedica como deveria.
Entrevistado 4	Financeiros, pois muitas vezes precisa de verba e não tem, faltam médicos, atendimentos básicos na área da saúde, recursos que deveriam vir do governos mas não chegam ate os usuários.
Entrevistado 5	Querer fazer mas não conseguir passar para outras pessoas o que foi debatido, o que precisa ser feito para as pessoas participarem mais, isso que eu acho difícil.
Entrevistado 6	Conseguir mudar as políticas de saúde.

Entrevistado 7	Infelizmente a gente conhece um pouco do sistema, e conhecendo a gente vê que muitas coisas é possível de ser feita e tem como fazer e outras que é quase “não possível dizer impossível”, mas são mais difíceis. Só que ao invés do gestor colocar isso transparente para a comunidade passar a entender de fato as dificuldades que eles também enfrentam, eles omitem essas coisas, eles não colocam as claras para a comunidade entender. Porque quando eu passo a entender um sistema eu vou saber de quem cobrar, onde cobrar e vou saber até onde o gestor pode ir porque existem leis também que regem o sistema.
<b>09) Em sua opinião, quais questões ou problemas deveriam ser discutidos prioritariamente no CMS-L?</b>	
Entrevistado 1	A criação de uma sede própria para reuniões do conselho.
Entrevistado 2	O atendimento à população, destino dos recursos destinados a saúde, condições de melhoria para o profissional de saúde.
Entrevistado 3	Atendimento público, hospitais e postos de saúde.
Entrevistado 4	A falta de verba, falta de cobrança do que está sendo feito com o dinheiro publico destinado para a saúde, melhorar os PSF's.... é muita coisa.
Entrevistado 5	Então a gente discute muito as demandas da população, cada bairro tem a sua demanda, as vezes chegam pessoas até mim que precisam de exames, outras precisam de remédios, isso é difícil resolver.
Entrevistado 6	A saúde na integra de toda nossa sociedade.
Entrevistado 7	Saúde é prioridade!! Os segmentos dos usuários levam suas demandas que são todas de extrema importância.
<b>10) Você foi escolhido (a) para representar sua entidade no Conselho através de:</b>	
<input type="checkbox"/> Eleição <input type="checkbox"/> Indicação                      Outra forma: _____	
Entrevistado 1	Indicação. Como eu estou sempre envolvida nas atividades da minha entidade e por não haver interesse de outras pessoas, eu me dispus a representar mesmo estando com problemas de saúde eu me senti na obrigação de participar, de lutar pelos meus direitos e pelo direito das outras pessoas também, pois não tinha outra pessoa que estava disposta a representar.

Entrevistado 2	Eleição. Fui eleita em uma reunião primeiramente. Depois aderi a causa através da associação que eu participo e levantei a bandeira, as pessoas do meu bairro elas não se preocupam muito em participar, mas isso é muito importante. A gente precisa informar mais as pessoas para que melhorias possam acontecer não só na área da saúde, mas em todas as áreas.
Entrevistado 3	Indicação, por que eles já sabem que eu estou sempre disposta a ajudar e tinha interesse em saber como funciona.
Entrevistado 4	Eleição. foi feita a eleição numa reunião que minha entidade realizou ai eu tive mais votos, acho que foi por já ter um pouco de conhecimento na área da saúde, porque sou técnica em enfermagem.
Entrevistado 5	Indicação, porque como eu sou aposentado eles preferiram me indicar, eles falaram que eu tenho mais tempo para participar.
Entrevistado 6	Indicação. Porque sou enfermeira, tenho um filho especial e estou sempre muito envolvida nas atividades relacionadas à área da saúde.
Entrevistado 7	Indicação, pois a associação sabe que eu me preocupo muito com o conselho de saúde e das questões que nele são discutidas. E por enfrentar muitas dificuldades, são 25 anos utilizando assiduamente os serviços de saúde.
<b>11) Em sua opinião, como sua entidade vê sua atuação como representante?</b>	
Entrevistado 1	Me vê como líder.
Entrevistado 2	Fundamental.
Entrevistado 3	Acho que a entidade que represento fica satisfeita.
Entrevistado 4	Gosta, considera boa.
Entrevistado 5	Acho que está boa, pois eles nunca reclamaram.
Entrevistado 6	Positiva.
Entrevistado 7	Venho recebendo muitos elogios.
<b>12) O que sua atividade como representante exige do(a) senhor(a)?</b>	
Entrevistado 1	Presença e participação ativa.
Entrevistado 2	Olha, tempo, dedicação, disponibilidade, amor ao próximo, responsabilidade, não podem faltar!! A gente aprende muito participando do Conselho, tem que perguntar, questionar mesmo, se não nunca teremos mudanças...
Entrevistado 3	Tudo que envolve o conselho.

Entrevistado 4	Tempo, dedicação, disponibilidade, amor ao próximo, responsabilidade.
Entrevistado 5	Tem que ter compromisso, disponibilidade de tempo, devoção, desprendimento, se a pessoa não levar a sério o que é discutido nas reuniões não adianta nada comparecer.
Entrevistado 6	Estar atenta aos nossos direitos.
Entrevistado 7	Exige cobrança, fiscalização, tempo.