

IVAN DA SILVA MELO

**ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UMA
ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE JUIZ DE FORA - MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2016

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

M528e
2016
Melo, Ivan da Silva, 1989-
Espaços institucionais de participação social : análise da
representação no Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora -
MG / Ivan da Silva Melo. – Viçosa, MG, 2016.
xv; 88f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Adriel Rodrigues de Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Participação social. 2. Conselhos de cidades - Juiz de
Fora (MG). 3. Representação proporcional - Juiz de Fora (MG).
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Administração e Contabilidade. Programa de Pós-graduação em
Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 361.613

IVAN DA SILVA MELO

**ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UMA
ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE JUIZ DE FORA - MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 29 de fevereiro de 2016.

Alair Ferreira de Freitas

Walmir Faroni

Edson Arlindo de Oliveira
(Coorientador)

Adriel Rodrigues de Oliveira
(Orientador)

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação contou com a contribuição de diversas pessoas às quais agradeço imensamente.

À minha família amada, meu pai Ivan, minha mãe Luíza e minha irmã Tamires, pelo apoio constante, pela ajuda e paciência neste longo período de estudos.

Ao grande amigo Diego Pierotti Procópio, pelo apoio incondicional e parceria consolidada desde o período da graduação.

Ao Reinaldo Bastos, pelo repasse de materiais e pelas longas conversas e dicas ao longo da jornada de pesquisa que envolveu a vida acadêmica no mestrado.

Aos amigos do AFC (Amigos Futebol Clube), que sempre fizeram dos meus domingos importantes momentos de descontração e alegria.

À minha orientadora de iniciação científica, professora Dra. Viviani Silva Lório, por me conceder as primeiras oportunidades de trabalho com pesquisa.

Ao meu orientador, Professor Adriel Rodrigues de Oliveira, pela dedicação e atenção criteriosa ao longo desses dois anos de trabalho.

Ao amigo, professor Alan Ferreira pelas dicas, leituras e sobretudo pela paciência, sempre se dispondo a ajudar.

Ao amigo Mauro Pacheco, pela amizade e parceria nos trabalhos ao longo das disciplinas do mestrado.

À Secretária do PPGADM/UFV, Luíza Amélia, pelo apoio na elaboração dos planos de estudos e por todas as dúvidas tiradas ao longo deste período.

Aos professores, Drs. Edson Arlindo Silva e Alair Ferreira, pelo generoso aceite para compor minha banca de defesa de dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de cursar este mestrado.

Aos professores e funcionários do PPGADM/UFV, por apresentarem como muita dedicação os caminhos do mestrado em Administração, com ênfase em Administração Pública.

Aos colegas de Mestrado do PPGADM/UFV e de outros programas com os quais tive a oportunidade de trocar ideais que enriqueceram e contribuíram com a elaboração deste trabalho.

A todos os amigos que ajudaram a tornar a estada em Viçosa- MG um grande prazer, especialmente ao Mauro Pacheco, Daniella Mattos, Pedro Pontes, José Antônio Machado, José Carlos (Santos), Deivid, Pedro Augusto, Alisson, Marciano, Riellys, João Paulo Nalon, entre outros.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), pela concessão da bolsa ao longo de todo o mestrado.

Finalmente, um agradecimento especial ao conselho de saúde de Juiz de Fora- MG, pelo apoio incondicional na fase de coleta de dados, o que me possibilitou chegar a este produto.

Assim, dedico este trabalho a todos vocês, cúmplices do esforço e dedicação, que originou esta dissertação.

“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência.”
(Henry Ford)

BIOGRAFIA

IVAN DA SILVA MELO, primogênito de Ivan Rocha de Melo e Luíza Helena da Silva Melo, irmão de Tamires da Silva Melo, nasceu em Visconde do Rio Branco, em 01 de julho de 1989.

Concluiu o ensino fundamental em 2004, no colégio Municipal Rio Branco, na cidade de Visconde do Rio Branco, Minas Gerais.

Concluiu o ensino médio em dezembro de 2007, no colégio Municipal Rio Branco, na cidade de Visconde do Rio Branco, Minas Gerais.

Em setembro de 2013, graduou-se em Gestão do Agronegócio pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Em fevereiro de 2016, tornou-se mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE GRÁFICOS	ix
LISTA DE QUADROS.....	x
LISTA DE TABELAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 O problema e sua importância.....	3
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo Geral.....	6
1.2.2 Objetivos específicos:	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 Democracia direta, representativa e deliberativa: o lugar dos conselhos neste debate	7
2.1.1 Democracia deliberativa.....	9
2.1.2 Interfaces entre democracia deliberativa e conselhos gestores de políticas públicas no Brasil.....	11
2.2 Os conselhos gestores de políticas públicas.....	12
2.2.1 Os conselhos de saúde.....	15
2.3 TEORIAS DA REPRESENTAÇÃO	17
2.3.1 Representação: origens e proposições teóricas	17
2.3.2 Hanna Pitkin e o conceito de representação política.....	20
2.3.3 Representação: novas abordagens.....	22
2.3.4 Especificidades da representação nos conselhos gestores de políticas públicas	25
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1 Abordagem metodológica	30
3.2 Método e coleta de dados	31
3.3 População e amostra.....	32

3.4 Tratamento e análise dos dados.....	33
4. FONTE DOS DADOS	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Conselho municipal de saúde de Juiz de Fora: histórico	37
5.1.1 Questões estruturais e normativas do conselho.....	38
5.1.2 Funcionamento do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora - MG...	41
5.2 Perfil e atuação dos conselheiros municipais de saúde	48
5.2.1 Perfil dos conselheiros	48
5.2.2 Atuação dos conselheiros de saúde	51
5.3 Perfil associativo dos conselheiros e o processo de representação	54
5.3.1 Trajetória Associativa	54
5.3.2 Feedback social	60
5.3.3 Conhecimento e posicionamento	61
5.3.4 Fiscalização	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
7. REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista A.....	81
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista B	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Regionalização Saúde PDRS - MG 2000-2002.....	5
Figura 2. Formas de representação na sociedade moderna.....	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Escolaridade dos conselheiros	48
Gráfico 2. Cor/raça dos conselheiros	49
Gráfico 3. Renda familiar mensal	50
Gráfico 4. Tempo de atuação no conselho	51
Gráfico 5. Avaliação dos interesses defendidos pelos conselheiros	52
Gráfico 6. Avaliação da frequência de contato com a base de apoio.....	53
Gráfico 7. Avaliação quanto às formas de contato com a base de apoio	54
Gráfico 8. Número de gestões em que o conselheiro foi representante	55
Gráfico 9. Atuação dos conselheiros municipais em outros espaços de participação social	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Formas de representação de política contemporânea.....	24
Quadro 2. Dimensões e categorias para análise de conteúdo.....	35
Quadro 3. Legislação nacional e municipal do conselho de saúde de Juiz de Fora - MG	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de reuniões do CMS/JF por gestão.....	42
Tabela 2. Pauta por gestão	43
Tabela 3. Categoria 1 – Pautas relacionadas às Políticas Públicas de Saúde.....	44
Tabela 4. Categoria 2- Pautas relacionadas ao conselho e aos conselheiros	45
Tabela 5. Categoria 3- Pautas relacionada à Fiscalização da Gestão Municipal da Saúde	46
Tabela 6. Categoria 4- Pautas relacionadas à Fiscalização da Gestão do SUS.....	47

RESUMO

SILVA MELO, Ivan, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2016. **A representação nos espaços institucionalizados de participação social: análise do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora – MG.** Orientador: Adriel Rodrigues de Oliveira. Coorientador: Edson Arlindo Silva.

O presente estudo visou compreender o processo de representação no conselho e identificar elementos que interferem na intervenção dos conselheiros neste espaço institucional de participação social. Para tanto, as discussões se basearam em teorias da representação e da democracia deliberativa. Esta pesquisa é qualitativa e tem caráter descritivo, tendo necessitado tanto de informações secundárias, quanto de informações primárias. Os dados secundários foram obtidos em documentos e atas das reuniões do conselho de saúde de Juiz de Fora- MG. Os dados primários, por sua vez, foram obtidos mediante aplicação de entrevistas e questionários junto aos conselheiros representantes do referido conselho, tendo sido entrevistados 19 conselheiros e aplicados 35 questionários. Os resultados traçam o perfil de funcionamento do conselho e o perfil de atuação dos conselheiros municipais, identificando e analisando quais fatores interferem no processo de representação. Em relação ao funcionamento do conselho, ele teve em média pelo menos uma reunião ordinária por mês, ao considerar os recessos que podem acarretar a não realização das reuniões. Vale ressaltar ainda que ocorreu um número significativo de reuniões extraordinárias no Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF). Além disso, em relação ao perfil dos representantes chegou-se à conclusão de que, no conselho de saúde de Juiz de Fora, há uma considerável preponderância masculina, de indivíduos maiores de 45 anos, casados, seguidores da religião católica, com média escolaridade, que recebem mais de cinco salários mínimos. Em relação à atuação dos conselheiros, pode-se concluir que no conselho municipal de saúde há uma heterogeneidade nas intervenções dos representantes, pois os assuntos são diversificados, aumentando as possibilidades de intervenção, argumentação e articulação. Pode-se concluir que o principal elemento influenciador na intervenção e atuação dos conselheiros municipais de Juiz de Fora é a vinculação dos representantes em outros espaços públicos de participação social, em que a grande maioria deles tem vínculos partidários e inserção em diferentes associações, e tem

buscado participação no conselho em decorrência desses vínculos. Por fim, pode-se aferir que os conselheiros têm ideia de que a principal função do conselho é a de fiscalizar a gestão pública municipal. Além disso, identificou-se que a maioria dos conselheiros tem um bom nível de conhecimento em relação ao papel deliberativo do conselho, sendo que a capacidade técnica e o nível de informação dos mesmos são fatores que influenciam no processo de tomada de decisão nos momentos de deliberação e tomada de decisão, uma vez que se observou que os membros menos capacitados tecnicamente têm maiores dificuldades de articulação. Por fim a maioria dos conselheiros tem conhecimento da importância do feedback social e da troca de informações entre os representantes e representados.

ABSTRACT

SILVA MELO, Ivan, M.Sc., Federal University of Viçosa, February, 2016. **Representation in institutionalized spaces of social participation: analysis of the health city council of Juiz de Fora city – MG.** Adviser: Adriel Rodrigues de Oliveira. Co-advisor: Edson Arlindo Silva.

This study aimed to understand the process representation on the board and identify elements that interfere with the intervention of the directors in this institutional space for social participation. To this end, discussions were based on theories of representation and deliberative democracy. This research is qualitative and has descriptive and required both secondary information, the primary information. Secondary data were obtained from documents and minutes of meetings of the board of health of Off- MG Judge. The primary data, in turn, were obtained through the application of questionnaires and interviews with the directors representatives of the board, were interviewed 19 directors and applied 35 questionnaires. The results outline the board's operating profile and the profile of activity of municipal councilors, identifying and analyzing which factors interfere in the process of representation. Regarding the functioning of the board, he had an average of at least one regular meeting each month, considering the recesses that can lead to not hold the meetings. It is also worth noting that a significant number of extraordinary meetings in the Municipal Council of Juiz de Fora Health (CMS / JF). Moreover, in relation to the profile of representatives was reached the conclusion that the health council of Juiz de Fora, there is considerable male preponderance of individuals over 45 years old, married, followers of the Catholic religion, with average education, receiving more than five minimum wages. Regarding the performance of the council, it can be concluded that the municipal health board there is a diversity in the interventions of representatives, because the subjects are diverse, increasing the possibilities of intervention, reasoning and articulation. It can be concluded that the main influencer element in the intervention and action of the municipal councilors of Juiz de Fora is the linking of representatives in other public spaces for social participation, in which the vast majority of them have partisan ties and integration in different associations, and has seeking participation in the board as a result of these links. Finally, one can infer that the directors have no idea that the main function of

the board is to oversee the municipal public administration. It also identified that the majority of the directors have a good level of knowledge regarding the deliberative role of the board, and the technical capacity and the level of information of these are factors that influence the decision-making process in times of deliberation and decision-making, since it was observed that the less skilled members technically have greater difficulty in articulation. Finally the majority of the directors is aware of the importance of social feedback and exchange of information between representatives and represented.

1. INTRODUÇÃO

O campo de estudo das políticas de saúde no Brasil deve ser compreendido a partir da questão mais ampla de descentralização e democratização do Estado brasileiro, sendo resultado do poder de luta, organização e de reivindicação da sociedade civil (POLIGNANO, 2001).

Historicamente, no período anterior à década de 80, as políticas de saúde ocuparam pouco espaço dentro da política de Estado brasileiro, deixadas, muitas das vezes, na periferia do sistema, uma vez que o cenário nacional das políticas de saúde priorizou ações de apoio a setores estratégicos do governo, caso do setor econômico, para o qual foram desenvolvidas medidas de combate a epidemias em regiões estratégicas, principalmente aquelas em que estavam inseridos os portos e a produção agrícola e agropecuária. Deste modo, a política de saúde se mostrava ineficiente quanto à solução de grandes problemas de saúde e à destinação de recursos direcionados ao setor. No período anterior a 1988, o Estado brasileiro era omissivo com relação à saúde da população à medida que se pensava que o próprio indivíduo deveria cuidar da sua saúde, devendo haver intervenções estatais somente quando o cidadão por si só não pudesse solucionar o problema ou quando a doença adquirida representasse risco de epidemia (POLIGNANO, 2001; BRAVO, 2006).

No entanto, com o advento da constituição federal de 1998, nas últimas décadas do século XX foi alterada a conjuntura política e social brasileira, redefinindo o papel do Estado, que passa a ser organizado sob um novo formato institucional, que permitiu a universalização dos direitos de cidadania e a gestão democrática das políticas públicas no país. Deste modo, a política pública de saúde no Brasil assume papel central na agenda política do país, sendo que, a partir da promulgação da carta magna, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado.

Logo, a constituição federal é um marco regulatório importante para os setores sociais, definindo a saúde como setor de relevância pública, em que os diversos segmentos da área conquistaram o direito e o dever de participar do processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. Assim, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela organização das políticas governamentais a nível Nacional, Estadual e Municipal, tendo como princípios a

descentralização, a integralidade, a assistência e a participação da sociedade civil organizada.

Deste modo, a institucionalização de mecanismos de participação da sociedade civil nas políticas públicas foi impulsionada pela Carta Magna, tendo como elemento central a descentralização administrativa, com gestão participativa, possibilitando a criação dos conselhos gestores de políticas públicas (GOHN, 2000). A criação dos conselhos pode ser considerada um marco da institucionalização da participação cívica no país, passando a sociedade civil organizada a fazer parte das ações governamentais como membro atuante em todo o ciclo de políticas públicas (LOPES, 2014).

Assim sendo, no setor de saúde, a participação da sociedade civil ganha legitimidade, à medida que se configura como um dos princípios norteadores da política de saúde, sendo os conselhos de saúde o principal mecanismo de interação entre Estado e população, representando a sociedade civil o povo discutindo e deliberando assuntos de interesse coletivo referentes à área. A regulamentação da participação social, que possibilitou à sociedade civil organizada representar os interesses da população na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), foi cometida inicialmente no texto constitucional e, em seguida, regulamentada pelas leis orgânicas da saúde 8080/90 e 8142/90, nas quais está o detalhamento das normas operacionais do sistema.

Posteriormente, em 1991, é sancionada a Lei 8.142, que define a competência dos conselhos de saúde, Art. 1º, parágrafo 2º:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1991).

A criação dos conselhos de saúde proporcionou o surgimento de uma nova forma de representação, na qual a relação entre representantes e representados se faz diferente do padrão de representação eleitoral. Isto porque no interior destes mecanismos a representação apresenta algumas características bem particulares, a destacar: A participação e representação de forma coletiva, voluntária e com escolha

de representantes por meio de processos diversos (AVRITZER, 2007). Nestes espaços, o tipo de representação, pautado na representação social, está ancorado em critérios de conhecimento e envolvimento com a área temática do conselho, sendo que a representação não obedece a critérios de universalidade no processo de escolha dos conselheiros, fato que ocorre nos processos eleitorais. Os representantes são escolhidos por setores ou por organizações sociais, medida que não assegura a participação de todos os cidadãos nos processos deliberativos em que os conselhos se envolvem (FREY, 2000; LUCHMANN, 2007).

Entretanto, vale destacar a conquista de certa legitimidade na representação das organizações da sociedade civil, haja vista que promoveram de várias formas a defesa de interesses de grupos sociais diversos, historicamente excluídos dos processos de decisões políticas no Brasil (LUCHMANN, 2007).

Para compreender este novo formato de representação, é importante o entendimento de um conjunto de fatores, a saber: quem são estes representantes, quem representam, a quais instituições ou segmentos pertencem e quais os fatores que condicionam este tipo de representação política. Deste modo, este estudo tenta compreender como se dá a representação nos conselhos de saúde, buscando analisar o modo como os representantes atuam e o que os leva a atuar desta forma.

1.1 O problema e sua importância

Os conselhos gestores representam meios públicos de deliberação, estabelecidos junto ao poder local para fomentar o engajamento social. Suas funções abarcam a tomada de decisão sobre políticas públicas e a regulação dos atos do governo, visando a conversão de orçamentos em bens e serviços comunitários (Avritzer, 2006). De acordo com Carvalho *et al.* (1999), eles são instrumentos de gestão baseados na participação popular – entendida como a capacidade de mobilização de estratos sociais, de modo a incluir cidadãos e a contemplar suas demandas.

Os conselhos, ao lado de outros espaços de participação da sociedade na gestão de políticas públicas, introduzem o exercício de novos formatos de representação política, na medida em que organizam e regularizam, na área pública, novos atores e canais de representação política que diferem dos critérios de

justificação da representação eleitoral, articulando a representação da sociedade civil e do governo (LUCKMANN, 2010).

Em consequência disso, é discutida atualmente, de forma sistêmica, a questão da representação política nos conselhos gestores de políticas públicas, principalmente no que diz respeito aos elementos que condicionam esse novo tipo de representação (LUCKMANN) o que acabou justificando a necessidade de execução dessa pesquisa. Assim, identificar e entender os elementos que condicionam a intervenção dos conselheiros nestes espaços institucionais de participação social tem sido visto como estratégia na construção de uma gestão pública mais participativa.

Dessa maneira, justifica-se a escolha do conselho municipal de saúde como unidade de análise deste estudo devido à diversidade de atores envolvidos neste espaço público de participação social. São representantes pertencentes a classes sociais, associações, entidades e partidos políticos distintos. De acordo com Kiyota (2007), essa multiplicidade de atores sociais constitui um dos fatores que interferem no processo de representação, uma vez que o envolvimento dos conselheiros com movimentos populares, na condição de cidadãos, interfere na sua atuação enquanto representante, visto que quanto maior sua bagagem e conhecimento técnico, mais consciente e crítica poderá ser sua atuação como representante. O Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora – CMS/JF, além de ser considerado como referência Estadual, foi um dos primeiros a se institucionalizar no país, sendo que os fóruns que o originaram são anteriores a lei 8.142 o que comprova a cultura participativa do município. Devido a estes fatos a escolha do CMS/JF para a construção deste estudo.

A opção deste estudo pelos conselheiros municipais de saúde é devida à importância e relevância que estes atores de distintas trajetórias trazem para o processo de representação no conselho, exercendo papel acentuado no processo de formulação de políticas públicas e destinação de recursos municipais, estaduais e federais na área da saúde. Deste modo torna-se relevante entender os fatores que estes representantes levam em consideração nos momentos de deliberação no conselho.

A cidade de Juiz de Fora – MG foi selecionada como área de estudo por ser o município mais populoso da mesorregião da Zona da Mata, com população de 510.710 habitantes, o que lhe confere o reconhecimento de líder regional na

prestação de serviços de saúde, configurando como um dos onze polos regionais de saúde do Estado de Minas Gerais. A Figura 1 mostra a divisão das macrorregiões do Estado de Minas Gerais.

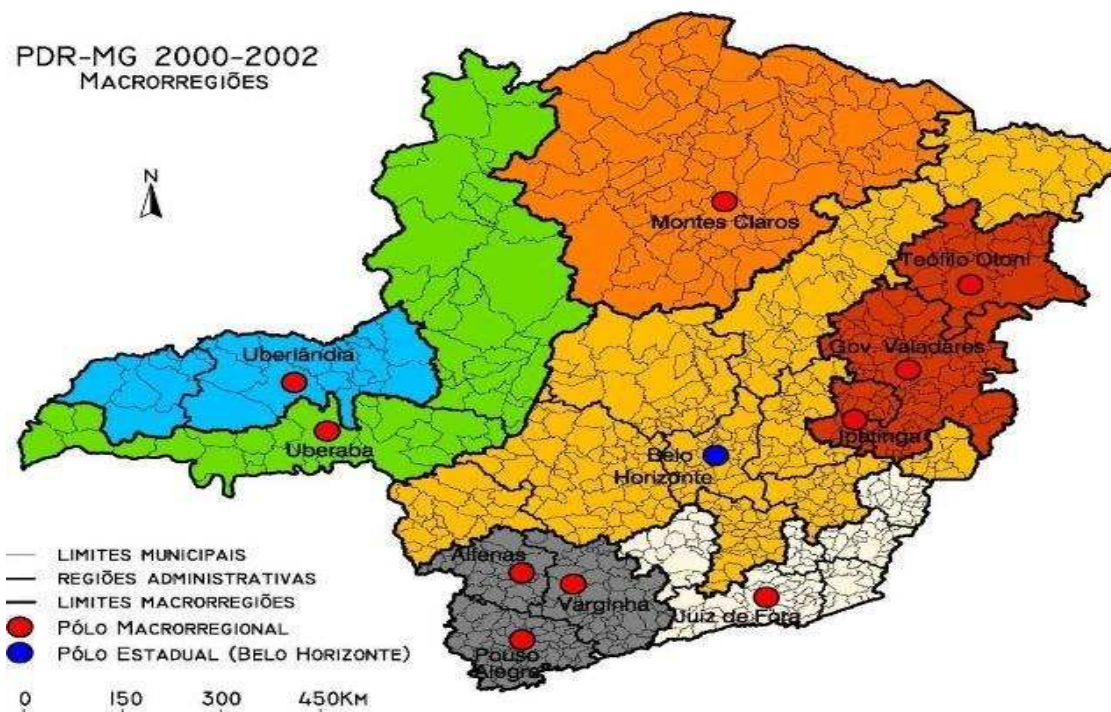


Figura 1. Regionalização Saúde PDRS - MG 2000-2002

Fonte: MALACHIAS, I. (s/d) (modificado por SILVA, C.B. 2008).

A importância do município de Juiz de Fora em Minas Gerais destaca-se ao compará-lo aos 26 municípios com mais de 500 mil e menos de um milhão de habitantes no Brasil, sendo o 8º maior índice de desenvolvimento do Estado. No que se refere à prestação de serviços de saúde, o município tem 165 estabelecimentos de saúde vinculados aos SUS, ficando atrás apenas da capital, Belo Horizonte, detentora de 328 estabelecimentos (IBGE, 2010).

Entretanto, os aspectos que levaram a escolha do Conselho de Saúde como unidade de análise não estão relacionados aos índices populacionais nem aos econômicos, mais sim, nas características acerca da construção da sociedade civil de Juiz de Fora e suas interfaces como o processo de representação. Diante do exposto, a justificativa desse projeto sustentou-se na importância na diversidade de atores sociais atuantes no conselho do referido município e suas interfaces com o processo de representação. Neste contexto, é apresentada a questão de pesquisa que norteou o

presente estudo: Quais fatores interferem na representação no interior dos conselhos gestores de políticas públicas?

Sabendo que nos conselhos de saúde há uma desigualdade entre os representantes por serem de classes distintas, e o problema de pesquisa descrito acima é colocado para entender como o conselho é constituído, pois, de acordo com Fedozzi (2002), o nível de escolaridade, a classe social e a sociabilidade dos representantes são fatores que influenciam na capacidade de representação sociopolítica dos indivíduos, sendo passíveis e relevantes análise desses e de outros elementos que venham a condicionar ou interferir no processo de representação.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo geral compreender o processo de representação no conselho e identificar elementos que interferem na intervenção dos conselheiros neste espaço institucional de participação social.

1.2.2 Objetivos específicos:

- (a) Analisar a estrutura, a dinâmica de funcionamento e as competências do Conselho Municipal de Saúde;
- (b) Descrever o perfil dos conselheiros municipais de saúde de Juiz de Fora- MG e relacionar com a inserção dos mesmos em outros espaços de participação social; e,
- (c) Analisar a percepção dos conselheiros sobre a representação e o papel do Conselho Municipal de Saúde, identificando o nível de conhecimento e sua interface na dinâmica de funcionamento e no processo de representação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreender os resultados da pesquisa, justifica-se conhecer o aparato teórico acerca dos conselhos gestores de políticas públicas, que subsidiará a sustentação da questão da pesquisa proposta e a interpretação dos dados. Assim, serão apresentados a seguir alguns conceitos sobre o tema.

O estudo se inicia abordando os aspectos mais relevantes sobre os conselhos gestores de políticas públicas, retratando especificamente os conselhos de saúde e discorrendo sobre o processo de construção desses mecanismos e seus preceitos normativos.

Posteriormente, foram feitas algumas proposições teóricas acerca da democracia direta, democracia representativa e democracia deliberativa, situando o lugar dos conselhos neste debate e ponderando mais detalhadamente sobre a democracia deliberativa e suas interfaces com os conselhos gestores de políticas públicas.

Por fim, foram expostas as teorias da representação, apresentando as origens do conceito e as principais proposições teóricas. Também foi abordado o conceito de representação segundo Hanna Pitkin, bem como as novas abordagens sobre a representação em relação ao modelo de democracia contemporânea e às especificidades da representação nos conselhos gestores de políticas públicas.

2.1 Democracia direta, representativa e deliberativa: o lugar dos conselhos neste debate

Historicamente, a análise das experiências democráticas que transcorreram nas sociedades se restringem a três momentos: Democracia Direta (Grego), Democracia Representativa e Democracia Deliberativa ou Participativa.

Na concepção de Bobbio, Matteucci e Pasquino (1991, p.326), a democracia pode ser entendida como: “(...) *método para constituição de governo e para formação das decisões que abrangem toda a comunidade*”. Configura-se como um elo de influência mútua entre a sociedade civil e o Estado na resolução de conflitos e na busca de interesses comuns (BONAVIDES, 1994).

A primeira forma de democracia desenvolvida foi a democracia direta, entendida como qualquer forma de organização na qual todos os cidadãos podem participar inteiramente no processo de tomada de decisões políticas. As primeiras formas de democracia direta foram desenvolvidas na Grécia antiga, especificamente na cidade de Atenas. Entretanto, neste modelo democrático, nem todos os cidadãos participavam das deliberações, dado que os atenienses excluíaam as mulheres, escravos e mestiços, restringindo a participação na tomada de decisão aos homens filhos de atenienses (BOBBIO, 2003).

Posteriormente, a partir do advento do Estado Nacional, foi desenvolvido o modelo de democracia representativa, que pressupõe um conjunto de regras que educam a participação social no processo político. Entre os modelos democráticos, o modelo de democracia representativa tornou-se o modelo mais propício para a sociedade contemporânea, dada a complexidade demográfica da atualidade, frente à realidade vivida pela democracia grega. Apesar da crise de legitimidade sofrida nas últimas décadas pela vertente representativa, a democracia que tem como foco a representação ainda tem presença hegemônica nas sociedades contemporâneas (COHEN, 1997; GUGLIANO, 2004).

Quanto à forma de democracia representativa e suas relações com os conselhos, cabe destacar que nos conselhos a participação se faz através da representação, aproximando-se dos conceitos de autorrepresentação de Pitkin (1967), que afirma ser a participação um processo de autorrepresentação. Resumidamente, *“o limite do papel dos conselhos dentro da democracia representativa seria o de contribuir na transmissão das reivindicações dos setores organizados ao governo, negociar possíveis decisões e fiscalizar a implementação de decisões”* (GONZÁLEZ, 2000, p.92).

Na sequência, a crise de legitimidade sofrida pelo modelo de democracia representativa acarretou o desenvolvimento de estudos recentes desenvolvidos em torno da chamada “Democracia Deliberativa”, buscando o entendimento do processo de participação da sociedade civil na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. De acordo com Souza (2010), a democracia deliberativa tem como princípio básico a defesa da participação direta dos cidadãos na tomada de decisão. Sendo assim, os processos de tomada de decisão se darão *“através de mecanismos*

deliberativos que têm como fundamento a participação dos cidadãos nesses fóruns públicos” (FARIA, 2000, p.65).

Para Avritzer e Pereira (2005), os conselhos de políticas públicas configuram-se como espaços de debate e deliberação que comportam características da democracia deliberativa. A criação desses espaços públicos de participação social surge devido à impossibilidade de reprodução do modelo de democracia direta, tendo em vista fatores demográficos das populações atuais (GONZÁLEZ, 2000).

Destarte, é possível coligir algumas características da democracia deliberativa presente nos conselhos, tais como a sua dimensão participativa, retratada na Constituição Federal como componente essencial dos conselhos, e o seu caráter deliberativo, influenciando no processo de tomada de decisão que envolve as políticas públicas (SOUZA, 2010).

Ademais, a democracia no Brasil vem passando por um importante processo de amadurecimento, principalmente pós-constituição federal de 1988, em que, apesar da saturação do modelo de democracia representativa, hegemônico no país, se vislumbram novas possibilidades de inclusão de cidadãos no processo decisório. Apesar dos limites para a reiteração da desigualdade política, vale ressaltar o potencial inovador dos conselhos quando analisam a qualidade do processo democrático brasileiro.

2.1.1 Democracia deliberativa

O modelo de democracia deliberativa aproxima-se do modelo grego de democracia direta, em que todas as pessoas que tinham o título de cidadão podiam participar das deliberações, excluindo mestiços, escravos e mulheres. Nas letras de Cohen (2009, p.85), *“por democracia deliberativa, entendo, aproximadamente, uma associação cujas relações são governadas pela deliberação pública de seus membros”*.

Segundo Benhabib (2009), o processo deliberativo deve seguir as seguintes características:

- 1) A participação nessa deliberação é governada pelas normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, de questionar, de interrogar e de instaurar um debate; 2) todos têm o direito de questionar os tópicos designados para a conversação e 3) todos

têm o direito de produzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e sobre o modo como são aplicadas ou empregadas (BENHABIB, 2009, p.113)

Portanto, cabe destacar que deliberação é diferente de democracia deliberativa, dado que o primeiro termo consiste na busca de consenso para tomada de decisão, e o segundo é um tipo de democracia na qual o processo deliberativo assume caráter central para se chegar a uma decisão final (GUTMAN e THOMPSON, 2007).

A literatura aborda duas vertentes distintas para o processo deliberativo. A primeira, desenvolvida por Rousseau (1987), defende o caráter decisionístico, em que a decisão era o elemento principal do processo decisório. A segunda vertente, corroborada por autores como Habermas (1998) e Cohen (1997), reavalia a importância do elemento decisionístico em prol do argumento.

Para Cohen (1997), a legitimidade da democracia deliberativa centra-se no processo de comunicação proferido de maneira igualitária e pluralista. Entretanto, Bohman (2009) reconhece a dificuldade da participação de todos os cidadãos, devida a fatores como o grande contingente populacional da sociedade atual. Assim, o autor afirma que o processo deliberativo deve ocorrer através da representação, somente se “os cidadãos votarem e escolherem seus representantes na base da participação em debates públicos e discussão de questões” (p.37).

Em consonância com estes fatos, autores como John Rawls (1999) e Jürgen Habermas defendem um modelo de democracia deliberacionista em que todos os cidadãos podem participar dos processos decisórios políticos. Para Bohman (1996) e Cohen (1997), a democracia deliberativa pauta-se na busca por decisões legítimas através do processo de deliberação pública, que tem como fundamento a participação dos cidadãos nestes espaços públicos de deliberação.

De acordo com Soares (1998), o Brasil é amparado por um modelo semidireto de democracia, em que a população delega autoridade a um representante, tendo o direito de intervir diretamente nos processos de tomada de decisões políticos, tais como na elaboração definitiva de leis, de políticas públicas e no próprio funcionamento do Estado.

Portanto, *“a democracia no Brasil deve ser compreendida como um conjunto de mecanismos participatórios, baseados no mix entre as perspectivas da participação, deliberação e representação”* (SOUZA, 2010, p.125).

2.1.2 Interfaces entre democracia deliberativa e conselhos gestores de políticas públicas no Brasil

O termo democracia carrega a concepção de uma forma de organização política baseada na igualdade potencial de influência de todos os cidadãos. Tal igualdade, por princípio, concederia às pessoas comuns a capacidade de decidir coletivamente seu destino. No entanto, o que se observa é que, em nenhum dos regimes hoje considerados democráticos, o povo realmente governa (MIGUEL, 2002).

Entretanto, no período anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, a decisão política era tomada por uma minoria, na maioria dos casos, elitizada e instruída frente aos cidadãos comuns, em que a extensão territorial do país e a complexidade das questões políticas faziam com que a concepção representativa da soberania popular deixasse de ser exercida de maneira direta pelo povo, sendo cumprida, em sua maioria, por representantes eleitos. Posteriormente, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) inaugurou uma nova estrutura administrativa no Brasil. Conhecida com a constituição cidadã, a atual Carta Magna foi responsável pela definição do marco inaugural do modelo societal de administração pública, segundo o qual a organização e a administração do Estado devem contar com a participação da sociedade, pautadas em uma democracia representativa e, ao mesmo tempo, deliberativa e participativa.

Nesse contexto, os conselhos de políticas públicas surgem como instituições participativas fortemente ligadas aos conceitos da democracia deliberativa (LOPES, 2014). Estes mecanismos foram criados como forma de reforçar o argumento de que a soberania popular não deveria ser exercida por uma minoria de representantes selecionados previamente, tendo o dever de garantir a efetividade das ações governamentais.

Segundo Lopes (2014), os conselhos gestores de políticas públicas foram criados em consonância com o modelo deliberativo de democracia, formando o elo

participativo entre a sociedade e o Estado. Para Cohen (2000) e Gutman e Thompson (2004), a democracia deliberativa se concretiza em instituições que possibilitam a cooperação e argumentação dialógica na resolução de problemas coletivos.

Entretanto, de acordo com Benhabid (2009), para que instituições participativas, tais como os conselhos, alcancem efetividade deliberativa, faz-se necessário que estas instituições se pautem no processo de deliberação, com foco no coletivo, em que aquilo que é de interesse geral resulte de processos de deliberação coletiva.

Nas palavras de Cunha (2009):

Por efetividade deliberativa entende-se a capacidade efetiva de essas instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública, expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações (CUNHA, 2009, p. 188).

Outro aspecto a ser considerado na avaliação da efetividade no processo deliberativo está conexo à ideia de igualdade deliberativa, que implica a igualdade de participação de todos os representantes, indiferentemente do setor que representa (TATAGIBA, 2002). Pode-se observar que ferramentas de gestão tais como os conselhos gestores de políticas públicas colaboram para a efetivação da democracia deliberativa, porém depende dos cidadãos participar com mais interesse e responsabilidade na administração pública. De acordo com Sacardo e Castro (2002), alcançando a efetividade deliberativa, o poder dos conselhos passa de caráter consultivo para decisório, permitindo a intervenção e participação em todas as fases que influenciam o ciclo das políticas públicas.

Contudo, os conselhos, na condição de instituição deliberativa, se mantêm como principal ferramenta de interação e deliberação a nível local, à medida que proporcionam uma participação mais direta da população, proporcionando o crescimento de uma estrutura democrática com foco no diálogo e no argumento de todos os envolvidos nas decisões políticas, características marcantes da democracia deliberativa (CUNHA, 2009).

2.2 Os conselhos gestores de políticas públicas

Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas engendram uma nova dinâmica de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil, excitando práticas mais participativas, que possibilitam a representação de interesses coletivos no processo de formação e definição da agenda pública.

Sucintamente, os conselhos são canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos (GOHN, 2001, p.7).

Vale ressaltar que a formação de conselhos gestores de políticas públicas não é nova na história do Brasil, tendo se inserido na agenda política do país ainda na década de 70, quando surgiram inúmeros conselhos comunitários visando a sanar demandas populares.

De acordo com Simões (1992), os conselhos gestores de políticas públicas são fruto da institucionalização destes conselhos comunitários, e sua expansão ocorreu pelo fato de constituírem requisitos constitucionais para distribuição de recurso financeiros em áreas como assistência social e saúde.

Entretanto, Carneiro (2002) ressalta que a emergência dos conselhos, viabilizada pelo processo brasileiro de transição democrática, sinaliza uma ruptura com o arcabouço jurídico e institucional vigente até a Constituição de 1988. Este “novo” ambiente estimulou processos variados de inovação nas políticas públicas, em que a participação dos atores locais se tornou essencial à distribuição de responsabilidades diante dos problemas sociais.

Assim, os conselhos gestores de políticas públicas constituem-se em:

Órgãos públicos de composição paritária entre a sociedade e o governo, criados por lei, regidos por regulamento aprovado por seu plenário, tendo caráter obrigatório uma vez que os repasses de recursos ficam condicionados à sua existência, e que assumem atribuições consultivas, deliberativas e ou de controle” (GOMES, 2002, p.39).

Portanto, os conselhos configuram-se como espaços de participação social que visam ao cumprimento de três objetivos: (i) promover a construção da cidadania e educação política; (ii) identificar as demandas da sociedade; e (iii) exercer controle social na gestão dos recursos públicos (GOMES, 2003). Vale ressaltar que estes espaços de formação de vontades e de opinião têm poder de agenda e podem interferir, de forma significativa, nas ações e metas dos governos, à medida que

inserem na agenda governamental as demandas e os temas de interesse da sociedade, buscando a resolução dos problemas sociais pela formulação e implementação de políticas públicas.

Gohn (2000) reforça a definição dos conselhos gestores de políticas públicas ligando-os ao papel institucional para o qual estes mecanismos foram criados, assegurando que:

Os conselhos gestores são novos instrumentos de expressão, representação e participação; em tese, são dotados de potencial de transformação política. Se efetivamente representativos, poderão imprimir um novo formato às políticas sociais, pois se relacionam ao processo de formação das políticas e à tomada de decisão (GOHN, 2010, p.178).

A importância dos conselhos na gestão das políticas públicas, vinculados ao repasse de recursos federais, lhes confere certo poder “paralelo”, além dos poderes executivo, legislativo e judiciário (GOMES, 2003). No entanto, apesar da relevância destes aspectos, a literatura apresenta diversos problemas vinculados à eficácia de representação nos processos democráticos. Ademais, merecem destaque os desafios e as críticas dos conselhos ao sistema representativo, visto que o instituto da representação pode impingir uma série de obstáculos à soberania popular, decorrentes da assimetria de informações, e deficiências de capacidades dos conselheiros e demais atores envolvidos (PRZEWORSKI, 1994).

A necessidade de ter conhecimento minimamente especializado beneficia a inclusão de conselheiros com um maior nível de recursos, mas isso nem sempre representa as reais necessidades das forças sociais mais atuantes (CARNEIRO, 2002). Segundo Avritzer (2010) e conforme abordado anteriormente neste capítulo, todos os conselhos adotam a forma paritária como princípio, porém a paridade nem sempre garante a igualdade de representação dos conselheiros dentro do conselho.

Para Carneiro (2002), a heterogeneidade na composição dos conselhos não permite que eles sejam efetivamente paritários à medida que os representantes do governo têm capacidades e disponibilidades muito diferentes dos representantes não governamentais, o que dificulta a dimensão igualitária da participação.

Contrapondo a este esvaziamento do conteúdo democrático proporcionado pelas novas formas institucionalizadas de participação social, está o conceito habermasiano de esfera pública, “que representa um espaço de natureza político-argumentativa no qual indivíduos, livres e iguais, discutem e deliberam

democraticamente sobre questões políticas e onde prevalece o melhor argumento” (AVRITZER, 1999, p.30-31; GOHN, 2001, p.36; COHEN, 1998, p.186).

Os autores que defendem a teoria da esfera pública argumentam que estes espaços proporcionam melhor união de interesses entre os atores envolvidos. Apesar de os conselheiros não terem sido eleitos pela maioria, eles detêm certo grau de legitimidade pela sua relação de proximidade com a sociedade, proporcionada pelo processo de interlocução que podem desenvolver com ela. Contudo, estes espaços participativos criados pelo Estado são capazes de adquirir “autoridade”, ou “a capacidade de solucionar problemas, fazer valer decisões e ter impacto no mundo externo” (ABERS e KECK, 2003).

Enfim, a institucionalização dos conselhos os tornou importantes mecanismos de representação e controle social, podendo estes órgãos ter mais potencial que eficácia, dada a frequência de problemas vinculados aos processos de representação, deliberação e representatividade no seu interior. Muitas vezes, nestes espaços, os cidadãos são apenas múltiplos atores, e embora os processos participativos possam envolver algum poder de decisão, estão estritamente ancorados a uma abordagem descendente, (*top-down*), que não possibilita a manifestação de um poder compensatório cooperativo.

2.2.1 Os conselhos de saúde

Historicamente, a reforma política da saúde deve ser abarcada a partir da questão mais ampla da descentralização e democratização do Estado brasileiro. Os conselhos de saúde fazem parte de um longo processo de movimentação social, que, desde 1970, vem transformando democraticamente o espaço público e as relações entre a sociedade civil e o Estado.

Desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, o SUS, que garante a toda a população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde, atua com os Conselhos de Saúde como intermediários entre a sociedade civil e o governo, sendo a principal organização representante da comunidade nas discussões sobre saúde pública. De acordo com Martins, Ckagnazaroff e Lage (2012), os conselhos gestores de saúde foram criados como mecanismos representativos em que todos os envolvidos nas políticas de saúde podem participar do ciclo que envolve a política.

Estes abarcam membros do governo, prestadores de serviço atuantes na área da saúde e os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde).

Deste modo, os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político-institucional do SUS, que possibilita a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Estas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas e funcionam como potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado (KRUGER, 2000).

A criação dos conselhos tem sua primeira fundamentação legal na Constituição Federal de 1988. No caso da política de saúde, o artigo 198 assegura o princípio da participação da sociedade civil. Ainda há que se ressaltar que preceitos normativos foram instituídos regulando seu funcionamento, organização e competências, como forma de alcançar os objetivos para os quais foram criados. As principais normas vigentes são a lei 8.142, de 1990, que cria os conselhos, e a resolução 453 de 2012, que delinea as principais diretrizes, além do regimento interno do conselho (LOPES, 2014).

A lei 8.142 dispõe sobre a criação dos conselhos gestores de saúde, elo entre a sociedade civil e Estado na gestão das políticas públicas de saúde. Esta lei define este órgão como sendo:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente (BRASIL, 1990).

De acordo com a Constituição de 1988, o Conselho Nacional de Saúde é a instância máxima de deliberação do SUS, tendo como missão a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde. Ainda vale destacar que, de acordo com a resolução 453, os conselhos de saúde assumem a composição paritária de usuários em relação aos demais segmentos representados. Além disso, outro ponto que merece destaque é a função deliberativa deste órgão, que possibilita a participação da população em todas as fases que envolvem o ciclo das políticas de saúde (BRASIL, 2012).

Portanto, os conselhos de saúde constituem novos espaços públicos de participação social, devendo a participação da sociedade ser resguardada pelo Estado como forma de controle social e influência em todo o ciclo que envolve as políticas públicas. Com a criação dos conselhos, “*o controle social assume lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde no Brasil*” (COTTA, 2010, p.2.438).

2.3 TEORIAS DA REPRESENTAÇÃO

2.3.1 Representação: origens e proposições teóricas

As questões relativas à representação nas instituições democráticas constituem objeto de estudo antigo da ciência política, tendo sido desenvolvidas diferentes correntes teóricas ao longo da história. Deste modo, pretende-se, neste capítulo, apresentar algumas posições teóricas acerca da representação e da sua influência na ampliação da participação política nos espaços públicos de participação social.

As teorias da representação são comumente associadas à ampliação da participação da sociedade civil nos debates públicos. Deste modo, Thomas Hobbes detém lugar de destaque nessa teorização pela ênfase dada, em suas obras, às relações entre Estado e População. De acordo com Hobbes, a representação está vinculada essencialmente à autorização e à delegação, sendo que a autorização inicia e valida a representação, uma vez que, através do pacto social, os indivíduos fundam o Estado, instituindo a autoridade e a existência de um representante da população (HOBBS, 1997). O autor reforça este argumento ao defender na teoria do contrato social que os indivíduos deleguem autoridade a um representante, e este tome decisões pelo grupo pelo fato de ter sido autorizado a agir em nome deles.

Em continuidade, outro autor de destaque na teoria da representação é Edmundo Burke. Este autor contraria as ideias propostas por Hobbes ao defender que um governo efetivo é automaticamente representativo, podendo, nesta perspectiva, a representação ocorrer independentemente de autorização, sendo caracterizada pelo ato de favorecer os interesses de um determinado grupo de indivíduos, sem que esses indivíduos necessariamente autorizem o ato de representação (LIMA JUNIOR, 1997).

Burke cria o conceito de representação virtual, que descreve como sendo:

Aquela em que há comunhão de interesses e empatia de sentimentos e desejos entre aqueles que atuam em nome de quaisquer pessoas e as pessoas em nome das quais eles atuam - embora os primeiros (fiduciários) não tenham sido, de fato, escolhidos pelos segundos” (LIMA JUNIOR (1997) *apud* LAVALLE *et. al.*, 2006, p.89).

Pitkin (1983) ainda ressalta que, ao considerar apenas o momento constitutivo da representação, Hobbes deixa de expor a responsabilidade do representante, elemento central do conceito de representação, pois a ausência de responsabilidade possibilita ao representante se tornar livre para agir como desejar, podendo tomar decisões que não condizem com os interesses dos representados.

Outro autor que contrasta com as ideias de Hobbes é John Locke, ressaltando que a soberania reside no povo e não no governante, dando ênfase às regras da maioria. Deste modo, a representação para Locke decorre da impossibilidade de exercício da democracia direta, sendo que a constituição do Estado não implica necessariamente a transferência de direitos do povo aos governantes (LIMA JUNIOR, 2006; CUNHA, 2004).

Neste sentido, os argumentos de Locke se aproximam da perspectiva de representação apresentada por Hanna Pitkin, em que o representado mantém uma relação com representante através da atividade legislativa (ALKMIN, 2013). Para Locke:

Quando qualquer número de homens, através do consentimento de cada indivíduo, forma uma comunidade, dão a essa comunidade uma característica de um corpo único, como o poder de agir como um corpo único, o que significa agir somente segundo a vontade e determinação da maioria. Pois o que move uma comunidade é sempre o consentimento dos indivíduos que a compõem, e, como todo objeto que forma um único corpo deve mover-se em uma direção, este deve se mover na direção em que o puxa a força maior, ou seja, o consentimento da maioria, do contrário, é impossível ele atuar ou subsistir como um corpo, como uma comunidade, como assim decidiu o consentimento individual de cada um; por isso cada um é obrigado a se submeter às decisões da maioria. E por isso, naquelas assembleias cujo poder é extraído de leis positivas, em que a lei positiva que os habilita a agir não fixa o número estabelecido, vemos que a escolha da maioria passa pela escolha do conjunto, e importa na decisão sem contestação, porque tem atrás de si o poder do conjunto, em virtude da lei da natureza e da razão. E assim cada homem, consentindo com os outros em instituir um corpo político submetido a um único governo, obriga-se, diante de todos os membros daquela sociedade, a se submeter à decisão da maioria e a concordar com ela; do contrário, se ele permanecesse livre e regido como antes pelo estado de natureza, esse pacto inicial, em que ele e os outros se incorporam em uma sociedade,

não significaria nada e não seria um pacto (LOCKE, 2009, p.60 *apud* ALKMIM, 2013, p.60-61).

Os preceitos de soberania popular defendidos por Locke foram compartilhados e ampliados por John Stuart Mill. Para o autor, a melhor forma de governo é aquela na qual o poder é compartilhado com o povo, podendo este participar dos processos de tomadas de decisões que envolvem as ações públicas. Mill chama ainda chama atenção para o princípio da proporcionalidade, como elemento essencial para a efetividade dos governos representativos, permitindo a expressão fiel de todos os segmentos da população (PRZEWORSKI; STOKES, 2006). Mill (1964) destaca que o governo representativo deve assegurar o direito das minorias, sendo que o povo é o dono final do governo, e o Legislativo é o agente, que deve controlá-lo e fiscalizá-lo.

Partindo de um argumento pragmático, Mill (1998) defende o desenvolvimento de um governo representativo frente à impossibilidade da participação direta de toda a população nos processos de tomada de decisão política devido ao tamanho dos Estados. Sendo assim, o autor ainda defende o princípio da deliberação pública e a existência de um espaço público para que o povo possa debater e expor suas opiniões.

Contestando os posicionamentos de Mill, Max Weber argumenta que, perante o desenvolvimento de um governo burocrático, baseado na superioridade técnica, a soberania popular ficaria reduzida ao ato de votar (AVRITZER, 2010).

Em consonância com Weber, Schumpeter (1984), expoente da corrente elitista, desconsidera a existência de uma vontade popular, sendo que a vontade geral é substituída pela ideia de múltiplos interesses, em que o consenso seria alcançado por meio das diversas preferências individuais, não havendo espaços para a prestação de contas, nem para accountability (PERUZZOTI, 2008; MIGUEL, 2002).

Robert Dahl apresenta formulações bastante distintas da corrente elitista, à medida que considera a participação popular como elemento central para efetividade da democracia representativa. Segundo o autor, os indivíduos devem participar do processo democrático via canais de influência, que permitam a participação e a inclusão de temas na agenda política, podendo influenciar diretamente nas decisões políticas. Pode-se observar um significativo avanço em relação a algumas teorias

anteriores, em que a participação popular se configurava como empecilhos para o bom desenvolvimento da democracia (AIRES, 2009).

Contudo, de acordo com Dahl, sua teoria visa a garantir a participação efetiva e igualitária dos cidadãos nos processos democráticos, proporcionando o desenvolvimento de uma soberania mais inclusiva.

2.3.2 Hanna Pitkin e o conceito de representação política

Buscando sintetizar o debate em torno das teorias da representação, Pitkin (1967) identifica um paradoxo na definição de representação, ao qual denomina *mandato – independência*, resumido na seguinte questão: “*deve o representante fazer o que os eleitores querem ou o que ele acha que é melhor?*” (PITKIN, 1983, p.19). Partindo deste questionamento, a autora apresenta duas correntes principais: a representação descritiva e a visão formalista. A primeira busca entender quem são os representantes, enfatizando que eles devem buscar atender aos interesses da sociedade. Entretanto, a visão formalista tem foco na relação entre representante e representado (MIGUEL, 2003).

Segundo a autora, os “teóricos do mandato” consideram que não há representação se o governante agir de forma oposta à vontade dos entrevistados. Em contrapartida, os “teóricos da independência” assumem que a representação existirá se o representante for livre para defender seus próprios argumentos. De acordo com Lavalle, Houtzager e Castello, na concepção de Pitkin:

Se a autonomia política do representante não pode ser perseguida a ponto de esgarçar definitivamente sua relação como o eleitorado, o fortalecimento da representatividade tampouco pode ser buscado à custa de anular tal autonomia (LAVALLE, HOUTZAGER & CASTELLO, 2006, p.57 *apud* AIRES, 2009, p.57).

De acordo com Pitkin (1983), o debate central dos teóricos gira em torno do papel do representante, à medida que os representantes podem imprimir características pessoais ao processo de representação. Para a autora, pode ocorrer que os interesses da sociedade civil coincidam com os interesses dos representantes, porém, quando ultrapassados estes limites, o grupo inserido no processo de representação deve se explicar aos representados.

Deste modo, Pitkin (1967) se posiciona a favor de um conceito intermediário, defendendo uma classificação básica para conceituar “representação”, em que são dadas duas ênfases à relação representante/representado. A primeira ocorre quando os representados autorizam o representante a atuar por eles, e a segunda, quando os representantes são ditos responsáveis pelos que representam.

Posteriormente a esta constatação, a autora acrescenta duas categorias substantivas ao seu conceito de representação: “Estar Por” e “Age Por”. Na categoria “Estar Por”, os representantes são considerados ora “símbolo” ora “espelho” para seus representados. Em contrapartida, apresenta a categoria “Age Por”, em que os representados não olham para os representantes, mas para o eles que fazem.

Na visão da autora, “o conceito de representação em Hobber já traz implícita uma responsabilização do representante, através não do direito, mas da obrigação de agir” (PITKIN, 1967, p.19). Apesar de nessa categoria as características pessoais dos representantes poderem influenciar no processo de representação, tomando decisões que vão ao encontro ao seu próprio interesse, ainda assim é a categoria que melhor descreve o processo de representação política. A Figura 2 mostra as formas de representação na sociedade moderna.

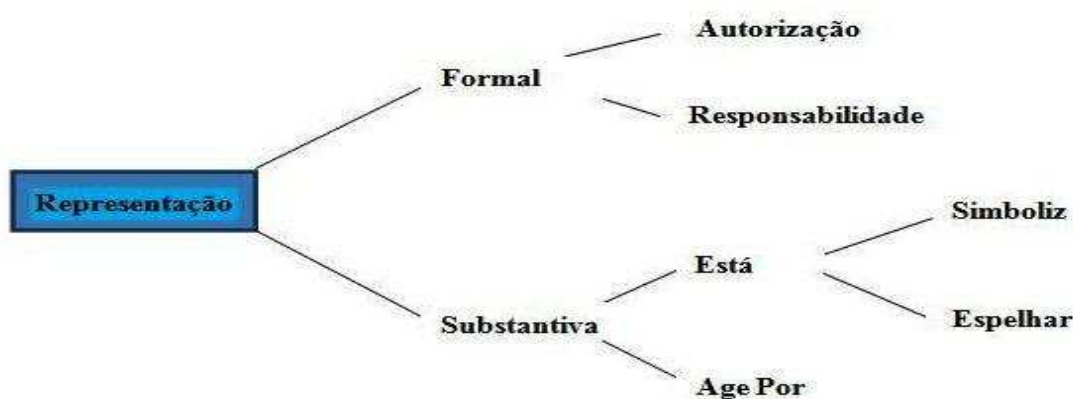


Figura 2. Formas de representação na sociedade moderna

Fonte: Cunningham (2009, p.113) com base em Pitkin (1967).

Contudo, Pitkin aborda em sua obra as características mais gerais da representação política, reforçando a relevância da autoridade e da *accountability* na representação para que ela seja democrática (URBINATI e WARREN, 2008). Deste modo, a autora procura deslocar o foco da questão para o sistema de representação

em si, ou seja, o propósito defendido por Pitkin recai sobre a legitimidade dos procedimentos, julgando-os racional, mesmo que os representantes tenham diversos interesses e motivações.

2.3.3 Representação: novas abordagens

Nos trabalhos de Thomas Hobbes, feitos ao longo da formação do Estado Moderno, foram desenvolvidos conceitos na teoria representativa. Nesse período, a representação tinha como base o elemento autorização, sendo que o conceito de representação restringia a soberania aos limites territoriais e ao poder estatal, assumindo os mecanismos eleitorais importância central como elemento de igualdade política (AIRES, 2009).

Apesar de consolidado e relativamente aceito, este conceito se tornou inadequado para entender a representação frente à realidade democrática contemporânea. Isto porque atualmente inúmeros atores surgem com novas demandas por representação em decorrência do aumento dos espaços públicos de participação social. Neste contexto, vários estudos foram desenvolvidos buscando entender o processo de representação, levando em consideração que, apesar de as eleições terem papel crucial na democracia representativa, ela não pode ser considerada o único vínculo entre representantes e representados. Para John Drsek, a representação eleitoral não é competente para reunir as inúmeras extensões da política moderna. Deste modo, os autores propõem um novo significado para o conceito de representação que se adapte às expectativas e particularidades do novo cenário político (AIRES, 2009).

David Plotke (1997) assume importante papel neste cenário ao considerar que a representação não se opõe à participação, mas, sim, à exclusão. Deste modo, o autor considera a inclusão da sociedade civil nos processos de tomada de decisões políticas elemento crucial para o desenvolvimento das práticas representativas contemporâneas. Reforçando este argumento, Avritzer (2007) assinala o crescente envolvimento da sociedade civil com as tomadas de decisões que envolvem as políticas públicas, configurando como um potencial gerador de novas demandas e formas de representação.

Para Lavalle, Houtzager e Castello (2006), as instituições participativas implicaram o aumento da representação, à medida que a institucionalização destes mecanismos possibilitou uma maior participação de representantes da sociedade civil nos processos decisórios que envolvem as políticas públicas. As especificidades da democracia moderna impulsionam uma variedade de formas de controle das ações públicas, em que o processo de tomada de decisão que liga o povo ao legislativo deve funcionar como um contínuo em que o “*voto condiciona a vontade dos legisladores de uma forma constate, e não apenas no dia da eleição*” (URBINATI, 2006, p.204 *apud* AIRES, 2009, p.23).

Deste modo, a criação de espaços de interação social torna-se importante mecanismo paralelamente às tradicionais formas de representação. Estes espaços teriam o papel de captar os discursos não proferidos nos mecanismos eleitorais, resgatando a representação discursiva proposta nas teorias da democracia deliberativa (DRYZEK e NIEMEYER, 2008).

Lavalle, Houtzager e Castello (2006), pautados nos pensamentos de Edmundo Burke, retomam o conceito de representação virtual como instrumento de inclusão política que pode ser aprimorado com o tempo, levando em consideração a importância de se manter o núcleo normativo mínimo da representação, com o objetivo de conservar os interesses entre representados e representantes, mesmo que não exista uma autorização formal para a representação por parte dos primeiros.

Entretanto, Avritzer (2007) contrapõe-se aos argumentos defendidos por Lavalle, Houtzager e Castello, pois considera que os autores, ao retomarem o conceito de representação virtual, remetem mais a uma justificativa de representação sem eleições do que a uma representação não reconhecida formalmente (AIRES, 2009).

Deste modo, o Avritzer (2007) sintetiza no Quadro 1, as principais formas de representação teorizadas de uma maneira diferente das proposições realizadas pelos autores anteriormente citados.

Formas de representação na Política Contemporânea

Quadro 1. Formas de representação de política contemporânea

Tipo de Representação	Relação com o representado	Formas de Legitimidade da representação	Sentido da Representação
Eleitoral	Autorização através do voto	Pelo processo	Representação de Pessoas
Advocacia	Identificação com a condição	Pela finalidade	Representação de Discursos e ideias
Representação da sociedade civil	Autorização dos atores com experiência no tema	Pela finalidade e pelo processo	Representação de temas e experiências

Fonte: AVRITZER (2007, p. 458).

Na concepção do autor, as dimensões da representação estão relacionadas a três papéis distintos, sendo eles: Agente, advogado e partícipe. O primeiro papel é o do agente, escolhido via eleitoral, não implicando discussões acerca da autorização. O segundo papel é o da advocacia, que diz respeito à defesa por parte de entidades e organizações não governamentais de pessoas que não foram indicadas para tal função, a representação se dando pela identificação com a causa, condição que legitima a advocacia. Nas palavras do autor, “o elemento central da advocacia de temas não é a autorização, mas uma relação variável no seu conteúdo entre os atores e os seus representantes” (AVRITZER, 2007, p.457). O terceiro papel é o caso da representação da sociedade civil, que se dá através de conselhos gestores de políticas públicas, orçamentos participativos e outros mecanismos de participação social. Nestes espaços, a representação mais uma vez não se legitima pela representação, mas pela agregação de interesses parciais. Segundo ao autor, “Ao agregarem estes interesses, elas propiciam uma forma de representação por escolha que não é uma representação eleitoral de indivíduos ou pessoas” (AVRITZER, 2007, p.458).

Em continuidade, outro autor de destaque nas novas abordagens sobre representação é John Drysek. O autor dá importância especial à pluralidade de discursos presentes na política contemporânea, defendendo a dimensão discursiva como elemento central da representação. Deste modo, a legitimidade da representação concentra-se na deliberação, sendo os espaços públicos de representação social os responsáveis por legitimar as decisões (AVRITZER, 2007).

Seguindo este pressuposto, a representação discursiva seria aprimorada de modo que estes espaços funcionariam para além da concepção formal de autorização, garantido a prestação de contas e *Accountability*. Deste modo, a representação aparece associada à inclusão política, em que a legitimidade democrática anularia a dominação de apenas um discurso nos processos deliberativos (DRYZEK e NIEMEYER, 2008).

Reforçando as ideias propostas por Drysek, Miguel (2003) enfatiza a importância da participação social no debate público. O autor entende a representação como resultado de três dimensões: a representação de preferências individuais, a participação em nome de outros e a participação na elaboração da agenda política em nome de outros (AIRES, 2009). Ainda na perspectiva de Miguel, a condição essencial para a legitimidade da representação é *“a difusão de condições materiais mínimas que propiciem àqueles que o desejam a possibilidade de participação política”* (MIGUEL, 2003, p.136).

Em síntese, as ideias descritas neste capítulo buscaram apresentar as principais discussões acerca do conceito da representação. Vale ressaltar que todas defendem o reforço da participação social nos espaços públicos responsáveis pela tomada de decisão política, considerando a representação um meio condutor da participação. Portanto, *“a ideia de representação como um vínculo permanente entre o Estado e sociedade civil, via ativação dos atores sociais e responsividade contínua do governo, estabelece uma relação conceitual entre representação e participação”* (AIRES, 2009, p.31).

Por fim, apesar dos avanços no que tange às novas modalidades representativas, a literatura (AVRITZER, 2007; GOHN, 2000; TATAGIBA, 2002) aponta dificuldade da participação e inclusão política no interior dos mecanismos institucionalizados de participação social. Contudo, torna-se relevante a elaboração de estudos referentes à participação e representação, uma vez que os espaços deliberativos presentes na política contemporânea englobam as duas dimensões, com o objetivo central de reduzir as exclusões que ocorrem no ambiente político.

2.3.4 Especificidades da representação nos conselhos gestores de políticas públicas

As experiências de representação nos espaços de participação social pós Constituição Federal de 1988 no Brasil marcam um período importante do pensamento sobre representação, dado que estes espaços permitiram a inserção de novos atores que, através da representação política, puderam atuar no processo de tomada de decisão, introduzindo a participação da sociedade civil na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

Através destes espaços de participação, os processos de representação tiveram caráter normativo, pela necessidade de distinguir as comunidades de interesses presente neles, auferindo o que merece ou não destaque no processo de formação da agenda política.

Para Kiyota (2007), estas formas de representação política são de extrema importância para o desenvolvimento da participação cívica nas decisões políticas, pois:

Esta modalidade de representação coletiva não se encontra submetida aos limites estruturais das eleições e dos eleitos, impostos pela sua dupla representação perante o poder, visando a regulá-lo socialmente, e de representação do poder, comprometida com governar e impor obediência sobre a população se for preciso. Seus limites são outros, mas, nesse aspecto, a representação coletiva é fundamental, pressão, controle, supervisão, intervenção, assédio e reclamo perante o poder em instâncias executivas de políticas e em espaços de interlocução (KIYOTA, 2007, p.77).

Além disso, é de extrema importância o processo de representação em governos democráticos, pela relevância que envolve as respostas a demandas dos representados e também pela construção e desenvolvimento de espaços em que os atores políticos deliberem (ABERSET, 2008). Em consonância com essas ideias, Coelho (2008) afirma que o processo de seleção e a garantia da participação igualitária de todos os membros nos processos de tomada de decisão no interior dos conselhos de políticas públicas são fundamentais para a efetividade destes mecanismos.

Nos conselhos gestores de políticas públicas, a representação se dá, em 30,6% dos casos, por organizações citadas nos próprios atos normativos do conselho. Neste caso, é feita uma convocação oficial à representação. Deste modo, cabe inferir que, por mais que o governo tenha sido incitado pela sociedade civil a criar espaços de diálogo, é ele que escolhe os representantes. No caso dos conselhos de saúde, quando

a representação é exercida por uma organização reconhecida e constante no ato normativo do conselho, a escolha do representante é feita pela própria instituição (TEIXEIRA, SOUZA e LIMA, 2011).

Neste sentido, torna-se cada vez mais importante conhecer a configuração e a composição destes mecanismos, dado que a representação que neles ocorre exerce influência direta ao longo de todo o ciclo de políticas públicas (WILLIAMS, 1998). Vale ressaltar que o uso de eleições seria o método mais inclusivo entre os existentes para composição dos conselhos, pois permitiria garantir maior autonomia das organizações já reconhecidas pela estrutura normativa do conselho na escolha dos representantes.

As eleições também possibilitariam a inserção de novas organizações nos espaços participativos. Porém, no caso específico dos conselhos, uma organização só passa a fazer parte do conselho quando os representantes ou o governo reconhecem sua legitimidade na defesa de interesses públicos pertinentes à área representada, sendo perceptível a fragilidade da autorização (TEIXEIRA, SOUZA e LIMA, 2011).

Em se tratando especificamente das reuniões dos conselhos, apesar de serem abertas em praticamente todos os casos, somente os conselheiros têm voz, sendo que o povo não tem voto na plenária. Em muitos casos, a própria divulgação do conselho é ineficiente, o que restringe a participação da sociedade (TEIXEIRA, SOUZA e LIMA, 2011). De acordo com Luchmann (2008), há algumas especificidades no que tange ao processo de representação política no interior dos espaços públicos de participação social, quando comparados com a representação eleitoral. Nas palavras da autora:

A representação no interior desses modelos apresenta as seguintes características: participação e representação individual e coletiva; participação voluntária (e, portanto, radicalmente diferente da atuação política profissional e com todas as consequências dessa implicação); inserção em diferentes espaços participativos; periodicidade diversa (ditada por diferentes regimentos); escolha de representantes através de processos variados (fóruns, eleições, indicações etc.); e, finalmente, grande maleabilidade (isto é, baixo controle) de entradas e saídas em espaços participativos (LUCHMANN, 2008, p.95).

Ainda em se tratando das experiências brasileiras, pode-se observar a presença de diferentes práticas de participação e representação no interior dos diferentes espaços públicos de participação social, no entanto, dois modelos se

consolidam: de um lado, o modelo adotado pelos orçamentos participativos, que exerce uma participação mais direta do povo; de outro, o modelo dos conselhos gestores de políticas públicas, que adotam a ideia de participação coletiva, centrada na representação das organizações da sociedade civil (LUCHMANM, 2008).

Para Frey (2000) a representação nos conselhos pode não assegurar a participação de todos os cidadãos nos processos deliberativos, à medida que a escolha dos representantes ocorre por critérios de afinidade, conhecimento e envolvimento com a área temática do conselho, por indicação de organizações sociais ou através de fóruns próprios. A necessidade de reconhecer o próprio governo como participante na negociação das políticas públicas é um desafio no exercício da representação também nos conselhos (ABERS e KECK, 2008). Outro ponto é a dificuldade das organizações da sociedade civil em estabelecer vínculo com os representados e, diante dessa expectativa, fala-se na interlocução por interesses de determinados grupos identificáveis, ponto que dificulta a busca pelo bem comum no interior desses espaços. (TEIXEIRA, SOUZA e LIMA, 2011).

Para Avritzer (2007), a legitimidade destes espaços centra-se no reconhecimento da atuação e na relação entre Estado e Sociedade civil. Segundo o autor:

O importante em relação a essa forma de representação é que ela tem sua origem em uma escolha entre atores da sociedade civil, decidida frequentemente no interior de associações civis. Estas associações exercem o papel de criar afinidades intermediárias, isso é, elas agregam solidariedades e interesses parciais, Ao agregarem estes interesses, elas propiciam uma forma de representação por escolha que não é uma representação eleitoral de indivíduos ou pessoas. A diferença entre a representação por afinidade e a eleitoral é que a primeira se legitima em uma identidade ou solidariedade parcial exercida anteriormente (AVRITZER, 2007, p.457-458).

Borba e Luchmann (2010) identificam situações em que os conselheiros municipais de saúde afirmam “representar a si próprios”, sem qualquer relação de proximidade com segmentos ou organizações sociais. De acordo com as autoras, essas afirmativas reforçam a pluralidade no processo de representação presente no interior destes espaços. Entretanto, afirmam que “*quanto mais atuante é a organização, mais fortes são os vínculos e os sentimentos de representação*” (BORBA e LUCHMANN, 2007, p.241).

Outra característica marcante dos conselhos diz respeito à representação paritária entre os setores da sociedade civil e do aparelho estatal. De acordo com Tatagiba (2002), o formato paritário dos conselhos revela certa “inocência” ao desconsiderar a heterogeneidade presente nas organizações da sociedade civil, que, embora necessariamente devesse representar interesses coletivos, devido ao conjunto bastante diferenciado de organizações e entidades, acabam, muitas das vezes, por representar seus próprios interesses, ou seja, “a paridade numérica não corresponde a uma paridade política” (STANISCI, 1997).

Os conselhos de saúde não obedecem às regras de paridade, incidindo o peso maior da representação sobre o setor dos usuários, que detêm 50% dos assentos no respectivo órgão, mas esta característica não anula dificuldades na representação e representatividade, em decorrência dos múltiplos interesses defendidos pelos diferentes grupos atuantes neste espaço.

Por fim, vale destacar que os conselhos têm como característica diferenciadora de outros espaços a permanência no tempo, configurando-se como espaço contínuo inserido em um contexto mais amplo de formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas. Além disso, não são espaços abertos à participação de qualquer pessoa interessada na discussão, pois quem tem direito a voto são os representantes eleitos ou indicados previamente.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, é apresentado o delineamento metodológico da pesquisa, derivado do referencial teórico, explicitando as características do processo de pesquisa aqui empreendido. A elaboração do projeto foi realizada após algumas incursões exploratórias, feitas por meio de visitas ao conselho municipal de saúde para identificação dos atores que atuam nesta instituição.

Com respaldo nestas incursões, foi definido o conselho a ser pesquisado, bem como o problema a ser analisado, e a metodologia de pesquisa de campo necessária para o cumprimento dos objetivos do trabalho.

3.1 Abordagem metodológica

Esta pesquisa tem caráter descritivo. Para Gil (1991), um trabalho é de natureza descritiva quando visa a delinear as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, questionário e observação sistemática, assumindo, em geral, os estudos do tipo levantamento.

Ainda segundo o autor supracitado, pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente fazem os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, característica do presente estudo. Neste contexto, o escopo descritivo desta pesquisa foi alcançado nas incursões a campo, onde foram traçados o perfil associativo dos conselheiros e a relação com a representação e a participação no conselho de saúde do município de Juiz de Fora - MG.

No sentido de compreender o processo de representação dos conselheiros municipais de saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, recorreu-se à pesquisa qualitativa, assim definida por considerar um universo de significados, aspirações, valores e crenças que correspondem a um espaço mais profundo das relações e processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Para Creswell (2009), a pesquisa qualitativa é importante quando o contexto de averiguação não é suficientemente compreendido e quando os pontos de vista dos sujeitos de pesquisa são cruciais.

As pesquisas qualitativas, como argumenta Richardson (1985), buscam, sobretudo, descrever a complexidade de determinado problema em seu contexto particular.

3.2 Método e coleta de dados

De modo geral, foi utilizado o método de estudo de caso, que consiste em uma inquirição empírica, capaz de investigar um fenômeno contemporâneo inserido em um contexto da vida real. É considerado um tipo de análise qualitativa, amplamente empregado na pesquisa social, com forte orientação para a prática da administração.

O Método do Estudo de Caso "*... não é uma técnica específica. É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado*" (GOODE e HATT, 1969, p.422). De outra forma, Tull (1976, p.323) afirma que "*um estudo de caso se refere a uma análise intensiva de uma situação particular*" e Bonoma (1985, p.203) coloca que o "*estudo de caso é uma descrição de uma situação gerencial*".

Especificamente, foram definidas três estratégias para a coleta dos dados no conselho de saúde de Juiz de Fora. A primeira constou de análise documental. A análise documental compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim (MOREIRA, 2009, p.271). Esta etapa visou A verificar o grau de institucionalidade, a estrutura organizativa, a composição e os processos de funcionamento do conselho. Para isso, procedeu-se a uma análise que privilegiou a Lei de Criação e o Regimento Interno do conselho.

Ainda foram analisadas as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, referentes aos anos 2000 e 2015, por entender que a análise desses documentos possibilitou uma melhor compreensão da dinâmica da representação no conselho, que, em decorrência, contribuiria para verificar aspectos importantes da deliberação e representação neste conselho, tais como elementos para análise da frequência da participação do conselho e dos principais assuntos discutidos nas plenárias do Conselho de saúde do município a ser estudado.

A segunda estratégia constou de levantamento de campo. De acordo com os objetivos do estudo, os dados necessários foram colhidos seguindo o procedimento

de aplicação de questionários para captar o perfil dos conselheiros e as formas de atuação no conselho, e entrevistas em profundidade não dirigidas visando a descrever a trajetória associativa e o processo de representação. Não houve nenhum procedimento amostral, e todos os agentes que aceitaram participar do processo fizeram parte das rotinas de entrevista, que foram agendadas com antecedência e ocorreram na sede do Conselho de Saúde de Juiz de Fora - MG.

A terceira estratégia constou da utilização da técnica de observação não-participante. Para Godoy (1995) diferentemente da observação participante, onde o pesquisador deixa de ser somente um espectador se colocando como um dos elementos envolvido no fenômeno estudado, na observação não-participante o pesquisador atua somente como espectador. Este método permitiu contato direto com o processo social estudado, de tal forma que foi possível observar cinco reuniões do conselho, todas no ano de 2015, nos dias, 25 de março, 27 de maio, 10 de junho, 26 de agosto e 23 de setembro. Deste modo foi possível analisar como acontece o processo de deliberação, fiscalização e troca de informações pelos representantes. Para tanto foi feito um diário de campo, onde foram anotadas as ações realizadas no conselho.

3.3 População e amostra

Como sujeitos de pesquisa, foram tomados por critério os membros do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG, pelo fato de serem representantes diretos da sociedade no que se refere à fiscalização, deliberação e, conseqüentemente, à melhoria da saúde coletiva do município.

No caso dos conselheiros buscou-se um levantamento censitário, entretanto, pela indisponibilidade de horários dos conselheiros, foram entrevistados 19 conselheiros de um total de 54 membros efetivos. Já os questionários foram aplicados em reunião ordinária do conselho, que ocorreu no dia 22 de julho de 2015, e contou com um total de 35 conselheiros respondentes.

Além disso, o critério de seleção adotado para a escolha de somente um Conselho Gestor, e esse ser o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora-MG, foi principalmente pelo fato da importância do município na prestação de serviços de

saúde tanto para o próprio município quanto para outras cidades da Zona da Mata, que utilizam dos seus serviços.

Nesse sentido, além de o município abrigar uma das maiores Universidades Federal do Brasil, detém inúmeras faculdades particulares que oferecem cursos de Medicina e de Enfermagem à população e realiza pesquisas na área, exercendo um papel fundamental na preocupação com questões de saúde. Além disso, conforme já citado anteriormente, a cidade é líder regional da microrregião da qual é sede, e tem o maior número de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

3.4 Tratamento e análise dos dados

Inicialmente, para a análise dos dados coletados na pesquisa documental (lei de Criação, Regimento Interno e atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho de saúde), foram utilizadas a estatística descritiva e a técnica de análise documental.

Deste modo, tendo em vista descrever o processo de funcionamento e as questões normativas do conselho de saúde de Juiz de Fora- MG, foram utilizadas quatro categorias de análises de acordo com Lopes (2014), instituídas com base nos assuntos da pauta, que correspondem aos temas agendados, com antecipação para discussão no plenário do conselho. Ainda foram aproveitadas subcategorias com base nas categorias criadas a priori, todas elas pautadas na análise do regimento interno e nas atas referentes a dez anos, 2004 a 2015.

Assim, as categorias e subcategorias de análise são apresentadas a seguir: (1) políticas públicas: (i) programas governamentais de saúde; (ii) discussões sobre políticas públicas de saúde; (2) conselho e conselheiros: (i) capacitações de conselheiros; (ii) participações em eventos; (iii) conselhos e comissões de saúde; (3) fiscalização da gestão municipal da saúde: (i) orçamentos para saúde; (ii) gestão da secretária de saúde municipal; (iii) conferências municipais de saúde; (4) gestão do SUS: (i) criações de unidades de saúde; (ii) melhorias nas unidades de saúde; (iv) comissões de saúde.

Vale destacar que a escolha deste período de análise (2004-2014) ocorreu em função do novo momento histórico da administração pública brasileira, iniciado com a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), em 2003. Nesse contexto, é

realizada em Brasília, em dezembro do mesmo ano, a XII Conferência Nacional de Saúde, evento considerado um marco para o fortalecimento do controle social frente às políticas públicas de saúde. Deste modo, foi pertinente estudar o funcionamento, a representação e a participação no interior dos conselhos de saúde a partir desta conferência até os dias atuais.

Em continuidade, para a análise dos dados coletados na pesquisa de campo (entrevista com os conselheiros municipais), foi utilizada a técnica “Análise de Conteúdo”, que, segundo Moraes (1999, p.2), “constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”. Além disso, diz que: “Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajudou a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum” (MORAES, 1999, p.2).

A análise de conteúdo consiste em uma leitura aprofundada de cada expressão específica, em que, codificando cada uma, se obtém uma ideia sobre o todo (FREITAS e JANISSEK, 2000). Esta análise consiste em desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação (LAVILLE e DIONNE, 1999).

Para fins dessa pesquisa, a técnica de análise de conteúdo foi aqui apropriada sob a perspectiva qualitativa, adequada à percepção metodológica e conceitual da pesquisa, seguindo três etapas respectivamente: (i) exploração; (ii) organização; e (iii) interpretação. A etapa inicial consistiu na separação e preparação dos materiais que foram analisados (documentos e transcrição das reuniões). Foi através da análise inicial do material, seguindo o recorte analítico delimitado pela pesquisa, que se buscou tornar os dados mais significativos para os propósitos da pesquisa.

Na sequência, de acordo com Kiyota (2007, p.29), “a instituição dos espaços de participação e a definição legal da presença da representação por parte dos conselheiros nos conselhos gestores de políticas públicas não têm sido fatores que, por si próprios, garantam um efetivo exercício da representação”. Com base neste conceito, surge a necessidade de analisar os fatores que condicionam e influenciam a representação. Dessa forma, foi desenvolvido um quadro que possibilitou o direcionamento e a condução de toda a análise dos dados na busca pelo cumprimento do objetivo geral da pesquisa. Para tanto, foi desenvolvida uma categoria ou

dimensão de análise, sendo ela a representação. Para responder a essa dimensão de forma mais detalhada, foram criadas quatro subcategorias, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Dimensões e categorias para análise de conteúdo

OBJETIVO GERAL		
Analisar a trajetória associativa dos conselheiros, buscando identificar como a participação em outros espaços paralelos (Orçamentos Participativos, sindicatos, associações, movimentos sociais, conselhos locais e regionais) interfere na capacidade de intervenção e na representação no interior do conselho.		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	CONDUÇÕES QUE SUBSIDIARÃO A PESQUISA
Representação	Trajatória de Vida	Analisar a trajetória associativa dos conselheiros (Participação em associações, filiação partidária, lideranças e assim por diante).
	Feedback Social	Identificar se há e como acontece o repasse de informações dos conselheiros à sociedade civil.
	Conhecimento e Posicionamento	Analisar até que ponto os conselheiros têm informações sobre o papel dos conselhos frente às políticas de saúde do município. (Papel democrático, participativo, deliberativo e de fiscalização).
	Fiscalização	Identificar se há e analisar como ocorre o processo de fiscalização das políticas do município.

Fonte: Elaborado pelo autor tendo como base Bastos (2015), Pitkin (1967), Gohn (2000).

Nesse contexto, para cada subcategoria, será desenvolvida uma condução que subsidiará a pesquisa. Entre as formas de análise e as maneiras como serão extraídas as informações do conselho e dos conselheiros, estão a utilização de roteiro de perguntas utilizadas nas reuniões e a análise descritiva dos dados gerados pelas atas e listas de presença.

4. FONTE DOS DADOS

Como já indicado, a pesquisa necessitou tanto de informações secundárias, quanto de informações primárias. Os dados secundários foram obtidos em

documentos e atas das reuniões do conselho de saúde de Juiz de Fora- MG. Os dados primários, por sua vez, foram obtidos mediante entrevistas junto aos conselheiros representantes do referido conselho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conselho municipal de saúde de Juiz de Fora: histórico

O ano de 1983 marcou as primeiras experiências com conselhos no município de Juiz de Fora, quando o prefeito cria a Lei nº 6.413, de 9 de novembro de 1983, que fundamenta o Conselho Comunitário Municipal, marco da participação da sociedade civil nas políticas do referido município.

Outra tentativa de aproximação entre o governo local e a população foi a criação do Grupo de Assessores Comunitários, em que a administração municipal em parceria com as associações e lideranças locais procurava discutir as demandas dos bairros, mas tanto os conselhos comunitários quanto os Grupos de Assessores foram desmobilizados (TEIXEIRA, 2003).

Posteriormente, em 1989, acompanhando os processos de descentralização das políticas públicas no pós-constituição federal de 1988, a população local continuou cobrando ações para divisão da cidade em regiões sanitárias. Diante disso e levando em consideração as diretrizes da VIII Conferência Municipal da Saúde, os líderes políticos do município iniciaram o processo de municipalização da saúde em Juiz de Fora através da elaboração do plano municipal da saúde, que propunha, com base no artigo 121, inciso 3, a participação da sociedade nos processos decisórios referentes à política de saúde.

Neste sentido, a Lei orgânica municipal representa um considerável avanço à medida que considera a “participação, em nível de decisão local de entidades representativas de usuários e profissionais da saúde, na formulação, gestão e controle da Política Municipal e das ações de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde” (Lei Orgânica Municipal de Saúde, 1990, p.23).

Em 1991, foi criada a proposta de lei de formulação do Conselho Municipal de Saúde, resultado da articulação entre lideranças comunitárias, profissionais da área e governo. Deste modo, em maio de 1992, a Lei Municipal nº 8.076 legitima a criação do conselho como instância máxima no processo de planejamento, gerenciamento e avaliação da política municipal de saúde.

Apesar de ter sido impulsionado por uma exigência legal, o Conselho Municipal de Saúde/JF contou com a participação de técnicos, governos e lideranças

comunitárias, todos comprometidos com os princípios do SUS. Ainda em maio de 1992, a Lei 8076 nomeia o secretário municipal de saúde como presidente do conselho de forma obrigatória, porém a lei é alterada com a publicação da lei 8855, de maio de 1996, passando o secretário a ser membro do conselho.

Em seguida, também em 1996, pela lei 8.860, foram criados o cargo em comissão de Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde e o cargo de Ouvidor Municipal de Saúde, que, inicialmente, seria ocupado por um membro do segmento dos usuários, porém o regimento atual fundamenta que este cargo deverá ser assumido através de eleição, para mandato de 2 anos, nomeado pelo executivo municipal.

Em 1997, com a aprovação do conselho municipal, foi feito o segundo plano Municipal da Saúde, tendo o município assumido a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal, regido pela norma operacional 01 de 1996.

Portanto, com base no levantamento histórico, pode-se inferir que o conselho Municipal é atuante, tendo frequência em reuniões e sendo influente na realização de conferências e eventos de saúde e no apoio administrativo à secretaria municipal de saúde, tanto na formulação e implementação, quanto na avaliação das políticas municipais de saúde.

5.1.1 Questões estruturais e normativas do conselho

De acordo com a Constituição de 1988, o CNS é a instância máxima de deliberação do SUS, operando como mediador entre a sociedade civil e o governo, tendo como missão a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde.

Já os Conselhos municipais de Saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo do arcabouço político-institucional do SUS, que rompe com as formas mais tradicionais de gestão, e tem como objetivo ampliar os espaços de decisão e ação do poder público (KRUGER, 2000). Entretanto, para o alcance dos objetivos propostos, faz-se necessário seguir determinadas normas e legislações que cercam e delineiam o funcionamento, a organização e as competências desses espaços deliberativo – participativos.

Em se tratando especificamente do conselho de saúde de Juiz de Fora- MG, as principais normas que o cercam podem ser visualizadas no Quadro 3, a saber: Lei 8080/90, que fundamenta os preceitos do SUS, Lei 8142/90, Lei Complementar 141 de 2012, que estipula valores mínimos a serem aplicados pelos entes da federação.

Vale ressaltar que o conselho também é respaldado por leis municipais, destacando-se a Lei 8076/92, que dispõe sobre a criação do conselho municipal de Juiz de Fora; a Lei 8855/96, que altera a lei 8076; a Lei 8860, que altera a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde; a Lei 8926/96, que cria o fundo municipal de assistência social; e a Lei 10.061/01, que visa a garantir a participação social do profissional de assistência social no conselho de saúde.

Quadro 3. Legislação nacional e municipal do conselho de saúde de Juiz de Fora - MG

LEGISLAÇÃO	
LEIS NACIONAIS	
<u>Lei Complementar 141</u> <u>13/01/2012</u>	Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
<u>Lei 8.080</u> <u>19/07/1990</u>	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
<u>Lei 8.142</u> <u>28/12/1990</u>	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
LEIS MUNICIPAIS	
<u>Lei 10.061</u> <u>19/10/2001</u>	Dispõe sobre a alteração do § 5.º do art. 3.º da Lei n.º8076, de 11 de maio de 1992, visando garantir a participação de representante do Serviço Social no Conselho Municipal de Saúde.
<u>Lei 8926</u> <u>20/09/1996</u>	Saúde e Saneamento. Cria o Fundo Municipal de Assistência Social e dá outras providências.
<u>Lei 8860</u> <u>21/05/1996</u>	Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Administração e dá outras providências.
<u>Lei 8855</u> <u>13/05/1996</u>	Altera LEI Nº 8076, de 11/5/1992
<u>Lei 8076</u> <u>11/05/1992</u>	Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Vide: LEI 8855.

Fonte: Site do conselho de Saúde de Juiz de Fora (2015). <<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/>>

Além das normas operadas pelas leis nacionais e municipais, cada conselho é responsável por organizar seu regimento interno no qual pautará suas atividades e atribuições.

Em relação à estrutura de funcionamento do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, o Art 2º reforça a finalidade de atuar na formulação, implementação e controle das políticas de saúde do município.

Em relação à sua composição e às formas de representatividade dos membros, o conselho é composto de forma paritária, sendo que 50% dos votantes representam o setor usuários e os outros 50% se subdividem entre membros do governo, prestadores de serviços e entidades que atuam na área. Em relação ao número de membros, cada conselho define seu número por meio do seu regimento interno. O conselho de saúde de Juiz de Fora comporta atualmente 54 membros efetivos e 55 suplentes. Vale destacar que os membros suplentes podem participar de todas as reuniões, sejam elas ordinárias ou extraordinárias, porém só terão direito a voto nos processos deliberativos em que os membros efetivos não estiverem presentes.

Além deste conselho, o município agrega 12 conselhos regionais de Saúde a que se ajuntam outros 37 conselhos locais de saúde. Os Conselhos Locais funcionam como instâncias de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador, tendo como principal função ampliar o controle social no âmbito do município, envolvendo um maior número de entidades (Igrejas, Associações, Sociedade Organizada) para ampliação de proposições, acompanhamento e fiscalização da Política de Saúde no município. Além disto os conselhos locais e os conselhos regionais de saúde atuam no acompanhamento e avaliação das atividades das unidades básicas de saúde e os serviços prestados à população; participando da elaboração e aprovação do Planejamento Local de Saúde; da organização da Conferência Local de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde.

5.1.2 Funcionamento do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora - MG

Nesta seção, será apresentada uma descrição do funcionamento do conselho de saúde de Juiz de Fora- MG com base nas categorias propostas nos procedimentos metodológicos segundo análise minuciosa das atas e do regimento interno que conduz o respectivo órgão.

As informações contidas neste tópico priorizam representar numericamente os assuntos mais debatidos pelo conselho. A Tabela 1 apresenta o número de reuniões que ocorreram no conselho nas gestões analisadas. De acordo com o regimento interno do conselho, deve haver no mínimo uma reunião ordinária a cada mês, sendo que, quando se fizer necessário, serão convocadas reuniões extraordinárias.

Tabela 1. Número de reuniões do CMS/JF por gestão

Gestão	Ordinárias	Extraordinárias	Total
(01) Gestão 2004-2005	35	19	54
(02) Gestão 2006-2008	23	14	37
(03) Gestão 2008-2010	30	9	39
(04) Gestão 2010-2012	35	11	46
(05) Gestão 2012-2014	34	6	40
(06) Gestão 2014- 2015	27	3	30
Total	184	62	246

Fonte: Resultados da pesquisa (2015).

Como pode ser observado, o conselho teve em média pelo menos uma reunião ordinária por mês, ao considerar os recessos que podem acarretar a não realização das reuniões. No decorrer dos 12 anos analisados, o conselho de municipal de saúde de Juiz de Fora teve recessos nos meses de dezembro e junho. Vale ressaltar ainda que ocorreu um número significativo de reuniões extraordinárias no CMS/JF. Neste tipo de reunião, geralmente são discutidos assuntos que têm urgência para serem deliberados e que por questões de tempo não foram votados em sessões anteriores. Este cenário relativo ao número expressivo de reuniões ordinárias e extraordinárias vai ao encontro do que diz Olson (1999, p.39) sobre os pequenos grupos: “Independentemente da sua composição, grupos menores têm custos de transação menores, sendo mais eficientes que os grupos grandes.”

Um acontecimento grave identificado em muitos Conselhos Municipais se refere à ocorrência de reuniões ordinárias sem quorum. Abrucio (2002) denomina este fenômeno como sendo um “pacto homologatório”, onde ocorrem relações clientelistas entre o Executivo Local e os órgãos deliberativos, tais como os conselhos. No caso do conselho de saúde de Juiz de Fora, nos 12 anos analisados, nenhuma reunião foi realizada sem quorum, demonstrando o comprometimento dos conselheiros para com os assuntos do conselho.

Com respaldo nas atas estudadas, pode-se observar que foram colocados em pauta 765 assuntos relacionados às seguintes categorias de análises no decorrer dos

12 anos e das 6 gestões analisadas, a saber: Políticas Públicas, conselho e conselheiros, fiscalização da gestão municipal e gestão do SUS.

Observa-se, na Tabela 2, que o assunto mais em pauta no CMS/JF estava relacionado à fiscalização da gestão municipal da saúde, cujos assuntos mais colocados em pauta foram os orçamentos para a saúde e questões referentes à construção de unidades de Atendimento em Saúde (UPAS) e repasse de verbas a hospitais filantrópicos do município. Destaca-se que assuntos relacionados a comissões de conselheiros para fiscalização da gestão municipal são outro tema muito em pauta nas reuniões.

Tabela 2. Pauta por gestão

Categorias	Gestão(01)	Gestão(02)	Gestão(03)	Gestão(04)	Gestão(05)	Gestão(06)	Total
1- Políticas Públicas de saúde	5	3	2	5	16	6	37
2- Conselho e conselheiros	82	67	66	74	13	28	330
3- Fiscalização da Gestão Municipal	75	79	85	63	51	28	381
4- Gestão do SUS	11	1	3	1	1	-	17

Fonte: Resultados da pesquisa (2015).

A categoria 1 relaciona-se com as discussões acerca de políticas públicas de saúde, que abordam temas relacionados a programas de governo a nível nacional e estadual. Cabe destacar que políticas e programas de ações municipais foram inseridos na Categoria 3 (Fiscalização da Gestão Municipal). A Tabela 3 apresenta estas informações.

Tabela 3. Categoria 1 – Pautas relacionadas às Políticas Públicas de Saúde

Subcategorias					
Gestão			2.i Programas governamentais	2.ii Discussões sobre Políticas de saúde	Total
(01)	Gestão	2004-2005	09	17	26
(02)	Gestão	2006-2007	12	14	26
(03)	Gestão	2008-2009	18	22	40
(04)	Gestão	2010-2011	09	18	27
(05)	Gestão	2012-2013	23	16	39
(06)	Gestão	2014-2015	12	13	25
Total			83	100	183

Fonte: Resultados da pesquisa (2015).

Pelo seu caráter deliberativo, a discussão acerca da formulação e avaliação de políticas públicas a nível local é um dos pontos fortes de um Conselho Municipal de Saúde. Como pode ser observado na Tabela 3, discussões sobre este tema são feitas no CMS/JF. Esta tabela mostra a importância dada pelo conselho a assuntos ligados às políticas públicas de saúde tanto a nível local quanto estadual e nacional, pois são discutidas tanto políticas com abrangência municipal quanto com abrangência nacional, sendo os planos e as discussões sobre políticas públicas de saúde do município os assuntos que mais se destacam nesta categoria. Em se tratando especificamente das duas categorias, a gestão 2012-2013 foi a que mais trabalhou com as pautas dos programas governamentais, que, na análise deste estudo, comportam as Políticas Públicas a nível nacional. Já a gestão 2008-2009 foi a que mais pôs em pauta temas relacionados à discussão de políticas públicas, que, no universo de análise deste trabalho, comportou os assuntos relacionados a políticas públicas a nível local. A Tabela 4 mostra a categoria 2.

Tabela 4. Categoria 2- Pautas relacionadas ao conselho e aos conselheiros

			Categorias e subcategorias			Total
Gestão			2.i ¹ Capacitação de conselheiros	2.ii ² Participação em eventos	2.iii ³ Conselhos e comissões de saúde	
(01)	Gestão	2004-2005	9	6	13	28
(02)	Gestão	2006-2007	8	11	22	41
(03)	Gestão	2008-2009	8	12	11	31
(04)	Gestão	2010-2011	12	10	14	36
(05)	Gestão	2012-2013	10	9	17	36
(06)	Gestão	2014-2015	7	8	10	25
Total			54	56	87	197

Fonte: Resultados da pesquisa (2015).

O assunto mais frequente, como pode ser observado, está relacionado à formação de comissões de saúde, subcategoria 2.iii, que são constituídas com intuito de fiscalizar a gestão pública municipal, controlando e auxiliando no monitoramento das políticas públicas a nível local. A segunda subcategoria mais trabalhada pelo conselho municipal de Juiz de Fora diz respeito à participação em eventos, que comportam eventos relacionados às políticas públicas de saúde no município. Por fim, na categoria 2, o assunto menos abordado pelo conselho foi a subcategoria capacitação dos conselheiros, em que são discutidos assuntos referentes a programas de treinamento e desenvolvimento dos conselheiros como forma de dar sustentáculo aos representantes nos momentos de deliberação.

A Tabela 5 apresenta a Categoria 3. Neste aspecto, são apresentados assuntos referentes ao monitoramento das unidades de saúde, fiscalização da gestão da secretaria de saúde e o controle orçamentário de recursos do município.

Tabela 5. Categoria 3- Pautas relacionada à Fiscalização da Gestão Municipal da Saúde

			Subcategorias			
Gestão			3.i Orçamentos para a saúde	3.ii Gestão da Secretaria Municipal	3.iii Conferências Municipais	Total
(01)	Gestão	2004-2005	8	18	9	35
(02)	Gestão	2006-2007	6	24	10	40
(03)	Gestão	2008-2009	7	29	7	43
(04)	Gestão	2010-2011	11	31	8	50
(05)	Gestão	2012-2013	9	21	6	36
(06)	Gestão	2014-2015	9	23	9	41
Total			50	146	49	245

Fonte: Resultados da pesquisa (2015).

Observou-se nesta tabela que o Conselho Municipal se mantém em constante monitoramento quanto à gestão da Secretaria Municipal de Saúde (categoria 3.2). Este fato pode ser considerado um ponto positivo para o conselho, já que, pelo que pode ser notado através das atas, o poder executivo local, apesar de ser uma peça importante na gestão da saúde, não consegue agir individualmente, sem a participação do conselho, isto porque o conselho supervisiona constantemente a secretaria municipal, influenciando sobremaneira na tomada decisão quanto às políticas públicas do município.

A segunda subcategoria mais presente nas reuniões do CMS/JF diz respeito aos orçamentos municipais para a saúde, que são discutidos anualmente no conselho. Por último, na terceira categoria de análise, o assunto menos debatido, porém trabalhado pelo conselho, está relacionado às conferências de saúde, que acontecem anualmente, contando com o apoio e o monitoramento do conselho para sua realização. A Tabela 6 apresenta a Categoria 4.

Tabela 6. Categoria 4- Pautas relacionadas à Fiscalização da Gestão do SUS

			Subcategorias		
			4.i	4.ii	
Gestão			Criação de novas unidades de saúde	Melhoria nas unidade de saúde	Total
(01)	Gestão	2004-2005	8	12	20
(02)	Gestão	2006-2007	8	25	33
(03)	Gestão	2008-2009	7	19	26
(04)	Gestão	2010-2011	9	12	21
(05)	Gestão	2012-2013	6	11	17
(06)	Gestão	2014-2015	5	18	23
Total			43	97	140

Fonte: Resultados da Pesquisa (2015).

Observou-se que a subcategoria Melhorias das unidades de Saúde foi o assunto mais discutido nesta categoria, durante as seis gestões analisadas, sendo a gestão 2006-2007 a que mais abordou o assunto. Em relação à segunda subcategoria mais trabalhada, cabe destacar a gestão 2010-2011, a que mais colocou em pauta a criação de novas unidades. Pode-se identificar uma nítida predominância dos temas relacionados à organização da composição física das unidades de Pronto Atendimento (UPAs), assumindo uma política que privilegia a assistência em detrimento de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças.

Por fim, ficou nítido que as decisões provenientes das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho são homologadas e divulgadas pelo site oficial do conselho, possibilitando à população ou mesmo aos membros do Conselho o acompanhamento das deliberações. A análise explorada neste estudo sugere que a Gestão do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora se centra na predominância de aprovações de projetos que tangenciam a prestação de serviços assistenciais, sem que seja visualizado poder de agenda que influencie na proposição e elaboração de políticas de saúde para o setor e para o município. Este capítulo teve como objetivo

levantar e divulgar as questões relativas ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, expondo os principais assuntos tratados na pauta, buscando o fortalecimento do controle social, um dos objetivos inerentes ao processo representativo.

5.2 Perfil e atuação dos conselheiros municipais de saúde

5.2.1 Perfil dos conselheiros

Em relação ao perfil dos conselheiros, pode-se perceber que, no CMS de Juiz de Fora- MG, a distribuição revela grande maioria masculina em termos percentuais, uma vez que 73% dos conselheiros são do sexo masculino e 27%, do sexo feminino. Um volume desequilibrado entre homens e mulheres, mostrando que, nestas instâncias de democracia participativa, ainda prevalece a participação masculina, entretanto seria ideal a igualdade de gêneros.

Conway, Steuernagel e Ahern (2005) relatam que a subrepresentação das mulheres é consequência direta da associação do gênero com o espaço doméstico, ao passo que o gênero masculino ainda é muito associado ao espaço político.

De acordo com os resultados da pesquisa, o Gráfico 1 revela que os conselheiros do CMS apresentam médio grau de escolaridade. Em sua maioria, têm o ensino médio completo (41%). Entre os demais, 28% têm o superior completo, revelando que, entre os conselheiros analisados, a média de escolaridade é média se comparada a outros conselhos. Dos demais, 8% têm mestrado e apenas 3% têm somente o ensino fundamental.

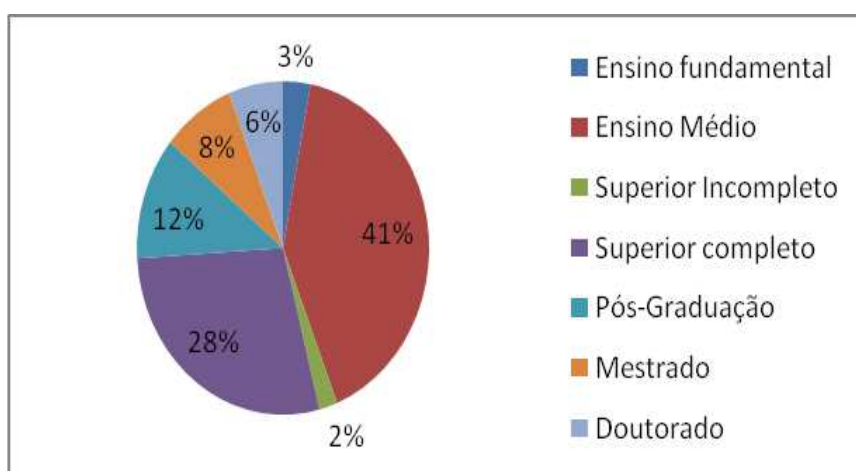


Gráfico 1. Escolaridade dos conselheiros

Fonte: Resultados da pesquisa.

Comparando os segmentos representativos no conselho, é perceptível a desigualdade a nível de escolaridade entre o segmento dos usuários e os demais segmentos. Isto porque, de acordo com as informações obtidas, os representantes dos usuários têm o menor nível de escolaridade, sendo que nenhum entrevistado tinha mestrado ou doutorado, sendo a sua escolaridade dividida entre os níveis fundamental e médio, na sua maioria.

Para Milbrath (1972), quanto maior o nível de escolaridade de um representante, maiores são seus níveis de informação e capacidade de contribuição nos momentos de deliberação, à medida que cidadãos instruídos se sentem mais à vontade para participar de espaços participativos, expondo suas opiniões e influenciando o governo.

Em continuidade, é perceptível, pelo Gráfico 2, a predominância de conselheiros que se declaram de cor branca e amarela, 43% e 38%, respectivamente. Dos demais entrevistados, 7% se consideram pardos e 12% afirmam ser pretos. Vale ressaltar que as opções de cor disponíveis no Gráfico 2 foram fundamentadas na tipologia adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo Demográfico 2010.

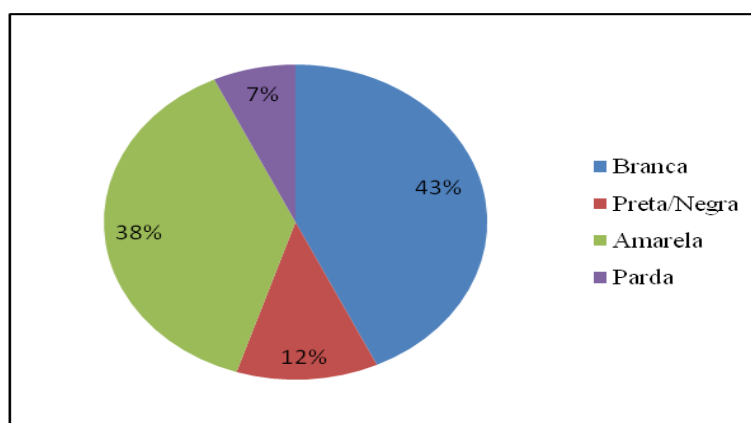


Gráfico 2. Cor/raça dos conselheiros

Fonte: Resultados da pesquisa.

Em relação à faixa etária (idade), no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora- MG existe uma predominância de conselheiros com idade superior a 60 anos,

48% do total de entrevistados. Outra parcela significativa, 40%, é composta por pessoas pertencentes à faixa etária entre 41 e 60 anos. As outras opções possíveis para as faixas etárias de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos comportam 3% e 9% dos conselheiros entrevistados, respectivamente.

Em relação à religião, 55% dos conselheiros entrevistados declararam ser católicos, 28% afirmaram ser evangélicos, 11% pertencentes à religião espírita e uma pequena parcela, 6%, é de ateus.

A renda familiar foi questionada por meio de faixas etárias. A renda mensal dos conselhos de saúde do município em análise é superior à renda média das famílias brasileiras, que é de R\$ 2.763,47 (IBGE, 2010c).

De acordo com as informações obtidas, 51% dos conselheiros comportam faixas de renda superiores à média de renda mensal das famílias brasileiras. Isto porque 32% afirmam ter renda entre R\$ 2.801,00 e R\$ 4.000,00 reais, 15% declaram renda entre R\$ 4.000,00 e R\$ 7.000,00 e 4% chegam a obter vencimentos superiores a R\$ 7.000,00 reais. Dos demais, 27% estão abaixo das médias e outros 22% afirmam estar numa faixa de renda que engloba a média nacional. Essas informações seguem no Gráfico 3.

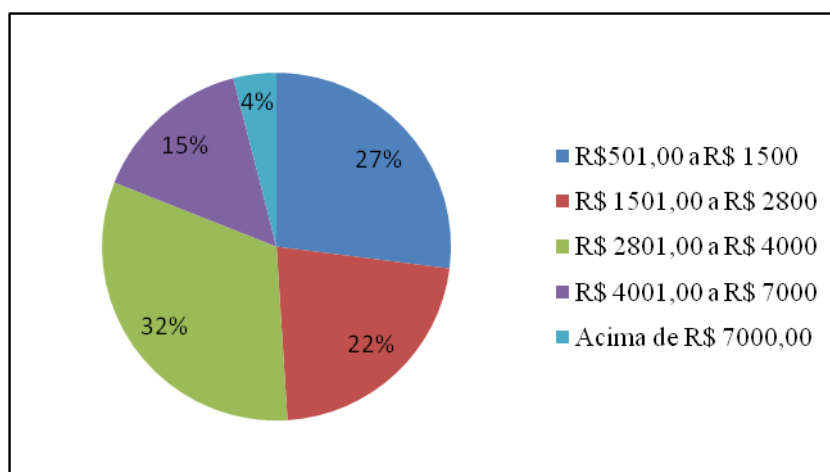


Gráfico 3. Renda familiar mensal

Fonte: Resultados da pesquisa.

Os resultados obtidos no conselho de saúde de Juiz de Fora confirmam pesquisas que apontam os conselhos de saúde como espaço dotado de um perfil de elite, em que as características dos representantes delineiam uma espécie de elite

participativa, com nível socioeconômico superior ao dos representantes de conselhos de outras áreas que não a da saúde (SANTOS Jr., AZEVEDO e RIBEIRO, 2004; FUKS, PERISSINOTO e SOUZA, 2004; TATAGIBA, 2002).

5.2.2 Atuação dos conselheiros de saúde

Em relação ao perfil de atuação dos conselheiros, foi analisado inicialmente o tempo que cada representante atua no conselho. Observa-se, no Gráfico 4, que, entre os conselheiros, 40% atuam no conselho entre 6 anos e 10 anos, enquanto 30% detêm um tempo de representação superior a 10 anos.

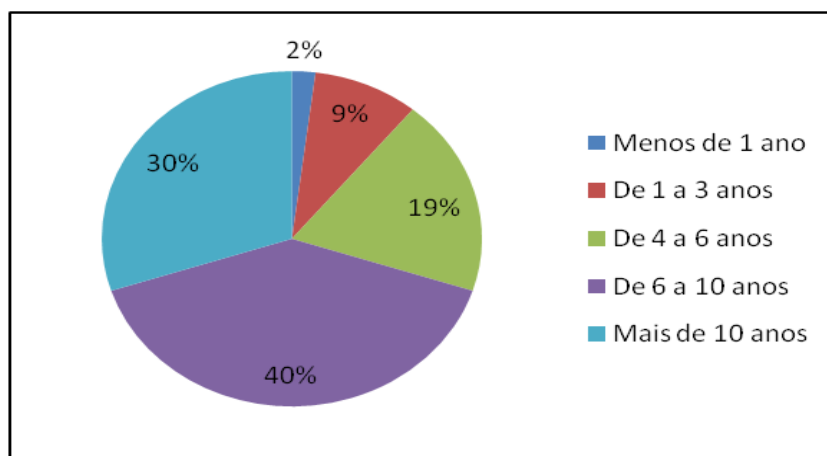


Gráfico 4. Tempo de atuação no conselho

Fonte: Resultado da pesquisa.

Dos conselheiros do CMS que responderam ao questionário, a grande maioria (86%) considera o número total de conselheiros que compõem o conselho como satisfatório ou muito satisfatório. Em relação às formas de escolha dos conselheiros, 67% dos entrevistados consideram satisfatória as formas de escolha dos membros do conselho, 22% consideram pouco satisfatória e apenas 11% marcam a opção não se aplica.

Em relação aos interesses defendidos pelos conselheiros nos momentos de deliberação, o Gráfico 5 revela que a maioria dos conselheiros (46%) responde que o interesse que defendem em primeiro lugar é o interesse de toda a comunidade, ou seja, buscam a coletividade, o bem comum da sociedade. Uma parcela significativa

dos representantes, 32%, afirma representar os interesses do setor que representam, 10% buscam os interesses da instituição e apenas 4% representam interesses pessoais.

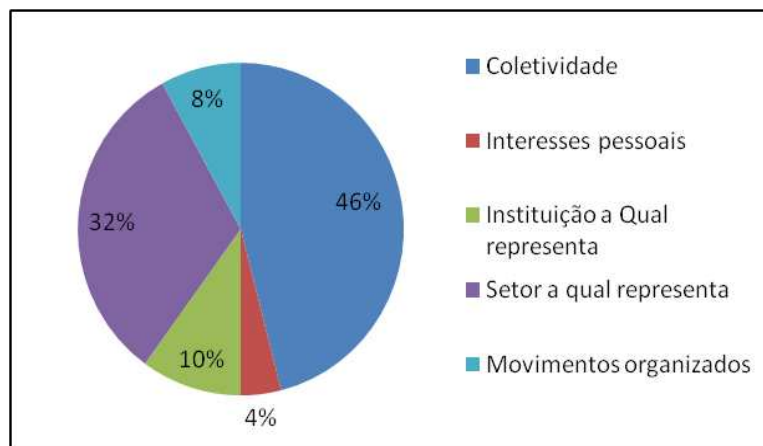


Gráfico 5. Avaliação dos interesses defendidos pelos conselheiros

Fonte: Resultados da pesquisa.

Quando questionados sobre a existência ou não de base de apoio durante o exercício do mandato como representante, 91% afirmam ter bases de apoio, ou seja, 32 conselheiros de um total de 35 respondentes. Apenas 9% dos conselheiros afirmam não ter base de apoio.

Em relação ao contato com as bases de apoio, Gráfico 6, quase todos os conselheiros têm contato com suas respectivas bases de apoio, sendo que 43% deles sempre buscam auxílio da base, 31% afirmam manter contato com frequência, 18% entram em contato às vezes e apenas 6% afirmam procurar sua base de apoio muito raramente.

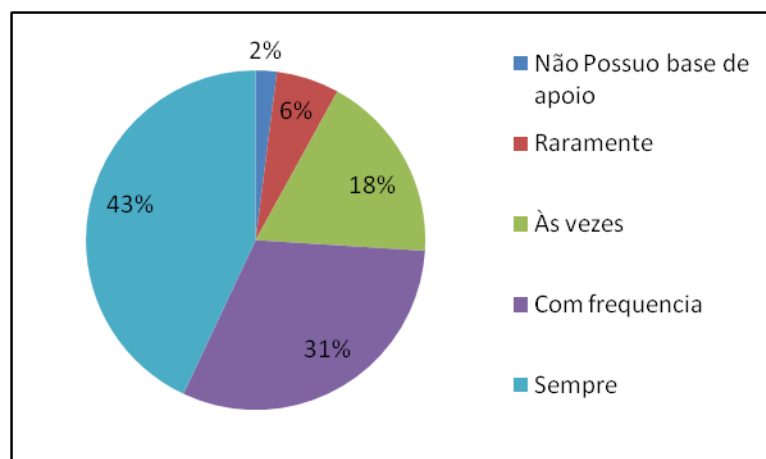


Gráfico 6. Avaliação da frequência de contato com a base de apoio

Fonte: Resultados da pesquisa.

No CMS/JF, os representantes dos usuários, dos prestadores de serviços em saúde e das instituições, em sua maioria, 52%, 66% e 77%, respectivamente, admitem sempre levar a pauta para discussão na entidade ou setor que representam para que se decida a posição a ser adotada de forma a satisfazer os desejos da maioria, ou seja, buscam o bem coletivo, mesmo que de forma individual, no interior de cada grupo.

De acordo com Tatagiba (2002), a relação entre representantes e representados deve ser pauta numa via de mão dupla, uma vez que os conselheiros tem obrigação em discutir e proporcionar um feedback dos assuntos deliberados no conselho para os representados e entidades a qual representa. Ainda te acordo com Tatagiba (2002, p.65), “*a falta de uma posição previamente debatida entre os representantes governamentais e seus órgãos pode levar este segmento a assumir posicionamentos pessoais, sem qualquer garantia de serem cumpridos pela instituição*”.

Quando questionados sobre as formas de contato com as bases de apoio (Gráfico 7) observa-se frequentemente a realização de reuniões pessoais, opção marcada por 41% dos entrevistados, seguidas de conversas pessoais, opção de 38% dos conselheiros. Uma pequena parcela de representantes afirma utilizar de e-mail e telefonema como ferramentas de interação com os representados, 12% e 9%, respectivamente.

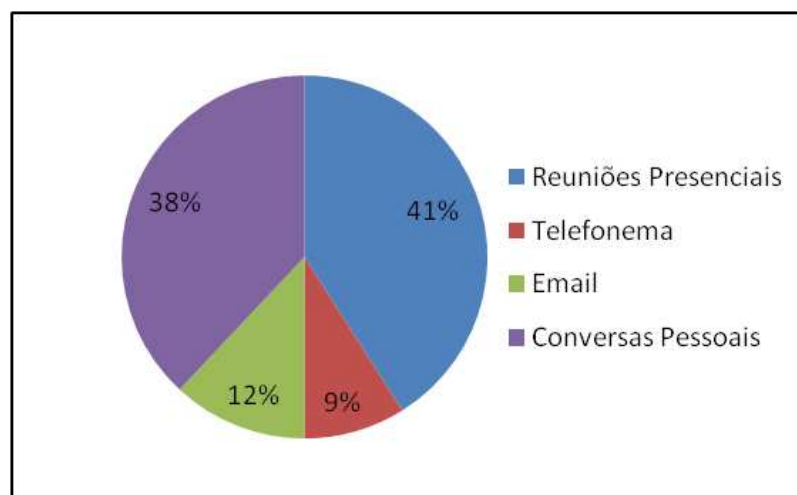


Gráfico 7. Avaliação quanto às formas de contato com a base de apoio

Fonte: Resultado da pesquisa.

Por fim, o perfil de atuação dos Conselhos na percepção dos conselheiros, apesar de eficientes, apresenta dificuldades de naturezas distintas, pois 20,8% declararam falta de capacitação dos membros. Dos demais, 43,2% disseram que os gargalos que implicam a efetividade da atuação estão ligados à falta de cumprimento das deliberações do Conselho por parte do executivo municipal, faltando, para os conselheiros, dar mais credibilidade ao conselho. Porém, 36% dos entrevistados afirmam que o governo local partilha o poder, sendo este um sinal de efetividade do processo representativo, pois a decisão final relacionada a demandas públicas não está centralizada somente nas mãos do executivo local.

5.3 Perfil associativo dos conselheiros e o processo de representação

5.3.1 Trajetória Associativa

Buscou-se, por meio desses resultados, identificar e analisar como a participação dos conselheiros em outros espaços públicos de participação social interfere no processo de representação, uma vez que se acredita que a existência de um tecido associativo denso, com atores que têm maior formação educacional e/ ou participação em organizações associativas, apresenta maiores competências para interferir nos processos deliberativos no interior do conselho. Diante disso, foram identificados o número de gestões nas quais o conselheiro já foi membro e a atuação do conselheiro em outros espaços de participação (Gráfico 8).

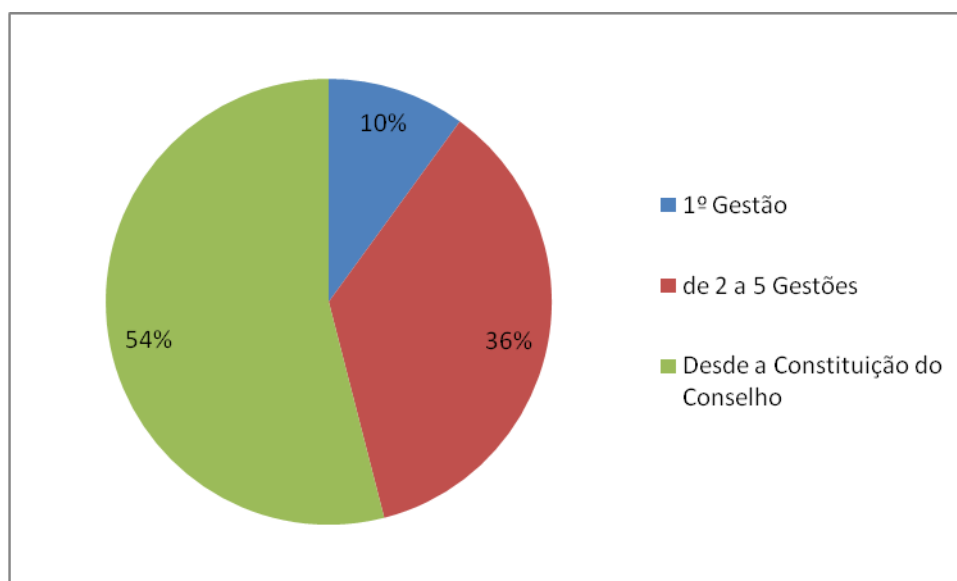


Gráfico 8. Número de gestões em que o conselheiro foi representante

Fonte: Resultados da pesquisa (2016).

A maioria dos conselheiros municipais de saúde entrevistados (53%) está no conselho desde a sua criação em 1991. Dos demais, 36% atuam como representantes há mais de uma gestão e apenas 10% estão no conselho desde a última gestão. Estes dados evidenciam certa perpetuação de conselheiros no processo de representação. São atores com experiência de participação política anteriores ao engajamento nas questões políticas devido à falta de comprometimento do executivo municipal com a gestão participativa. De acordo com Stralen (2013), existe um conjunto de fatores que podem contribuir para mandatos de longo prazo, que vão desde a baixa participação da sociedade nas atividades do conselho até a falta de estrutura e organização de algumas entidades representativas.

Os conselheiros municipais de saúde do município de Juiz de Fora tiveram trajetórias associativas muito semelhantes, encontrando-se experiências em espaços dotados de alguma especificidade funcional e de certa institucionalidade, tais como partidos políticos, conselho comunitário de saúde (CCM), conselhos locais, associações de bairro, ou seja, no que tange à trajetória e inserção na política de saúde municipal, observou-se, pela fala dos entrevistados, predominância de três tipos de experiências de participação, a saber: militância em partidos, sindicalismo e associativismo comunitário.

De acordo com Oliveira (2000), a inserção dos representantes conselhistas em outras instâncias de participação permite maior comunicação e interação com o mundo político, agregando experiências pelo convívio com outros atores, tais como administradores públicos e políticos, fazendo como que adquiram o domínio e o conhecimento das diferentes regras e fluxos que regem a administração pública.

Dos membros do conselho entrevistados, 71% já atuaram, além do Conselho Municipal de Saúde, nas entidades que representam, nos conselhos locais de saúde e em outros grupos, como, por exemplo, partidos políticos e associações de bairros (Gráfico 9).

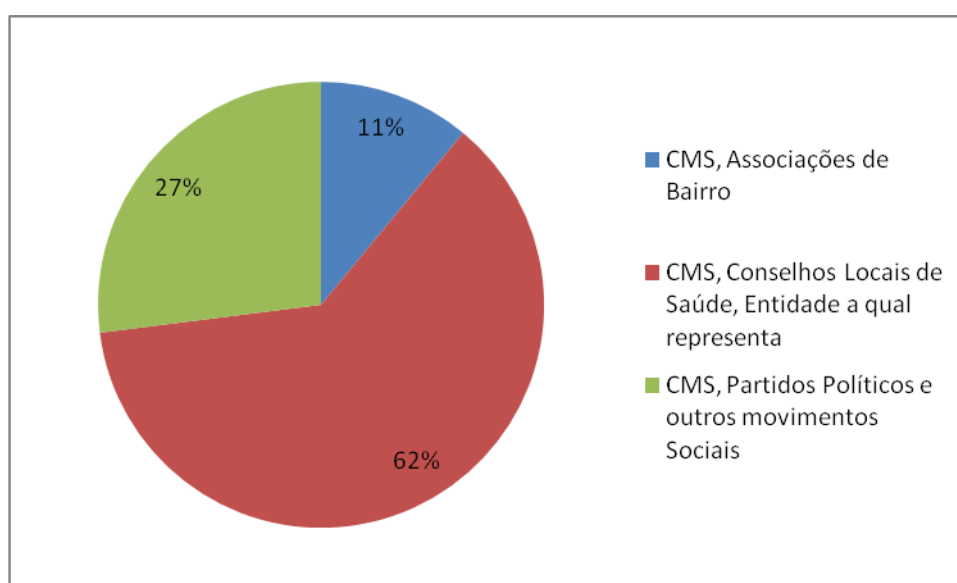


Gráfico 9. Atuação dos conselheiros municipais em outros espaços de participação social

Fonte: Resultados da pesquisa (2016).

Cabe destacar ainda que 87% dos conselheiros municipais de saúde entrevistados atuam há mais de 10 anos em outras instâncias participativas tais como partidos políticos, conselhos locais de saúde, organizações sociais, associações de bairro e nas entidades as quais representa no conselho (Gráfico 8). Foi a partir dessas experiências que a maioria dos conselheiros de saúde de Juiz de Fora se inseriu na gestão da política de saúde municipal. Deste modo, pode-se concluir que os conselheiros se perpetuam na participação social no município, fato que interfere no processo de representação, à medida que o próprio processo de seleção das entidades

que irão atuar no conselho é afetado pela trajetória associativa e pela atuação dos agentes, fazendo com que detenham certas prioridades na escolha dessas associações, seja por características ideológicas, sociais ou políticas.

Outro ponto que merece destaque é a correlação existente entre as experiências de participação e inserção na política de saúde. Observou-se, através da fala dos conselheiros entrevistados, que muitos deles se inseriram no conselho municipal de saúde pelas suas experiências com sindicatos e associações de bairros, além da filiação em partidos políticos, fato já citado anteriormente. Assim, a trajetória associativa, marcada pelo envolvimento com a militância política e sindical, pode ser considerada elemento central na inserção dos conselheiros no conselho.

A maioria dos conselheiros entrevistados, 52%, já esteve ou está filiada a um partido político. Destes, 32%, além de filiados, estão engajados em questões político-partidárias no interior destas esferas e apenas 16% deles nunca foram filiados a nenhum partido. Para Bastos (2015), a participação dos representantes em outras instâncias participativas garante a capacitação do conselheiro pela vivência participativa, afetando diretamente o processo de representação, à medida que ele pode atuar por interesse partidário dentro do conselho no momento de deliberar e fiscalizar a gestão municipal de saúde. Ainda de acordo com Seidl (2009), a militância política é responsável por mudanças nas formas de pensar e agir politicamente, e isso traz o risco de que a militância se sobreponha aos próprios interesses da população, ou que o conselho se torne um espaço para alavancar interesses partidários.

Como consequência, temos várias práticas de representação nestes espaços, em que a qualidade democrática acaba dependendo mais da trajetória associativa ou do tipo de organização/vínculo do conselheiro do que dos mecanismos institucionais balizadores das ações de tais representantes, uma vez que a sociedade civil é um campo social permeado de diferenças, conflitos e desigualdades sociais em que a paridade numérica, característica dos conselhos de saúde, não corresponde à paridade política, dado que atores mais capacitados detêm maior poder de intervenção na hora de deliberar determinadas pautas (STANISCI, 1997).

A dificuldade de estabelecimento de uma representatividade expressiva de interesses sociais tem gerado questionamentos acerca dos critérios de escolha dos

representantes nos conselhos, tendo em vista que muitas entidades são escolhidas mais em função de sua competência do que de seus vínculos com suas bases e com seus representados (MORAES, 1998).

Diante disso, foram verificadas as formas de escolha dos representantes, ou seja, como se tornaram membros do conselho. A grande maioria dos conselheiros, 16 dos 19 entrevistados, foi indicada por membros da entidade que representam, sendo que os demais foram eleitos pelos membros das entidades que representam. Dos membros indicados, 10 conselheiros entendem que foram selecionados pela sua trajetória associativa no município, por terem participado do processo de municipalização da saúde e por terem experiências com representação política em outras instâncias participativas.

A pesquisa revela a existência de múltiplas formas de autorização da representação, visto que os conselheiros foram escolhidos, ora pela sua trajetória associativa, ou seja, pela participação em outros grupos sociais, partidos políticos, confirmando outros critérios utilizados pelas entidades para selecionar representantes que julgam serem os mais bem preparados, ora por eleição no interior das entidades que representam.

Os dados das entrevistas são sugestivos para o entendimento deste processo, como pode ser visto na declaração de um representante dos profissionais da saúde verificando situações em que os conselheiros atuam de acordo com sua trajetória, ideologia e experiência:

Na teoria, eu represento um conjunto de indivíduos, porém, na prática, muitas das vezes, levo em consideração minha vivência e conhecimento no momento de deliberar e fiscalizar, pois a própria entidade me indicou como representante pela minha capacidade de intervenção e conhecimento dos assuntos que tangenciam o conselho (Conselheiro representante dos profissionais da saúde - Juiz de Fora).

O tipo de representação social dos conselhos está estritamente vinculado à representação por entidades ou organizações sociais, sendo que a trajetória do indivíduo, critérios de conhecimento, envolvimento e vinculação com a área temática do conselho são fatores cruciais na escolha dos representantes (FREY, 2000).

No conselho de saúde de Juiz de Fora, a socialização, a participação em associações e organizações sindicais são fatores cruciais para a escolha dos representantes por parte das entidades, à medida que consideram as concepções e

experiências adquiridas nestes espaços cruciais para o processo de representação e deliberação no interior do conselho. Uma citação é sugestiva, neste sentido:

Fui escolhido pelas experiências que tenho como militante político. Já participei de associações de bairro, partidos políticos e fui muito atuante no conselho local de saúde da minha comunidade, por isso fui indicado para representar a população (Entrevistado E7, representante do setor de Usuários).

Para Lucmann (2009), o reconhecimento da trajetória e a experiência dos conselheiros geram um sentimento de confiança que diminui o controle desses representantes, ainda que estejam prestando contas de suas ações às entidades que representam. No conselho de saúde analisado, a participação e a representação não obedecem a critérios de universalidade na escolha dos representantes, a exemplo do voto universal, logo, não é de se estranhar a existência de um perfil de elite portadora de uma cultura associativa, com alto grau de escolaridade, de capacitação técnica e política, pela experiência em outras instâncias participativas. Deste modo, fazem-se necessárias a exigência de mecanismos de garantia de responsividade e a prestação de contas para a garantia da legitimidade desse tipo de representação, uma vez que estes representantes podem buscar representar o interesse da instituição que representam em detrimento dos interesses da população em geral (LUCHMANN, 2010).

Por fim, observou-se que o contexto de alto índice de associativismo tem contribuído para que o conselho de saúde de Juiz de Fora se caracterize como uma instância muito próxima do contexto político, com poder de influência na definição e planejamento da política municipal de saúde. Os dados desta pesquisa mostram que o engajamento com questões políticas em outras instâncias participativas impactaram positivamente no conhecimento e posicionamento dos conselheiros. Assim, representantes que atuam ou já atuaram em outras instâncias de participação apresentaram posicionamento de maior capacidade de realização de feedback social dos assuntos discutidos e votados no conselho para as entidades e setores que representam. Deste modo, a ligação a uma rede associativa, ou seja, a participação em outras instâncias que não somente no conselho, fornece elementos que garantem certo grau de autonomia, imprimindo um desempenho democrático mais rigoroso nesses representantes.

5.3.2 Feedback social

Nesta subcategoria, buscou-se identificar e entender como o conselheiro faz o repasse das pautas deliberadas no conselho para os representados e para as associações e entidades que ele representa. Conforme relatado anteriormente no Gráfico 5, a grande maioria dos conselheiros se reúne com suas bases de apoio, ou seja, as associações, entidades e representados, para discutir o que será colocado em pauta e também para prestar conta do que foi deliberado.

O controle social sobre as ações e decisões públicas é um elemento característico da democracia deliberativa e também uma imputação prevista na ordenação jurídica dos conselhos, que coloca em destaque sua natureza deliberativa e sua função de controle sobre as respectivas políticas (CUNHA, 2006).

Para Carvalho (1995), os conselhos têm maior capacidade de controle e fiscalização das políticas públicas do que poder de influenciar na sua agenda e elaboração, opinião compartilhada por Tatagiba (2002).

Os dados encontrados no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora corroboram esses estudos anteriores, à medida que o CMS exerce, em maior amplitude, a função de controle do que a de proposição na formulação da política municipal de saúde. A maioria dos conselheiros entrevistados tem a percepção de que o controle social prevalece nas suas atuações, ainda que exponham algumas dificuldades e restrições à sua própria capacidade de controlar todas as ações referentes à política municipal de saúde, porém, se mostram interessados e comprometidos em fazer o repasse de todas as informações aos representados e às entidades que representam, como mostram suas afirmações compiladas a seguir:

A intenção do conselho é mais para atuar pelo controle social, mas muitas das vezes este controle fica prejudicado pela dificuldade que o secretário de saúde tem para a prestação de contas (Entrevistado E1, representante do Setor de Usuários).

Eu procuro fazer o repasse de informações para a minha base de apoio, que é a entidade que eu represento. Nos reunimos periodicamente, para verificar as propostas da entidade e para prestar contas do que foi discutido no conselho (Entrevistado E2, representante dos prestadores de serviços).

Entretanto, dois dos entrevistados questionam essa capacidade do conselho de prestação de contas e feedback aos representados, por entender que o conselho tem como função principal homologar e não controlar:

Pra mim, essas informações e divulgações são obrigação da secretaria municipal de saúde, temos os conselhos locais de saúde para divulgação (Entrevistado E4, representante do setor de usuários).

Até que é feito o repasse das informações para as bases de apoio, mas estas reuniões não ocorrem com frequência. Quando vou ao conselho local ou à associação da minha comunidade, exponho o que foi relatado e decido nas reuniões. Quando tem alguma demanda deles, eu levo ao conselho, mas não é frequente (Entrevistado E5, representante do setor de usuários).

Percebeu-se que alguns conselheiros manifestaram dificuldades em exercer um controle e fazer repasse ao setor que eles representam quando são tratados no conselho assuntos referentes a aspectos orçamentários e financeiros da política municipal, em decorrência do pouco ou nenhum conhecimento sobre esses temas. Isso pode ser verificado na fala de um conselheiro, ao declarar que:

A minha formação limita meu entendimento quando o assunto é orçamento e finanças, por isso quando precisamos votar estes temas sempre procuro respeitar as opiniões dos colegas que entendem mais do assunto. Tenho colegas de conselho que repassam as informações mais precisamente para minha entidade (Entrevistado E12, representante do setor de Usuários).

Contudo, os dados da pesquisa revelam que a grande maioria dos conselheiros tem conhecimento da importância do feedback social e da troca de informação com as bases de apoio. Apesar de apresentarem algumas limitações próprias, a grande maioria dos relatos supracitados acima mostra preocupação dos representantes em levar para a sociedade os assuntos tratados no conselho, bem como receber as demandas da sociedade com um todo.

5.3.3 Conhecimento e posicionamento

Entender a importância do conselho, seus benefícios e o objetivo central do conselho municipal de saúde é característica essencial de um bom representante. Nesta subcategoria, buscou-se identificar se o representante tem conhecimento sobre

seu papel e qual concepção os conselheiros de saúde levam em consideração no momento de fiscalização, tomada de decisão e deliberação.

No CMS de Juiz de Fora, observou-se que a grande maioria dos conselheiros entrevistados tem bom entendimento a respeito dos objetivos e benefícios que o conselho gera para a política municipal de saúde. Através da fala dos entrevistados, é possível perceber que eles entendem o conselho como um espaço de caráter fiscalizador, que permite a oportunidade de controlar o dinheiro da saúde, monitorar a execução das ações da saúde, participar da formulação das metas para a saúde e acompanhar as verbas encaminhadas pelo SUS. Na visão dos conselheiros, o conselho tem como objetivo central fiscalizar o orçamento municipal da saúde, destinando as verbas que chegam ao município de acordo com critérios de prioridade, para que atendam de maneira mais eficiente possível a todos os bairros da cidade. Duas citações são sugestivas neste sentido:

O conselho é deliberativo, mas antes de deliberar qualquer matéria temos que entender e fiscalizar as ações da prefeitura municipal. Para aprovar um orçamento, por exemplo, temos que analisar com calma antes de votar (Entrevistado E7, Representante dos Usuários).

Na minha opinião, o conselho é um órgão de controle social, antes e depois das reuniões é importante o repasse das informações à entidade que represento. O Conselho propõe e discute onde e como os recursos serão destinados, fiscalizando a secretaria municipal de saúde (Entrevistado E19, representante dos prestadores de Serviço).

Essas afirmativas mostram que de maneira geral a maioria dos conselheiros entende o conselho como um espaço fiscalizador, que monitora as ações do poder público municipal para deliberação e encaminhamento eficiente dos recursos da saúde.

Outro ponto importante é a compreensão dos assuntos e da linguagem utilizada nas reuniões. Neste quesito, a maior parte dos conselheiros entrevistados no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora considera que os assuntos debatidos são compreendidos por todos. Destes, 55% consideram que os assuntos debatidos são entendidos plenamente e 45% afirmam que esse entendimento ocorre de maneira parcial, dado que determinados assuntos não são compreendidos facilmente por todos os membros do conselho. Para ilustrar esses resultados, seguem os depoimentos de dois entrevistados:

Normalmente tudo que é colocado em plenária já é de entendimento dos colegas de conselho, já estamos atuando nessa área há muitos anos e os assuntos tratados são sempre os mesmos, comissões, fiscalização, verbas para saúde (Entrevistado E19, representante do setor dos Prestadores de Serviços).

Nem tudo que é debatido é entendido por todos. Às vezes, algum conselheiro pede mais explicações sobre um determinado assunto, sabe como é, né, não tem como votar uma coisa que não se entendeu. Mas a maioria dos assuntos já é de conhecimento de todos (Entrevistado E7, representante dos usuários).

Como forma de entender o posicionamento dos conselheiros nos momentos de fiscalização e deliberação, um dos questionamentos feitos foi “se as entidades e categorias com maiores informações e conhecimento têm maior grau de influência nos debates no conselho”. A grande maioria dos conselheiros afirma que há sim respeito por aqueles têm maiores conhecimentos, concordando que existe uma relação entre informação e influência nos debates. Logo, a informação é um fator que afeta diretamente o posicionamento dos conselheiros na hora de fiscalizar e deliberar, à medida que, de acordo com relatos, eles acabam levando em consideração a opinião de quem detém mais conhecimento na hora de formar sua opinião e dar seu posicionamento. Os relatos dos entrevistados descrevem bem esse respeito para com os que detêm mais informação e conhecimento técnico, conforme exposto na seguinte fala:

No momento de deliberação, quando não tenho muito conhecimento do assunto, sempre peço explicação para os colegas mais entendidos. Às vezes tratamos de assuntos muito específicos que não são da minha área, daí precisamos da ajuda de outros membros para votar e fiscalizar com precisão (Entrevistado E19, representante dos Prestadores de serviço).

Os depoimentos dos entrevistados comprovam a fragilidade da representação no conselho de saúde por parte dos representantes menos capacitados tecnicamente, visto que o membro não detentor de conhecimento tem maiores dificuldades de articulação com a própria comunidade local. Desta forma, fica evidente que a falta de informação de alguns membros acaba criando dificuldades para que o conselho exerça seu papel social. Entretanto, os conselheiros asseguram se comunicar entre si na busca de informações e feedbacks dos assuntos sobre os quais têm pouco domínio. Uma citação é sugestiva neste sentido:

A falta de informação não prejudica o processo deliberativo porque nos reunimos sempre que alguém tem dúvida sobre algum assunto e procuramos trocar informações para tirar as dúvidas (Entrevistado E1, representante dos Usuários).

Em geral, pode-se perceber que os conselheiros entendem que o conhecimento e o posicionamento são fatores importantes para o bom desempenho das funções de representantes, e apesar das limitações, eles buscam se informar para fiscalizar e deliberar da melhor maneira possível. Através dos depoimentos, é possível verificar essa vontade de entender os assuntos para se posicionar de maneira eficiente, promovendo melhorias.

Por fim, este trabalho mostra um grande interesse dos conselheiros pela capacitação. Assim, acredita-se que o desenvolvimento de cursos e de treinamentos melhoraria o grau de instrução e a capacidade de intervenção e articulação com as comunidades locais, pois ainda se observa certo descompasso entre teoria e prática no conselho de saúde de Juiz de Fora.

5.3.4 Fiscalização

Neste tópico, será apresentada uma análise do conhecimento dos conselheiros sobre as formas de fiscalização do conselho na gestão municipal da saúde, buscando entender como são desenvolvidas as ações de monitoramento das políticas públicas municipais. Dessa forma, foi observado que a maioria dos conselheiros enxerga o conselho mais como um órgão com poder fiscalizador da gestão municipal do que proponente de políticas públicas. Entre as atividades mais fiscalizadas, estão: Diretrizes orçamentárias, Gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), relação municipal de medicamentos, Funcionamento das unidades básicas de saúde, fiscalização da gestão do SUS, Programas Governamentais de saúde (a nível federal, estadual e municipal), conferências municipais de saúde e construção/reforma de hospitais filantrópicos e da rede municipal.

Os conselhos concentram um número significativo de representantes responsáveis por fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do SUS no país, tendo como desafio central conciliar a competição e a articulação política e romper com o ciclo de injustiças sociais (OLIVEIRA, 2004). A lei orgânica da saúde, Lei nº

8080/90, define que os recursos financeiros da saúde devem ser depositados em conta especial, sendo sua movimentação fiscalizada pelos conselhos de saúde (BRASIL, 2003a).

De acordo com Oliveira (2004), o papel dos representantes do conselho consiste em efetivar o controle social, atuando na fiscalização operacional das políticas públicas, incluindo o controle orçamentário e financeiro. Assim sendo, no conselho de saúde de Juiz de Fora, fica evidente a importância do papel do conselheiro de saúde como fiscalizador das ações do poder público, conforme se vê no depoimento abaixo:

O meu papel como conselheiro é de extrema importância, pois os recursos financeiros destinados à saúde são alocados nas diferentes áreas da cidade de acordo com nossas ações. Por isso, é importante votar com consciência para alocar os recursos da melhor maneira possível (Entrevistado E5, representante do setor de Usuários).

Em Juiz de Fora, o acompanhamento da gestão financeira dos recursos municipais de saúde se revelou uma das principais atividades de fiscalização desenvolvidas pelo conselho. Este acompanhamento é respaldado pela Lei nº 8142/90, que preconiza que o conselho deve acompanhar e fiscalizar o desempenho das atividades financeiras (BRASIL, 1990b). Observou-se o comprometimento dos conselheiros no sentido de exigir do secretário municipal de saúde mais transparência no uso dos recursos públicos e nos critérios que determinavam a tomada de decisão. O depoimento de um conselheiro revela sua preocupação quanto à fiscalização dos gastos públicos municipais:

No conselho é votado o orçamento anual para a saúde, mas o gestor municipal deveria prestar mais conta dos gastos públicos no decorrer do ano para o conselho, acho que o conselho deveria ter também mais capacidade de intervenção e maior poder de fala na hora de separar o que será gasto em casa área (Entrevistado E4, Representante do setor dos usuários).

Outro ponto importante no que diz respeito ao monitoramento e fiscalização dos gastos públicos no conselho de Juiz de Fora é a avaliação periódica da gestão orçamentária, feita pelo conselho através da formação de comissões de orçamento, com o objetivo de acompanhar, monitorar e avaliar permanentemente o orçamento público municipal. Estas comissões são compostas de acordo com a capacidade e

conhecimento técnico do conselheiro sobre o assunto, assim, cada setor indica o representante que tem mais domínio sobre o tema. Os relatos dos entrevistados relatam bem essa preocupação com a avaliação, conforme exposto nas seguintes falas:

O nosso principal papel é o de monitorar, exigindo do secretário municipal a prestação de contas de tudo que tá sendo gasto, de como e onde o dinheiro vem sendo empregado (Entrevistado E19, representante dos Prestadores de Serviço).

O nosso principal objetivo é encaminhar o dinheiro para os setores e regiões do município que realmente precisam. Por isso, é importante avaliar os relatórios de gestão com bastante calma (Entrevistado E10, representante do setor de Usuários).

Segundo Oliveira (2004), cabe ao conselho de saúde auxiliar na formulação de estratégias para a saúde e no controle das políticas públicas municipais. De acordo com o que foi revelado pelos conselheiros e através da análise das atas do conselho, ficou clara a preocupação do conselho em fiscalizar se as metas impostas pela lei de diretrizes orçamentárias estão sendo cumpridas, auxiliando o poder legislativo na fiscalização da gestão municipal de saúde. Uma citação é sugestiva neste sentido:

O orçamento anual é avaliado pelo conselho, e tratado posteriormente pela comissão da área. Caso esteja tudo perfeito, aprovamos, se não, reavaliamos e solicitamos modificações, tudo para ser o mais eficiente possível (Entrevistado E11, representante do Setor dos Usuários).

Sendo assim, o conselho de saúde de Juiz de Fora se configura como importante mediador e fiscalizador no controle dos gastos públicos, fazendo prevalecer a justiça e a probidade na destinação dos recursos públicos do município. Além disso, os conselheiros mostram conhecimento da importância do seu papel para a adequada destinação dos recursos municipais, contribuindo para a partilha das informações e do poder de decisão com a sociedade, premissa central do controle social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre o conselho municipal de Juiz de Fora mostrou como a inserção em outros espaços de participação social, o conhecimento e posicionamento dos conselheiros, o feedback social e o processo de fiscalização interferem na dinâmica de funcionamento e representação no interior do conselho. Nessa direção, o conjunto de resultados apresentados e discutidos neste estudo revelou o importante papel do conselho para o estímulo e coordenação da participação social, oferecendo, em conjunto com o executivo municipal, formação de representações capazes de influenciar e colaborar na elaboração e implementação de mudanças nas políticas públicas municipais.

Respondendo à questão geral desse estudo - compreender o processo de representação no conselho e identificar elementos que interferem na intervenção dos conselheiros neste espaço institucional de participação social – pode-se concluir que o principal elemento influenciador na intervenção e atuação dos conselheiros municipais de Juiz de Fora é a vinculação dos representantes em outros espaços públicos de participação social, em que a grande maioria deles tem vínculos partidários e inserção em diferentes associações, e tem buscado participação no conselho em decorrência desses vínculos. A inserção dos conselheiros municipais em outros espaços participativos lhes possibilita ampliar as discussões no conselho, por trazer temáticas discutidas em outras instâncias e por suas intervenções apresentarem um acúmulo de experiências provenientes do domínio de outros discursos e conhecimento técnico de diferentes regras, potencializando suas proposições nos momentos de deliberação no conselho. Além disso, esse acúmulo de conhecimento dos conselheiros gera uma crescente assimetria na relação com os representados (feedback social), determinada pela capacidade de comunicação existente entre esses atores.

Em relação à primeira questão desse estudo – Analisar a estrutura, a dinâmica de funcionamento e as competências do CMS – a análise da estrutura e da dinâmica de funcionamento do conselho pesquisado aponta para alguns aspectos importantes para o campo do debate acerca da representação em saúde. O processo de institucionalização do CMS, objeto deste estudo, fortalece a participação e o controle social, o que pode ser confirmado ao se constatar que a composição do conselho está

de acordo com a legislação prevista. E apesar de a maioria dos conselheiros não ser eleita, mas indicada, as decisões e propostas são divulgadas à população e às bases de apoio (Entidades e Representados), e o plano municipal de saúde e o relatório de gestão são atualizados anualmente. Todos estes aspectos auxiliam a concreta e eficaz capacidade de intervenção dos conselheiros sobre as políticas e ações implementadas no município.

Com relação à segunda questão orientadora - Descrever o perfil dos conselheiros municipais de saúde de Juiz de Fora- MG e relacionar com a inserção dos mesmos em outros espaços de participação social; – pode-se aferir que parte dos representantes se situam em faixas salariais e educacionais mais elevadas que a média da população, sendo estes os conselheiros pertencentes aos representantes do governo e dos prestadores de serviço. Os representantes dos usuários se enquadram nas faixas salarias e educacionais mais próximas às médias da população nacional. Além disso, chegou-se à conclusão de que, no conselho de saúde de Juiz de Fora, há uma considerável preponderância masculina, de indivíduos maiores de 45 anos, casados, seguidores da religião católica, com média escolaridade, que recebem mais de cinco salários mínimos. Ainda foi identificado que a participação em outros espaços de participação social interfere no processo de representação, uma vez que se acredita que este acúmulo de experiências, aliado a formação educacional dos conselheiros apresenta maiores competências para interferir nos processos deliberativos no interior do conselho.

Em relação à atuação dos conselheiros, pode-se concluir que no conselho municipal de saúde há uma heterogeneidade nas intervenções dos representantes, pois os assuntos são diversificados, aumentando as possibilidades de intervenção, argumentação e articulação. Vale destacar que os representantes que conseguem intervir de maneira diferenciada, influenciando no processo deliberativo, são, na grande maioria, detentores de experiências em outros espaços que não somente nos conselhos, reproduzindo as experiências obtidas nas diferentes organizações as quais participaram, tais como, a tolerância para escutar, a construção de regras coletivas, o reconhecimento dos outros com iguais e da descentralização dos pontos de vista individuais e de grupos sociais que são questões inerentes à consciência de cidadania.

Em resposta à última questão desse estudo - Analisar a percepção dos conselheiros sobre a representação e o papel do Conselho Municipal de Saúde,

identificando o nível de conhecimento e sua interface na dinâmica de funcionamento do conselho – pode-se aferir que os conselheiros têm ideia de que a principal função do conselho é a de fiscalizar a gestão pública municipal. Além disso, identificou-se que a maioria dos conselheiros tem um bom nível de conhecimento em relação ao papel deliberativo do conselho, sendo que a capacidade técnica e o nível de informação dos mesmos são fatores que influenciam no processo de tomada de decisão nos momentos de deliberação e tomada de decisão, uma vez que se observou que os membros menos capacitados tecnicamente têm maiores dificuldades de articulação. Por fim a maioria dos conselheiros tem conhecimento da importância do feedback social e da troca de informações entre os representantes e representados.

Contudo, o Conselho de Saúde de Juiz de Fora se configura como um grupo intermediário que tem potencial para influenciar positivamente nas políticas públicas municipais, ainda que essa influência em muitas das vezes se restrinja a fiscalização e avaliação das políticas setoriais do município. Ademais, o conselho tem alcançado uma política consensual e efetiva através da geração de uma confiança por parte dos representantes envolvidos, que passam a buscar maneiras coerentes e reflexivas como base nas suas respectivas experiências de vida para a resolução dos conflitos, formando, desta maneira, uma cultura democrática no município.

Ainda vale ressaltar que, ao discutir os problemas encontrados nesta pesquisa, não se almejou minimizar a importância do CMS de Juiz de Fora para o município, mas sim identificar que as limitações estariam inibindo a concretização da representação de forma mais efetiva. Opostamente, o que se pretende é contribuir para que o conselho funcione como um instrumento de controle social e de transparência nas decisões e ações do executivo municipal.

O conjunto destas considerações indica que as circunstâncias em que o processo decisório se desdobra não podem ser reduzidas apenas à detenção de recursos dos representantes, mas deve atentar para fatores que influenciam no processo representativo. Neste trabalho, destacaram-se como elementos formadores dos distintos padrões de representação política dos segmentos presentes no conselho de saúde do município: o contexto social de relativo apoio do Governo Municipal a uma gestão participativa; o histórico de criação do conselho, resultado do enfrentamento e debate entre sociedade civil, associações, entidades do setor de

saúde e gestores municipais; a cultura política dos conselheiros; e o ativismo político de todos os representantes atuantes no conselho.

Por fim, entende-se, que este estudo abre margem para futuras pesquisas a respeito da trajetória associativa dos representantes membros dos conselhos de saúde, uma vez que foi identificado que o processo de representação tem relação com a conformação do associativismo desses atores, tendo ficado evidente a maior capacidade de intervenção nas deliberações por parte dos representantes que detinham experiências em outros espaços, formando vínculos de representação mais sólidos, propiciando uma representação mais efetiva.

7. REFERÊNCIAS

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

ABERS, R. N. *et al.* Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. XXX, 2008.

AIRES, M. C. A. **A Dimensão Representativa da Participação na Teoria Democrática Contemporânea**. REVISTA DEBATES, Porto Alegre, v.3, n.2, p.12-38, jul.-dez. 2009. DOSSIÊ PARTIDOS, ELEIÇÕES E PARTICIPAÇÃO.

ALKIMIN, M. A. Assédio moral na relação de trabalho. 3. ed. Curitiba: Juruá. 2013.

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serv. Soc. Soc.**, n. 109, p. 68-92, 2012.

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

AVRITZER, L. C. S. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, v. 50, p. 25-46, 2000.

_____. Teoria crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina. **DADOS-Revista de Ciências Sociais**, v. xxx, n. xxx, p. 703-728, 2004.

_____. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimidade da Ação. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

_____. Sociedade Civil e Participação no Brasil. In. AVRITZER L. (org). **Experiências Nacionais de Participação Social**. Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.

BABBIE, E. **Métodos de Pesquisas de Survey**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v.128, n. 182, p. 18055-18059, seção I, pt. 1, set. 1990(a).

_____. Ministério da saúde. Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Distrito Federal, 1990(b).

BASTOS FILHO, R. A. M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2015. **Percepção dos conselheiros municipais de saúde de Viçosa (MG) sobre a representação e o papel do conselho no contexto local**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa. Orientador: Edson Arlindo Silva. Co-orientadores: Telma Regina da Costa Guimarães Barbosa e Roberto de Almeida Luquini.

BENEVIDES, M. V. Democracia e cidadania. In VILLAS-BOAS, R. (org.). **Participação popular nos governos locais**. São Paulo, PÓLIS, 1994. (Publicações PÓLIS, 14).

BENHABIB, S. Rumo a um Modelo Deliberativo de Legitimidade Democrático. In: MARQUES, A. C. S. **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 31-84.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UnB, 1991.

BOHMAN, J. O que é deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, A. C. S. **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 31-84.

BOHMAN, J. 1996. **Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy**, Cambridge. MIT Press.

BONOMA, T. V. Case Research in Marketing: Opportunities, Problems, and Process. **Journal of Marketing Research**, vol. XXII, May 1985.

BORBA, J.; LUCHMANN, L. H. H. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. URBE – **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 2, p. 229-246, 2010.

_____. 2007. Orçamento Participativo: uma análise das experiências desenvolvidas em Santa Catarina. In: J. BORBA; L.H.H. LÜCHMANN (orgs.), **Orçamento Participativo: análise das experiências desenvolvidas em Santa Catarina**. Florianópolis, Insular, 224 p.

CARNEIRO, C. B. L. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n.2, pp. 277-292, 2002.

COELHO, V. S. P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 78, p. 77-92, 2007.

COHEN, J. Procedimiento y sustancia en la democracia deliberativa. **Metapolítica**. vol. 4, n.º 14. p. 24-47. DF, México: CEPACOM, 2000.

_____. Deliberation and Democratic Legitimacy. In J. Bohman e W. Rehg (eds.), **Deliberative Democracy: Essays on Reason and Politics**. Cambridge, MIT Press. 1997.

_____. Democracy and Liberty. In ELSTER, J. (org.) **Deliberative Democracy**. Cambridge University Press, 1998.

_____. Deliberação e Legitimidade Democrática. In: MARQUES, Â. C. S. a **Deliberação Pública e suas dimensões sociais políticas e comunitárias: textos fundamentais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. P. 85-108.

CONWAY, M.; STEUERNAGEL, G.; AHERN, D. **Women and Political Participation**. Cultural Change in the Political Arena. Washington: CQ Press, 2005.

COSTA, M. E. B. Grupo focal. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo:Atlas, 2005.

COTTA, R. M. M. *et al.* **O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde**. Physis [online]. 2011, vol.21, n.3, pp. 1121-1138.

_____. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Ed. UFV, 288p. 2013.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CUNHA, E. da P. **Participação e deliberação nas inovações institucionais pós constituição de 1988**: o Conselho Estadual de Assistência Social e a Comissão de Participação Popular em Minas Gerais. Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

CUNHA, E. S. **Aprofundando a Democracia**: O Potencial dos Conselhos de Políticas e Orçamentos Participativos. 2004. 194 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, [2004].

CUNNINGHAM, F. **Teorias da democracia: Uma introdução Crítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DAHL, R. **Um Prefácio à Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989a.

DRYZEK, J.; LIST, C. Social Choice Theory and Deliberative Democracy: A Reconciliation. **Political Science**, Londres, v. 33, p. 1-28, Dec. 2003.

DRYZEK, J.; NIEMEYER, S. Discursive Representation. **American Political Science Review**, v. 12, n. 4, p. 481-493, Nov.2008.

DOWBOR, M.; HOUTZAGER, P.; SERAFIM, L. **Enfrentando os desafios da representação em espaços participativos**. São Paulo: Cebrap:Ids, 2008.

FARIA, C. F. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Lua Nova**, São Paulo 2000, n.50, p.47-68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a04n50.pdf>> Acesso em: 1 jul. 2010.

_____. Sobre os Determinantes das Políticas Participativas: A estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste. In, AVRITZER, L. **A Participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

FREITAS, H. M. R.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx, 2000.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo:Atlas, 1991.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

GONZÁLEZ, R. S. Democracia e conselhos de controle de políticas públicas. Uma análise comparativa. 2000. 327f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/cienciapolitica/teses/Tese_1.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. - **Métodos em Pesquisa Social**. 3. ed., São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1969.

GOMES R. *et al.* A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2002b; 7(2):275-283.

GOMES, E. G. M. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. São Paulo: EAESP/FGV, 2003, 110 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Governo Local e Sociedade Civil) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

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

_____. **Mídia, Terceiro setor e MST: impacto sobre o futuro das cidades e do campo**. Petrópolis, Vozes, 2000.

GUGLIANO, A. A.. Democracia, participação e deliberação: contribuições ao debate sobre possíveis transformações na esfera democrática. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, vol. 4, n. 2, p. 257-283, 2004. Disponível em : <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/14/1616>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. **Why Deliberative Democracy?** Princeton: Princeton University Press, 2004. (tradução do primeiro capítulo do livro de Bruno Oliveira Maciel).

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. Vol. I e II.

_____. **Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy**. Cambridge, MIT Press. 1998.

HOBBS, T. **Leviatã**. São Paulo: Nova Cultural, 1997. (Série Os Pensadores).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Site que trás uma série de informações sobre os municípios brasileiros. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 9 fev. 2015.

KRUGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas-IPEA**, n. 22, p. 119-144, 2000.

KIYOTA, N. A. **representação dos agricultores familiares em espaços institucionais de participação social no sudoeste do Paraná**, 2007. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Porto Alegre, 2007.

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. Democracia, Pluralização da Representação e Sociedade Civil. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67, p. 49-103, 2006.

LAVINNE, C.; DIONNE, J.; **A construção do saber: manual de metodologia em Ciências Humanas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LIMA JUNIOR, O. B. **Instituições Políticas Democráticas: O Segredo da Legitimidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LOCKE, J. 2009. **Segundo tratado sobre o governo civil**. Rio de Janeiro. Editora Vozes. [Original de 1690].

LOPES, B. J. **Democracia Deliberativa e participação: Análise do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte- MG**. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

LUCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, v. 70, p. 139-170, 2007.

LÜCHMANN, L. H.; BORBA, J. Estruturas de oportunidades políticas e participação: uma análise a partir das instituições emergentes. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS ST. ESTRUTURA SOCIAL, AÇÃO COLETIVA E PODER POLÍTICO, 31, 2007, Caxambu, MG. **Anais...** 2007. Caxambu, MG ANPOCS ST. Disponível em: <http://201.48.149.89/anpocs/arquivos/15_10_2007_11_54_29.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

MARTINS, S.; CKAGNAZAROFF, I. B.; LAGE, M. L. C. Análise dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas à luz dos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 4, n. 2, p. 221-245, 2012.

MALACHIAS, I. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais–PDRS**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/arquivos-pdr/historico-e-conceitos.ppt>. Acesso em: 10 abril 2015.

MILBRATH, L. **Political Participation**. Chicago: Rand McNally & Company, 1972.

MIGUEL, Luis Felipe. As Duas Lógicas da Ação Comunicativa: Democracia e Deliberação no Debate Contemporâneo. **Teoria e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, p. 104-143, jul.- dez. 2002.

_____. Representação Política em 3-D: Elementos para uma Teoria ampliada da Representação Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 123-140, fev. 2003.

MILL, J. S. **Considerações sobre o Governo Representativo**. Tradução de E. Jacy Monteiro. Biblioteca “Clássicos da Democracia”. 19. São Paulo: IBRASA, 1964.

_____. **Considerações sobre o governo representativo**. Brasília: Editora da UnB, 1981.

_____. **Representative Government**. In: _____. *On Liberty and Other Essays*. Nova York: Oxford University Press, 1998.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: BARROS, J. D. A. (Org). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009. Cap. 17, p. 269-279.

MORGAN, D. L., & Krueger, R. A. (1993). When to use focus groups and why. In D. L. Morgan (Ed.), **Successful focus groups: Advancing the state of the art** (pp. 3-19). Newbury Park, CA: Sage.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Controle Público e Participação Popular no Sistema Único de Saúde. **Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo**, ano 1, n. 2, p. 1-21, 2004.

PERISSINOTTO, R. M.; FUKS, M.; SOUZA, N. R.. Participação e processo decisório em conselhos gestores de Curitiba. In: **4º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <www.cienciapolitica.org.br>.

PERUZZOTTI, H. Representative democracy as mediated politics: Rethinking the links between representation and participation. In: **Conferência Rethinking Representation: A North-South Dialogue**, 2008. Bellagio, 2008. Disponível em: <<http://www.democraciaparticipativa.org/bellagio/bellagio.html>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

PRZEWORSKI, A. **Democracia e Mercado: reformas políticas e econômicas no Leste Europeu e na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PRZEWORSKI, A. 1996. "Public Support for Economic Reforms in Poland". **Comparative Political Studies**. 29:520-543.

PRZEWORSKI, A.; STOKES, S. C., and MANIN Bernard. **Democracy, Accountability, and Representation**. Cambridge : Cambridge University Press, 1999.

PITKIN, H. F. **The concept of representation**. Berkeley: University of California press, 1967.

_____. O conceito de representação. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. (Orgs.). **Política e sociedade**. São Paulo: Ed. Nacional, 1983. p. 8-22.

PLOTKE, D. Representation is Democracy. **Constellations**, Oxford, v. 4, n. 1, p. 19-34, 1997.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Belo Horizonte: Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina, 2001.

RAWLS, J. **A Theory of Justice**, Harvard University Press, 1999.

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.
- RUEDIGER, M. A.; RICCIO, V. Grupo focal: método e análise simbólica da organização e da sociedade. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- SACARDO, G. A.; CASTRO, I. E. N. **Conselhos de Saúde**. São Paulo: Instituto Pólis/PUC-SP, 2002
- SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S. de; RIBEIRO, L. C. de Q. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. de Q. AZEVEDO, S. de (org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.
- SIMÕES, J. (1992). **O dilema da participação popular: a etnografia de um caso**. São Paulo, Anpocs/Marco Zero.
- SOARES, M. A. S. **O plebiscito, o referendo e o exercício do poder**. São Paulo: Celso Bastos Editor, 1998.
- STANISCI, S. A. **Gestão pública democrática. Perspectivas apontadas pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente**. 1997. Dissertação (Mestrado) – PUC, São Paulo, 1997.
- STRALEN, C. J. van *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva** 11 (3), 2006.
- STOKES, S. C. 1996a. **“Public Opinion and Market Reforms: The Limits of Economic Voting”**. *Comparative Political Studies* 29:499-519.
- SOUZA, L.C. Democracia: Representativa, Deliberativa ou Participativa? O Espaço dos Conselhos neste Debate. **Revista Multidisciplinar da UNIESP**, n.10, p.120-131, 2010.
- TATAGIBA, L. Conselhos Gestores de Políticas Públicas e Democracia Participativa: Aprofundando o Debate. **Revista Sociologia Política**, n. 25, p. 209–213, 2005.
- TATAGIBA, L. 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, 2002.

TEIXEIRA, A. C.; SOUZA, C. de; LIMA, P. P.. Arquitetura da participação no Brasil: uma leitura das representações políticas em espaços participativos nacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS, XXXV, Caxambu, 2011. Disponível em:
<www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=868&Itemid=353>. Acesso em: 22 jul. 2015.

TEIXEIRA, B. de B. 2003. **Puxando pela memória: Uma história dos movimentos comunitários de Juiz de Fora contada por algumas de suas lideranças. Juiz de Fora:** Prefeitura Municipal; Assessoria de Articulação Institucional.

TULL, D. S. e HAWKINS, D. I. - **Marketing Research, Meaning, Measurement and Method.** Macmillan Publishing Co., Inc., London, 1976.
URBINATI, N. O que torna a representação democrática. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67, p. 191-228, 2006.

URBINATI, N.; WARREN, M. The Concept of Representation in Contemporary Democratic Theory. **Annual Review of Political Science**, v.11, p. 387-412, Sep. 2008.

WEBER, M. **A Política como Vocação.** Brasília: Ed. UnB, 2003.

WILLIAMS, M. S. **Voice, trust, and memory: marginalized groups and the failing of liberal representation.** Princeton: Princeton University Press, 1998. 329 p.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DE MINAS GERAIS**

**A REPRESENTAÇÃO NOS ESPAÇOS INSTITUCIONAZADOS DE
PARTICIPAÇÃO SOCIAL: ANÁLISE DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE JUIZ DE FORA- MG**

A Trajetória Associativa dos Representantes e o Processo de Representação

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____

- 1) A quem representa.
- 2) De quantas Gestões o Sr. (a) fez parte?
- 3) Desde quando o Sr. (a) milita no CMS/JF ou em outra organização social?
- 4) Já participou de outros conselhos, associações, grupos? Em que momento? Em que ele se difere do conselho municipal de saúde?
- 5) Como foi selecionado para ser conselheiro?

- 6) Como foi o seu processo de seleção para representante? Como são desenvolvidas as ações dentro do conselho?
- 7) Por que você quis ou aceitou ser o representante? Já propôs alguma atividade ou procedimento aceito pelo conselho?
- 8) Quais as dificuldades encontradas para participar como representante neste espaço?
- 9) Como você se prepara para participar das reuniões?
- 10) Como os temas são discutidos, deliberados e encaminhados nas reuniões?
- 11) Qual a origem dos recursos financeiros para os projetos aprovados no conselho? Como são fiscalizados estes recursos?
- 12) Geralmente há propostas conjuntas com outros representantes?
- 13) Como as questões discutidas no conselho são compartilhadas com os representados (antes e depois das reuniões)? Os assuntos colocados em pauta são trabalhados e planejados junto à base de apoio?
- 14) Há um planejamento ou plano de atividade discutido anteriormente com as comunidades ou com a base de sua organização?
- 15) Você compreende os assuntos e linguagens utilizadas nas reuniões?
- 16) Na sua opinião, as entidades e categorias com maiores informações e conhecimento têm maior grau de influência nos debates do conselho?
- 17) Na sua opinião, o conselho atua mais no controle ou na formulação de política públicas para o município? O conselho faz prestação de contas e feedback social à sociedade?
- 18) Quais são os principais objetivos e os benefícios que o conselho gera para a política de saúde do município?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DE MINAS GERAIS

A REPRESENTAÇÃO NOS ESPAÇOS INSTITUCIONAZADOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL: ANÁLISE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA- MG

Perfil e Atuação dos conselheiros municipais de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ (em anos completos)
3. Escolaridade

() Ensino Fundamental

() Superior Incompleto

() Superior Completo

() Mestrado

- Doutorado
- Pós-Graduação

4. Ocupação

- Está Trabalhando: Onde ? _____
- Não está trabalhando, mas está procurando
- Está estudando
- Aposentado
- Afazeres Domésticos
- Outro _____

5. Entre as opções abaixo, assinale qual a faixa que melhor corresponde aos rendimentos de todas as suas ocupações (em R\$)

- De R\$ 500,00 até R\$ 1.500,00
- De R\$ 1.501,00 até R\$ 2.800,00
- De R\$ 2.801,00 até R\$ 4.000,00
- De R\$ 4001,00 até R\$ 7.000,00
- Acima de R\$ 7.000,00

6. Estado Civil

- solteiro
- casado
- união estável
- separado
- divorciado
- viúvo

7. Religião

- Católica Romana
- Evangélica Tradicional
- Espírita
- Ateu

8. Cor

- Branca
- Preta/Negra
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Outra

9. Faixa Etária:

- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 60 anos
- Mais de 60 anos

9. Como foi escolhido o representante da sua organização?

- Em reunião da direção da sua instituição
- Pelo presidente da sua instituição
- Em assembleia da sua entidade
- Em assembleia ou fórum do setor social de que sua organização participa
- Pelo prefeito /secretário municipal

Outro: _____

10. O Conselho faz uso de mecanismos de divulgação das suas decisões para a sociedade em geral?

Sim

Não

11. Se Sim, quais? (múltipla marcação)

Jornal da cidade

Boletins/jornais específicos

Diário Oficial

Panfletos

Cartilhas

Faixas

Rádio

Outros _____

12. Quanto tempo atua como representante:

Menos de 1 ano.

De 1 a 3 anos.

De 4 a 6 anos.

De 6 a 10 anos.

Mais de 10 anos.

13. Em relação à composição do conselho, o número total de conselheiros é:

Satisfatório

Pouco Satisfatório .

Não se aplica

14. Em relação aos interesses defendidos nos momentos de deliberação:

Defende em primeiro lugar o interesse de toda a comunidade.

Representa os interesses do setor que representa.

Busca os interesses da instituição.

Representa os próprios interesses.

15. Existe alguma base de apoio:

Sim

Não

16. Em relação à realização de contatos com a base de apoio:

Não tenho base de apoio

Raramente

Às vezes

Com frequência

Sempre

17. O Senhor (a) pertence a qual segmento de representação no conselho:

Usuários

Prestadores de Serviços

Instituições

Leva a pauta de discussão do conselho à entidade ou ao setor que representa:

Sim

Não

18. Quais as formas de contato com as bases de apoio:

Reuniões Presenciais

E-mail

Telefonemas

Conversas Pessoais