

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**A REPRESENTAÇÃO POLÍTICA NOS CONSELHOS DE SAÚDE:
um estudo sobre processos de autorização, responsividade e
*accountability***

LIANA LOPES BASSI

**Maringá
2012**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**A REPRESENTAÇÃO POLÍTICA NOS CONSELHOS DE SAÚDE:
um estudo sobre processos de autorização, responsividade e
*accountability***

Dissertação apresentada por LIANA LOPES BASSI, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Orientador(a):

Prof^(a). Dr(a).: CARLA CECÍLIA RODRIGUES ALMEIDA

**MARINGÁ
2012**

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B321r Bassi, Liana Lopes.

A representação política nos conselhos de saúde : um estudo sobre processos de autorização, responsividade e *accountability* / Liana Lopes Bassi. – Maringá, 2012.
123 f. : il.

Orientador: Carla Cecília Rodrigues Almeida.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Conselhos gestores – Teses. 2. Governo representativo e representação – Teses. 3. Autorização – Teses. 4. Responsividade – Teses. 5. *Accountability* – Teses. 6. Políticas públicas – Teses. I. Almeida, Carla Cecília Rodrigues. II. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III. Título.

CDU 304

Liana Lopes Bassi

**A REPRESENTAÇÃO POLÍTICA NOS CONSELHOS DE SAÚDE:
um estudo sobre processos de autorização, responsividade e
*accountability***

Dissertação apresentada por LIANA LOPES BASSI,
ao Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas da Universidade Estadual de Maringá,
como um dos requisitos para a obtenção do título
de Mestre em Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a.: CARLA CECÍLIA RODRIGUES ALMEIDA
(orientadora)

Prof^a. Dr^a. LÍGIA HELENA HAHN LÜCHMANN

Prof^a. Dr^a. CELENE TONELLA

Maringá, 08 de maio de 2012

AGRADECIMENTOS

Manter-se atualizada e conectada com seu tempo nem sempre é uma tarefa fácil, todavia os prazeres são maiores que as lutas. Sempre tive imenso prazer em fazer as conexões da atividade teórica e de pesquisa com a prática. Quero entretanto, destacar duas experiências entre tantas, que marcaram minha trajetória pra que eu chegasse até aqui.

A primeira é a benção de fazer parte de uma família em que num movimento natural nas tardes de domingo, dos mais jovens aos mais velhos, trava-se conversas sobre a vida. Em meio ao colorido da natureza, do cantar dos pássaros, do cheiro de mato, sentados na varanda, entre risos e reflexões, as opiniões divergentes e convergentes são lançadas e nos inspiram sermos melhores a cada dia. Saberes diversos são servidos como numa bandeja. Saberes construídos na vivência como descendentes de imigrantes que mal puderam estudar porque precisavam trabalhar e sobreviver, saberes das gerações que tiveram acesso ao conhecimento produzido na academia; saberes dos jovens, crianças e adolescentes que nos trazem o frescor da vida e da atualidade; saberes com diversas cores, sabores e odores e simplicidade. No encontro de gerações novos saberes vão sendo construídos, novas paixões e descobertas. Vontade infinita de crescer e aprender. Consciência plena da minha inconclusão. Assim agradeço meus filhos que me incentivam e compartilham comigo tantas inquietudes para transformar este mundo num lugar melhor pra viver – Larissa e Rômulo; meus pais – Plínio, Martha e Tia Cema; meus irmãos Plínio Cesar e Adriana; cunhados e genro – Rose, Lagana e Ary Felipe; sobrinhos Amanda e Danilo e tantos amigos que se juntaram a nós nestes anos e compartilharam a sombra da varanda.

A outra experiência foi o exercício da docência que surgiu de forma não planejada, mas que alterou os rumos da minha existência pra sempre. Agradeço assim as primeiras turmas do Serviço Social da FECEA e do Serviço Social do CESUMAR que me ensinaram que serei sempre um ser incompleto, mas encontra fragmentos da plenitude na partilha e vivências com aqueles que ousam olhar o outro na essência do ser. Não poderia deixar de lembrar de Ana Patrícia Pires Nalesso que, como coordenadora do curso de serviço social do Cesumar, acreditou no meu potencial dando-me autonomia necessária para fazer da docência também o exercício da vida.

Depois de algumas tentativas em outros processos seletivos para o mestrado sou grata por ter sido selecionada neste programa que congregou num pequeno espaço de tempo pessoas mais que especiais que fizeram com que o processo de ensino-aprendizagem e pesquisa se tornasse leve. Doces lembranças das discussões em sala de aula, das festas, das conversas nos bares depois da aula, das caronas e das risadas. Destaco especialmente João Ricardo e Egberto,

companheiros de viagem que transformavam a ida e a volta até Curitiba numa experiência ímpar. Não poderia esquecer de José Abreu, Soninha, Helena, Silvana Borges, Laura e Raquel, pessoas que convivi e aprendi admirar.

Não poderia deixar de expressar minha gratidão a Kátia Antônio que me hospedou em sua casa durante o período de aulas em Curitiba.

Este programa reuniu um grupo de professores altamente competentes e que colocam não só a razão mas o coração no exercício da profissão. Minha gratidão a todos na pessoa da Coordenadora do programa Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Rodrigues que acreditou em todos nós e se fez presente em todos os momentos do mestrado.

À minha querida orientadora Dr.^a Carla Cecília Rodrigues de Almeida cuja identificação foi imediata. A tarefa da orientação é árdua e exige bom domínio teórico, didático e comprometimento, atributos reconhecidos pela comunidade acadêmica dado a qualidade de suas produções. Todavia, quero ressaltar e agradecer a postura humilde, respeitosa e afetuosa que teve comigo, permitindo que eu me sentisse mais tranquila e segura nos momentos de crise que são inerentes à essa etapa do conhecimento.

Por fim, agradeço à UNESPAR – Campus FECEA que me permitiu participar do projeto de extensão Universidade Sem Fronteiras cuja coleta de dados contribuiu para a presente pesquisa. Em particular à professora Daniela Castaman e professor Marcos Dorigão. Da mesma forma à SESA – Secretaria de Estado da Saúde -Paraná/16^a Regional de Saúde que, por meio da chefia de Dr. Hélcio Watanabe e Dr. Leonardo Di Colli, não só me liberaram para a realização do programa de mestrado, mas me incentivaram durante todo o processo.

Que continuemos a nos omitir da política
é tudo o que os malfeitores da vida pública mais querem.
Bertolt Brecht

BASSI, Liana Lopes. **A REPRESENTAÇÃO POLÍTICA NOS CONSELHOS DE SAÚDE**: um estudo sobre processos de autorização, responsividade e *accountability*. 123 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Carla Cecília Rodrigues Almeida. Maringá, 2012.

RESUMO

Com a introdução de novas instâncias participativas na gestão pública o debate sobre a representação política e participação ganham novas nuances que merecem a atenção das ciências sociais. Sendo assim, o presente estudo trata da representação política a partir da experiência dos conselhos gestores de políticas públicas, mais especificamente na área da saúde, que tem inaugurado, ao lado da representação política tradicional, novas instituições e funções de representação exercidas por organizações civis. Seu objetivo é compreender em que medida a representação é democrática nas condições em que é exercida nos conselhos gestores. Para isto toma-se como referência a autorização, *accountability* e a responsividade enquanto dimensões fundamentais da prática representativa, e propõe-se a identificar quais são os procedimentos de escolha dos conselheiros (autorização), analisar como o representante de determinada organização entende esta representação e compreender como se dá a comunicação entre estes sujeitos, sociedade civil e o governo na discussão e formulação das políticas públicas. Os dados analisados apontam que há uma discrepância entre o que a legislação diz e a autorreferência dos conselheiros. A pesquisa sugere que este problema é mais frequente em municípios com menor número de habitantes, podendo haver uma correlação entre o tamanho do município e a composição dos conselhos, correlação esta que ainda precisa ser pesquisada. Indicam também a necessidade de compreender o que chamamos aqui de *imbróglia* da representação conselheirista - quem o conselheiro se diz representar, quem o indicou para o exercício da representação e quem ele representa *de jure* e *de facto* - e sua relação com uma política *accountable* e responsiva. Quanto à responsividade, os dados demonstram que os conselheiros atribuem para si a responsabilidade de vocalizar as demandas e preferências dos representados, sendo apontado como principais funções dos conselheiros as atividades relativas ao controle social, à representação de interesses e à prática da formulação da política por meio da deliberação. No entanto, os conselhos e seus representantes apresentam frágeis vínculos com os segmentos representados além de não apresentarem canais e mecanismos capazes dar visibilidade para estas demandas.

Palavras-chave: Conselhos gestores, representação política, autorização, responsividade, *accountability*.

BASSI, Liana Lopes. **THE POLITICAL REPRESENTATION ON HEALTH MANAGEMENT COUNCILS: a study on authorization, responsiveness and accountability processes**. 123 f. Dissertation (Master in Public Policies) – State University of Maringá. Supervisor: Carla Cecília Rodrigues Almeida. Maringá, 2012.

ABSTRACT

The debate on political representation and participation in public administration has gained new contours with the introduction of new participatory mechanisms which demand attention from the social sciences. Thus, this study addresses the political representation from the experience of the public policy management councils, specifically in health, which have started new institutions and representation functions performed by civil organizations along with the traditional political representation. The aim is to understand to what extent this representation is democratic given the conditions in which it is exercised in the management councils. To this end, it takes as reference the authorization, accountability and responsiveness as key dimensions for representative practice, and aims to identify the selection procedures of the counselors (authorization), to analyze the understanding the representative of an institution has on his/her representation and to understand how communication is developed among these individuals, civil society and government about public policies-making. The analyzed data shows a discrepancy between the legislation and the counselors' self-reference. This research suggests that this problem is more common in cities with fewer inhabitants, what it could have a correlation between the size of the city and the composition of the management councils. This observation still demands further research. The analysis also indicates the need for understanding to what we call the council representation imbroglio - who the representatives claim to represent, who indicated them to the practice of representation and who they *de jure* and *de facto* represent - and their relation to a responsive and accountable politics. As for responsiveness, the data demonstrates that counselors assign to themselves the responsibility to voice the demands and preferences of the represented segment, being the main functions of the counselors the activities related to social control, representation of interests and to the practice of policy making through deliberation. However, the councils and their representatives have fragile ties to the represented segments besides not having channels and mechanisms that give visibility to these demands.

Key words: management councils, political representation, authorization, responsiveness, accountability.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Estado do Paraná de acordo com a divisão por Regionais de Saúde, com destaque para 16ª. Regional de Apucarana	53
Figura 2 – Faixa etária dos conselheiros municipais de saúde de municípios da 16ª. RS – Gestão 2010 – 2011 (%).	58
Figura 3 - Composição dos conselhos de saúde segundo resolução 333/2003	61
Figura 4 - Porcentagem de representação por segmento dos 11 municípios de acordo com a totalidade dos conselheiros (entrevistados e não entrevistados)	63
Figura 5 - Porcentagem de representação por segmento dos 13 municípios da 16ª. RS – Gestão 2010/2011	63
Figura 6 - Porcentagem de Conselheiros que já atuaram como representantes em conselhos anteriormente - Experiência acumulada	73
Figura 7 - Descrição das funções dos conselheiros na visão dos conselheiros municipais de saúde da 16ª RS	77
Figura 8 - Percepção das funções dos conselheiros de acordo com segmento representado.....	86
Figura 9 - Necessidades dos representados na ótica dos representantes dos CMS.....	94
Tabela 1 - Integrantes dos conselhos municipais que foram entrevistados comparado ao número total de conselheiros. Gestão 2010/2011	19
Tabela 2 - População e indicadores dos municípios abrangidos pela 16ª. Regional de Saúde	56
Tabela 3 - Gênero dos conselheiros municipais de saúde de municípios da 16ª. RS – Gestão 2010 – 2011 (%).	58
Tabela 4 - Escolaridade dos conselheiros municipais de saúde de municípios da 16ª. RS – Gestão 2010 – 2011 (%), considerando todo o universo pesquisado	59

Tabela 5 - Composição dos conselhos municipais de saúde segundo autorreferência dos conselheiros de acordo com segmento/entidade (%) – Gestão 2010/2011	61
Tabela 6 - Forma de autorização dos conselhos municipais de saúde/16ª. RSA por segmento (%) - Gestão 2010/2011	64
Tabela 7 - Processo de autorização dos conselhos municipais de saúde – 16ª. RSA - Por município - Gestão 2010-2011 (%)	65
Tabela 8 - Processos de autorização por segmento representado - 16ª. RSA – Gestão 2010/2011	66
Tabela 9 - Escolaridade dos conselheiros municipais de saúde da 16ª RS - Porcentagem por município	72
Tabela 10 - Funções dos conselheiros segundo os próprios representantes por município - Gestão 2010/2011	84
Tabela 11 - Porcentagem de conselheiros que discutem o orçamento com seu segmento/entidade nos conselhos municipais de saúde – Gestão 2010/2011	91
Tabela 12 - Identificação das necessidades do segmento segundo respectivo representante.....	96

SUMÁRIO

<i>INTRODUÇÃO</i>	12
1 REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E A EXPERIÊNCIA CONSELHISTA..	24
1.1 O problema da autorização nas experiências conselhistas	34
2 REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA PERSPECTIVA DA RESPONSIVIDADE E <i>ACCOUNTABILITY</i>	43
2.1 <i>Accountability</i> vertical, horizontal e societal.....	46
2.2 <i>Accountability</i> enquanto mecanismo de controle social	49
3 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE REPRESENTAÇÃO POLÍTICA NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	53
3.1 Contexto geral dos municípios abrangidos pela pesquisa	53
3.2 Perfil dos conselheiros	58
3.3 Percepção do conselheiro quanto ao segmento representado e procedimentos de autorização	60
3.4 Percepção das funções e do ato de representar segundo os conselheiros.	76
3.5 Indicadores de responsividade.....	87
3.5.1 Responsividade na discussão do orçamento da saúde	90
3.5.2 Responsividade em relação ao segmento representado	93
3.5.3 Responsividade em relação à sociedade	99
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	102
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	105
<i>ANEXOS E APÊNDICES</i>	109

INTRODUÇÃO

Os anos 80 marcam o panorama da sociedade brasileira, não só porque é nesta década que a ditadura militar enfraquecida cede às pressões de diversas naturezas para dar lugar a um processo de reabertura política que restabelece a democracia mas, sobretudo porque esta democratização vem acompanhada de inovações institucionais cujos contornos desafiam as ciências sociais a repensar suas proposições à luz da nova realidade.

Exemplo dessas inovações são os referendos, plebiscitos, iniciativas populares de lei, audiências públicas, e a criação de conselhos gestores de políticas públicas com atuação nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), que, instituídos com a Constituição de 1988, inauguram a implementação de uma nova legislação participativa. O movimento que resultou na introdução destes arranjos ancorou-se na crença da relação entre participação e democracia, ou seja, a expectativa de que o aprimoramento, o fortalecimento, a reforma e o aprofundamento da democracia requerem a ampliação de canais de participação, por meio dos quais um número cada vez maior de pessoas tenha a possibilidade de expressar suas preferências, influenciando no desenho das políticas públicas.

No bojo das transformações, chama à atenção a temática da representação política uma vez que, além das instâncias tradicionais de participação (o voto, as eleições e os partidos), outros atores são investidos com poder de representação para intervirem em assuntos, antes exclusivos do Estado e suas instituições.

É o tecido social desenhado por estas inovações participativas, as relações que estabelece com o Estado e com os canais tradicionais de representação que põe em discussão o arquétipo e o monopólio de representação política moderna, fundamentado no sistema eleitoral. Apesar das críticas e problemas inerentes à prática destas instituições, das quais os conselhos gestores fazem parte, cada vez mais as políticas públicas vêm sendo pensadas, implementadas e fiscalizadas obedecendo este modelo que tem por princípio a ampliação e

aprofundamento da participação e interferência da sociedade civil¹ na esfera pública, o que vem acontecendo mesmo em áreas em que não há uma obrigatoriedade legal para gerenciamento de fundos.

Diante da constatação que esses novos formatos e suas práxis têm produzido um ineditismo, principalmente na sociedade brasileira, parece não fazer mais sentido pensar na representação e participação como princípios que dão origem a modelos antagônicos de democracia, ou seja, democracia participativa X democracia representativa. Embora apresente fragilidades, os conselhos gestores de políticas públicas estão consolidados e, muito mais do que tentar encaixá-los em um dos modelos, a compreensão de seus mecanismos podem apontar os problemas e caminhos para tornar a representação mais democrática de tal modo que possibilite expressar as preferências de seus cidadãos.

Assim sendo, este trabalho elege como objeto de estudo os conselhos gestores de políticas públicas, mais especificamente os conselhos de saúde, considerando sua experiência após duas décadas de implantação. Pode-se afirmar que estamos diante de um formato com dinâmica própria, que tem inaugurado, ao lado da representação política tradicional, novas instituições e funções de representação exercidas por organizações civis. Neles, membros da sociedade são autorizados com poder representativo dados pelo Estado através de indicação, ou pela sociedade com indicação ou eleição para o cargo tomando assento como conselheiros, assim, configuram-se em mediadores entre o poder público e a comunidade que buscam representar.

¹ É fato que o conceito de sociedade civil tem distintas e controversas propostas de entendimento sendo um alvo de estudo nas ciências sociais. Este trabalho não tem a pretensão de explorar as diferentes definições e utiliza o conceito de sociedade civil de maneira bastante ampla e geral, abarcando a participação de uma gama de atores sociais em movimentos, associações, organizações sociais, instituições privadas que interagem com o Estado. Se aproxima da perspectiva Gramsciana, em que a Sociedade Civil faz parte do Estado Ampliado juntamente com a Sociedade Política. A Sociedade Civil exerce a função de consenso na organização da vida social e “na visão de Gramsci, “sociedade civil” é uma arena privilegiada da luta de classe, uma esfera do ser social, onde se dá uma intensa luta pela hegemonia; e precisamente por isso, ela não é o “outro” do Estado, mas – juntamente com a “sociedade política” ou o “Estado-coerção”- um dos seus inelimináveis momentos constitutivos” (COUTINHO apud SEMERARO, 1999, p.10).

A escolha da área da saúde se fez tendo em vista que, sendo pioneira na implantação dos conselhos, tem uma experiência acumulada que pode contribuir para delinear o tipo de representação que temos hoje. Desvelar suas contradições, formas de resistência², adaptações diante de imposições da realidade, configuração e dinâmica podem contribuir também para que os conselhos atuem de forma mais eficiente, podendo atingir os objetivos de consultar e direcionar as ações de saúde às demandas da sociedade, buscando a legitimação destas organizações como instrumento de democratização e controle do dinheiro público, além de influenciar diretamente na prevenção e atenção à saúde, aumentando sua qualidade e espaço de atuação.

O interesse pelo tema se dá principalmente pela trajetória profissional da pesquisadora na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, que atua na política pública de saúde assessorando 17 municípios do Vale do Ivaí por meio da 16^a. Regional de Saúde. Além do fato de ter ligação com a FECEA – Faculdade Estadual de Ciências Econômicas - instituição promotora de um projeto de qualificação de conselheiros, cujo instrumento e universo da pesquisa³ foi utilizado neste estudo – por ter sido docente e coordenadora do curso de Serviço Social nos primeiros anos de sua implantação. Esta relação possibilitou o diálogo entre aspectos convergentes da política de saúde e de educação nestes municípios abrangidos pelas duas instituições. Diálogo este travado especialmente no espaço das reuniões do PREPS- Pólo Regional de Educação Permanente em saúde que, além de representantes das duas instituições citadas, fazem parte do colegiado os representantes dos municípios. E, é neste terreno profícuo que surgem inquietações de natureza distintas que colocam em

² Especialmente na área da saúde estão presentes grupos e instituições por vezes com interesses divergentes uma vez que o SUS é constituído não só por instituições públicas, como também por organizações filantrópicas, privadas, economia mista, entre outros que atuam complementarmente para garantir o acesso e atendimento da população.

³ A FECEA – Faculdade Estadual de Ciências Econômicas é responsável pelo projeto de extensão universitária em parceria com a 16^a. Regional de Saúde, possibilitando a coleta de dados com conselheiros de 13 municípios que subsidiou também um projeto de atuação junto aos conselhos do qual fizeram parte encontros com os gestores municipais e cursos de qualificação de conselheiros com objetivo de instrumentaliza-los para o exercício da representação. Com o título “Participação e Controle Social na Saúde: Intervenção para consolidação e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde” o projeto foi financiado por meio do Programa Universidade Sem Fronteiras da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná (SETI).

destaque o papel tanto das instituições quanto dos profissionais na tarefa de contribuir para uma sociedade mais equânime. Destarte, diante dos ruídos produzidos por tais inquietações, muito mais do que conjecturar, se faz necessário olhar a realidade e sua dinâmica para perceber que os sons por ela emitidos podem indicar formas alternativas e criativas de atuação.

Sendo assim, neste esforço de indagação e descoberta da realidade, a presente pesquisa pretende contribuir para que os dados aqui levantados proporcionem uma leitura dos Conselhos Municipais de Saúde da área de abrangência da 16ª. Regional de Saúde de Apucarana de tal forma que possa, a partir deles, abrir uma discussão entre os próprios conselheiros e técnicos responsáveis pelo suporte a estes.

Desta forma, tem como objetivo sistematizar um conjunto de informações capaz de sinalizar como vem ocorrendo este processo de representação e seus desdobramentos. Tendo como indicadores o processo de autorização, a *accountability* e a responsividade⁴ enquanto dimensões fundamentais da prática representativa, propõe-se a investigar como tem sido exercida a representação nos conselhos de saúde uma vez que se constituem através de representantes do poder governamental, dos usuários dos serviços, dos trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviços de saúde.

A tarefa investigativa, segundo Ragin (2007), é somente uma das muitas formas de construir representações da vida social. Desta forma procura-se estabelecer, neste trabalho, a conexão da realidade e dados empíricos para compreender uma das facetas da realidade no que se refere à representação política diante das inovações instituídas por meio dos conselhos gestores. A atividade de

⁴ *Accountability* e responsividade são termos que vem sendo usados cada vez mais na ciência política especialmente quando o assunto é a representação política. Alguns autores preferem traduzir o termo *accountability* para a prestação de contas. Outros, no entanto mantêm o termo anglo-saxão alegando que a tradução não abarca a gama de significados expressa no conceito, o que será explicitado mais adiante no capítulo que trata especificamente deste tema. Por hora, utilizamos a definição de Gurza Lavalle e Castello (2008) que diz que a “*accountability* supõe a obrigação de prestar contas, implica a possibilidade de sanção e compõe um subconjunto do repertório de práticas de controle interinstitucional e social. A responsividade política, por sua vez, “se refere, normalmente, à sensibilidade do governo e dos representantes diante das inquietudes e demandas dos governados e dos representados, expressada mediante algum tipo de resposta. Dessa forma, a ‘responsividade’ guarda parentesco semântico estreito com responsabilidade, mas, nesse caso, ser responsável pressupõe responder pelo cuidado de algo ou de alguma coisa e estar sujeito a penalização”. (GURZA LAVALLE e CASTELO, 2008 Nota 5)

pesquisa, assim, passa a ter significado e é compreendida no diálogo que estabelece entre a teoria e dados empíricos.

Isto posto, este trabalho apresenta como objetivo geral investigar como tem sido exercida a representação política nos conselhos gestores de saúde e propõe-se responder os seguintes objetivos específicos:

- identificar quais são os procedimentos de escolha dos conselheiros, ou seja, os mecanismos de autorização;
- analisar como o representante de determinada organização entende esta representação;
- verificar em que medida há comunicação entre conselheiros, seu segmento e a sociedade no sentido de serem *accountables* e responsivos;
- identificar se os indivíduos que compõem o conselho de saúde tem clareza quanto ao segmento que representam.

Embora a pesquisa realizada possa ser classificada de natureza qualitativa, utiliza a mensuração de alguns dados que permitem estabelecer relações com os dados qualitativos apresentados, demonstrando conexões importantes da realidade pesquisada, classificando-os e tornando-os inteligíveis. Ragin (2007) enfatiza que as ciências sociais não precisa caracterizar-se como um ramo do conhecimento com faces opostas, em que números estejam em oposição às palavras, dando origem à investigações de natureza qualitativa - enquanto a face que se ocupa da experiência e do significado que podem ser representados e descritos melhor com as palavras; e a de natureza quantitativa – que se ocupa de números, frequências e porcentagens.

Destarte, a opção de combinar números e palavras contribui para uma melhor expressão da realidade social na medida em que se complementam e permitem conexões significativas. Para Ragin (2007 p.21, tradução nossa), "Apesar de muito diferente na orientação, os dois tipos de pesquisa são semelhantes uma vez que ambos implicam uma interação sistemática entre ideias e evidências empíricas".

O programa que oportunizou a pesquisa está presente em mais de 200 municípios do Estado do Paraná e atua por meio de equipes multidisciplinares compostas por educadores, profissionais recém-formados e estudantes das universidades e faculdades públicas do Estado. O critério fundamental que orienta a proposição e seleção dos projetos é o seu desenvolvimento nos municípios socialmente mais críticos, identificados a partir da mensuração do seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e, utilizando este critério, a pesquisa realizou-se com 12 municípios dos 17 que compõem a 16ª. RS sendo: Apucarana, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul, Kaloré, Marumbi, Novo Itacolomi e Rio Bom. O município de Mauá da Serra, embora esteja com o IDH acima do critério estabelecido, solicitou à coordenação do projeto que fosse incluído, sendo assim, fizeram parte da pesquisa 13 municípios.

Realizaram-se entrevistas com representantes de todos os segmentos dos conselhos de saúde no ano de 2010, que tiveram como objetivo fazer um amplo diagnóstico para a execução de um programa de capacitação dos conselheiros. Todavia, para a presente pesquisa, os dados empíricos utilizados são fruto de um recorte do conjunto de questões em que foram selecionadas as que dizem respeito à representação nas dimensões da autorização, *accountability* e responsividade⁵.

A realização das entrevistas deu-se entre 07 de abril a 16 de junho de 2010. O instrumento utilizado foi entrevista estruturada com questões abertas, divididas em 05 blocos. As questões objetivaram estabelecer um perfil socioeconômico dos conselheiros, além de realizar o levantamento de um conjunto de dados que subsidiaram a construção de conteúdo programático de oficinas de qualificação de conselheiros proposto pelo já referido projeto de extensão. Considerando tratar-se de um material extremamente rico, e com questões relevantes para compreender o processo de representação e suas nuances, a pesquisadora

⁵ O formulário utilizado para as entrevistas encontra-se nos anexos. Como este instrumento foi utilizado também para subsidiar o desenvolvimento de outras atividades que fizeram parte do projeto proposto pela faculdade, encontra-se na sua totalidade com destaque em vermelho para as questões selecionadas na presente pesquisa.

solicitou permissão junto à coordenação do projeto, para utilizar parte dos dados coletados.

A equipe de entrevistadores contou com cinco pessoas, além dos dois professores que respondem pela coordenação do projeto, sendo uma enfermeira, uma assistente social (profissionais bolsistas recém-formadas), e três acadêmicas de serviço social (também bolsistas), selecionadas pelo programa da FECEA e supervisionados pela coordenação do projeto. Para facilitar a coleta de dados, os propósitos do projeto e das entrevistas foram esclarecidos em reuniões da 16ª. RS, das quais participam os secretários de saúde que são membros natos dos conselhos municipais. Paralelamente, a partir de uma lista fornecida pela 16ª. RS, realizou-se contato com os secretários e presidentes dos conselhos em que foi solicitada uma relação com os telefones dos conselheiros de todos os segmentos. Com a relação em mãos, estabeleceu-se um cronograma de visitas aos municípios e realizado o contato individual com os conselheiros para o agendamento da entrevista em local e horário de sua preferência.

A cada pessoa entrevistada, tomou-se o cuidado de novamente esclarecer seus objetivos, informar quanto ao tratamento ético das informações e solicitar formalmente sua autorização através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo). Vale ressaltar que para a coleta dos dados empíricos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da FAP – Faculdade de Apucarana, obtendo parecer favorável⁶.

Ao final foram 177 pessoas entrevistadas, entre suplentes e titulares, objetivando que os dados coletados retratassem de forma mais fidedigna as diferentes percepções. As respostas foram anotadas pelo entrevistador em formulário próprio, além de anotações em diário de campo e, ao final, transcritas e digitalizadas em uma tabela do Excel pela mesma pessoa que coletou os dados.

A intenção da pesquisa era de abranger 100% dos conselheiros, entretanto alguns integrantes recusaram-se a participar. Em três casos, os conselheiros iniciaram o processo e desistiram, outros mudaram de município e não foram

⁶ Parecer no. 304/2010 cuja cópia consta nos anexos.

substituídos, ou ainda casos em que não foi possível estabelecer uma agenda compatível, ficando assim constituído:

Tabela 1 - Integrantes dos conselhos municipais que foram entrevistados comparado ao número total de conselheiros. Gestão 2010/2011.

	Município	Integrantes do conselho	Respondentes
1.	Apucarana	25	21
2.	Jandaia do Sul	32	18
3.	Novo Itacolomi	16	12
4.	Bom Sucesso:	12	9
5.	Borrazópolis	28	17
6.	Califórnia	16	13
7.	Cambira	24	17
8.	Faxinal	12	10
9.	Grandes Rios	13	10
10.	Kaloré	16	13
11.	Marumbi	18	12
12.	Mauá da Serra	16	12
13.	Rio Bom	16	13
	Total	244	177

O fato da autora do presente trabalho não ter participado deste momento da coleta de dados pode ser considerado uma variável, uma vez que deixou de vivenciar *in loco* algumas das percepções que não foram possíveis de serem registradas através de palavras. No entanto, malgrado seus limites, a abrangência e variedade dos temas abordados e coletados possibilitaram que o material gerado subsidiasse também a presente pesquisa no que tange à representação política, não permitindo assim que um conteúdo de tamanha relevância fosse desperdiçado.

O primeiro bloco trabalhado nesta pesquisa, chamado **Processo de escolha do conselheiro municipal de saúde**, permitiu compreender os mecanismos de autorização e relacioná-los com os respectivos segmentos, por meio das seguintes perguntas:

1. Já foi Conselheiro Municipal de Saúde?
2. Qual seu histórico de atuação no Conselho Municipal de Saúde?

3. Como foi a sua escolha por parte da instituição/órgão público para ser representante no conselho Municipal de Saúde/ Como se tornou conselheiro municipal de saúde?
4. Qual entidade representa?
5. Como foi o processo de escolha dos conselheiros municipais de saúde?

As respostas dadas a estas perguntas permitiram entender quão públicos são os processos de autorização constitutivos desta modalidade de representação. A identificação com o segmento também foi relevante no sentido de compreender que não somente o mecanismo de autorização define a representação, mas como o conselheiro se percebe no conselho, uma vez que pode não agir como representante, defendendo seus interesses individuais, ou ainda, sendo representante de um segmento, defender interesses de outro.

A escolha do tema da autorização como um indicador da qualidade da representação deu-se especialmente porque as percepções decorrentes dos dados obtidos demonstraram uma problemática que precisa ser explorada, como vamos mostrar no decorrer deste texto e apontam para as contradições entre o que a legislação exige e a realidade. Isto posto, desvelar as incoerências na maneira como esta representação é constituída podem dizer respeito ao fato de como a própria representação é exercida e quais os contornos que assume diante da dinâmica e imposição da realidade.

A pergunta do item 2 foi selecionada com a intenção de avaliar a trajetória de participação para compreender se há diferenças significativas na representação daqueles que possuem uma experiência acumulada em instâncias de participação coletiva. Todavia esta questão foi retirada já que a maioria dos respondentes repetiu as informações prestadas no item 1, não sendo possível alcançar o objetivo proposto inicialmente. Contudo, apesar de não permitir um diagnóstico mais amplo relacionado ao histórico anterior, foi possível diagnosticar a experiência dos respondentes em participações conselhistas.

As formas como os representantes se relacionam com os representados e com a sociedade podem indicar a qualidade da representação ao revelar como são os dispositivos para conhecer e encaminhar as preferências destes, bem como

realizar uma prestação de contas. Assim, a responsividade e *accountability* também se configuram em indicadores da qualidade da representação. Das 14 questões que compõem o bloco denominado – **Conselho municipal de saúde e atribuições dos conselheiros** – 06 trouxeram informações relevantes para compreender como se dá este processo por meio da comunicação entre conselheiros, seu segmento e a sociedade. Portanto, deste bloco selecionou-se as seguintes questões:

6. Quais as funções dos conselheiros municipais de saúde?
7. As decisões do CMS levam em consideração as necessidades da comunidade? Por quê?
8. Você discute com as pessoas que compõem o segmento que você representa as propostas que deverão ser incluídas no orçamento?
9. Quais são as principais necessidades do segmento que você representa?
10. Essas necessidades são atendidas? Por quê?
11. Os conselheiros levam em consideração a opinião dos usuários? Qual a importância da participação dos usuários na política de saúde municipal?

Por tratar-se de uma coleta de dados de natureza qualitativa cujo instrumento almeja captar a percepção dos respondentes a partir da fala destes, o resultado é uma grande diversidade nas respostas. Por outro lado, as palavras são carregadas de símbolos e mesmo diante da linguagem multiforme pode revelar um conjunto de ideias que remetem a um mesmo significado. Destarte, procurou-se agrupar as respostas transcritas através de códigos criados para cada uma das perguntas (vide apêndice). Esta codificação permitiu trabalhar as informações subjetivas contidas nas transcrições de modo que pudessem ser tratadas analiticamente.

Desta forma, para cada pergunta foi construída uma categorização com base nas respostas das próprias entrevistas e, para cada resposta, estabeleceu-se um número, como no exemplo abaixo:

1. Já foi Conselheiro Municipal de Saúde?

1. Primeira vez
2. Duas vezes ou mais
3. Já foi conselheiro, mas de outra política ou de outro município

Esta categorização permitiu classificar e organizar descritivamente as informações relevantes contidas nos textos das entrevistas, possibilitando inclusive a mensuração e a demonstração dos resultados através dos gráficos presentes nesta pesquisa. De acordo com Gibbs (2009 p.60), o processo de codificação “envolve a identificação e o registro de uma ou mais passagens de texto ou outros itens e dados, como partes do quadro geral que, em algum sentido, exemplificam a mesma ideia teórica e descritiva.”

Nas questões que ofereceram a possibilidade dos entrevistados expressarem um conjunto mais complexo de informações, utilizou-se uma aproximação do que Gibbs (2009) chama de codificação temática, em que se estabeleceu categorias mais amplas que pudessem agrupar as informações referentes a algum dos indicadores, por exemplo, as categorias controle social, formulação de políticas, responsividade em relação ao segmento, etc.

A apresentação dos resultados e discussão procurou também dar ênfase à voz dos sujeitos. No texto foram selecionados trechos das falas dos entrevistados e, para facilitar a identificação do segmento e respectivas relações, aparecem ao final das citações com o nome do município do qual o conselheiro faz parte, as iniciais U, G, T, P (usuário, gestor, trabalhador, prestador, respectivamente), de acordo com o segmento representado e um número que aparece na sequência indica a posição em que esta fala aparece na planilha do Excel sistematizada pela pesquisadora.

Dividido em três partes, o trabalho apresenta inicialmente o debate contemporâneo sobre o aprofundamento da democracia, demonstrando como ele se deslocou da ênfase participacionista para a questão da representação política e seus desafios. Em seguida, discutirá a representação na relação com as experiências conselhistas enfocando especificamente o processo de autorização.

A *accountability* e responsividade são tratadas no segundo capítulo com objetivo de compreender a representação política a partir destes indicadores como nos alerta Hanna Pitkin (1985), importante referência nas ciências sociais sobre este assunto. Neste capítulo também estabelecemos uma relação com o controle social e definimos a *accountability* horizontal, vertical e especialmente a societal que passa ter uma ampliação de significado com as esferas participativas introduzidas no Brasil.

Por fim, o terceiro capítulo apresenta os dados extraídos da pesquisa empírica para análise e discussão da representação política nos conselhos gestores por meio do diálogo com a literatura referenciada a partir dos três eixos escolhidos. Contextualiza o universo da pesquisa, estabelece o perfil dos conselheiros municipais, identifica concepções e práticas de representação política nos conselhos municipais de saúde e apresenta as discrepâncias entre quem o conselheiro se diz representar, o método de escolha e a dificuldade destes em identificarem o segmento que representam. Deste modo, os dados aqui apresentados, suscitaram novas indagações diante da complexidade revelada pelo que chamamos aqui de *imbróglio da representação*.

1 REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E A EXPERIÊNCIA CONSELHISTA

Presentes no cenário brasileiro a partir dos anos 90, os conselhos gestores de políticas públicas têm sido alvo de inúmeras críticas, pesquisas e debates que buscam compreender a lógica, contradições, limites e possibilidades de controle social através desse mecanismo. Dentre as políticas, a área da saúde foi a primeira a trabalhar neste formato e, apesar de recente, sua trajetória já pode indicar avanços e entraves para o exercício da democracia.

Os conselhos revelam novas nuances do que entende-se por representação política, uma vez que se constituem em arenas para o exercício da representação fora do sistema eleitoral por meio de atores do poder governamental e da sociedade civil, investidos de poder representativo quando são eleitos ou indicados para compor o conselho.

A minha atividade profissional e as leituras sobre participação têm mostrado que, ao contrário do que se esperava, o controle social através dos conselhos gestores encontrou óbices amplamente descritos nas pesquisas. Na prática, há dificuldades do Estado em partilhar o poder de decisão com os representantes da sociedade civil, o que se explicita no controle que exerce na definição da agenda de discussão do conselho. Além disso, os estudos demonstram também que muitas vezes os conselheiros ignoram o seu papel e função e desconhecem o funcionamento das estruturas estatais. Desse modo, a paridade numérica, preconizada na composição dos conselhos, não se traduz na paridade no poder decisório e em decorrência, o que se percebe é a fragmentação das políticas setorializadas e intensa fragilidade no processo de representação (TATAGIBA, 2002).

Percebe-se assim, que tanto o Estado como sociedade civil encontram dificuldades para se organizarem nesta nova dinâmica. De um lado, o Estado, apesar de assumir um discurso modernizador abrangendo a preocupação em coordenar, planejar e democratizar as relações, o que inclui o processo de descentralização das políticas no qual os conselhos exercem um papel

importante; na prática convive com a herança patrimonialista, autoritária e centralizadora no processo decisório. Por outro lado, a sociedade civil alijada de uma efetiva participação nas políticas públicas no período anterior, tem agora que dominar o universo e linguagem utilizada nestes espaços, compreender sua dinâmica e mecanismos, o que significa também que precisa qualificar-se para participar⁷.

Malgrado seus problemas, os conselhos continuam sendo um objeto de investigação importante para as ciências sociais porque representam uma inovação institucional relevante no cenário brasileiro que permite indagar quais serão os efeitos dessas inovações para a democracia. Além disso, a participação popular na elaboração, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas por meio dos conselhos, conferências, tornaram-se a vértebra de um conjunto institucional não somente no caso de setores onde existem fundos a serem geridos, como a saúde e educação, mas também em outras políticas como segurança, meio ambiente, saneamento e habitação, geração de renda, reforma agrária, reforma urbana, direitos humanos, entre outros. Portanto, pode-se afirmar que é um modelo que se assentou fazendo parte de um arcabouço institucional da democracia brasileira.

A realização de fóruns, conferências, bem como a instituição de fundos e conselhos nas distintas esferas do governo já foram incorporadas pela sociedade, transformando-se num arquétipo para a formulação e execução das políticas públicas. Segundo dados do IPEA (2011) a maior expansão destas inovações em nível federal deu-se nos últimos 08 anos e a ampliação dos canais de participação pode ser demonstrada por meio das 73 conferências nacionais sobre políticas públicas que envolveram mais de 5 milhões de pessoas. Destaca ainda que elas representam 64% do total desses encontros (114) realizados no

⁷ Com relação às dificuldades de participação da sociedade civil nos diversos arranjos participativos instituídos com a Constituição de 1988, Nogueira (2004) utilizará o termo “ônus da participação”. Entre os obstáculos pode-se destacar a apropriação de formas lingüísticas e simbólicas específicas dos atores estatais, falta de consciência de que o processo decisório envolve disputas de interesses e poder, falta de vivência em processos participativos já que a sociedade civil era excluída até então, necessidade de tempo para participar de extensas reuniões, falta de compreensão do seu papel e implicações por ser conselheiro, etc. Além disso, os atores representantes do poder público exercem a representação muitas vezes em horário de trabalho e em extensão de suas atividades como agente público. Já os representantes dos usuários têm que se submeter a uma agenda que nem sempre os favorece no tocante aos dias e horários de reuniões, além de arcar com os custos desta participação como, por exemplo, o transporte.

Brasil nos últimos 60 anos e que “dos 61 conselhos nacionais de políticas públicas com participação popular existentes, 33 foram criados ou recriados (18), ou democratizados (15) desde 2003”. Nestes canais, a participação se dá por meio de representantes autorizados tanto pela sociedade civil como pelo governo constituindo-se numa diversidade e pluralidade de atores que tem como prerrogativa debater e deliberar sobre as políticas públicas de tal maneira que reflita as preferências dos representados.

A mudança no cenário político é tanta que Avritzer (2007) ao tratar do tema enfatiza que na contemporaneidade existem no Brasil mais conselheiros do que vereadores e que o maior envolvimento da sociedade contribuiu para o surgimento de novas formas de representação, formas estas, distintas da exercida na instituição representativa por excelência, ou seja, o Parlamento. O autor ressalta esta distinção considerando que não há requisito explícito de autorização, não há estrutura de monopólio territorial e não há suposto de igualdade matemática entre os indivíduos que dão origem a representação.

Isto posto, eleger a questão da representação nos conselhos gestores visando compreender seus mecanismos, identificar que tipo de representação vem sendo efetivada e considerar suas peculiaridades parece ser fundamental para compreender os caminhos e descaminhos da democracia na modernidade.

O modelo de representação política nos conselhos gestores, embora preconizado em diversas áreas, é inaugurado com o campo da saúde uma vez que foram os primeiros a serem constituídos e regulamentados e vem acompanhado do reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Mattos (2001) destaca que no Brasil, a universalidade deste direito, bem como a ampliação do controle social, conforme inserido no texto constitucional na década de 80, não refletia as tendências para as políticas públicas da época uma vez que o debate que ganhava destaque sugeria fortemente a redução da presença governamental, tanto na economia como em algumas das questões sociais, como no caso da saúde, posição esta defendida inclusive pelo Banco Mundial. Assim, em meio ao avanço das premissas que defendiam esta redução, um conjunto de movimentos sociais teve um papel muito importante na crítica ao

Estado autoritário e forçaram uma mudança que, buscando reverter a lógica da assistência à saúde, dão origem ao SUS cujo desenho prevê a universalidade, a integralidade da atenção, a descentralização e a participação da população.

O movimento da Reforma Sanitária, que abrigava intelectuais da área, amplia o debate na defesa deste sistema de saúde universal em que estava subjacente a ideia de que também a sociedade se responsabilizasse e participasse das decisões e para isso a institucionalização dos conselhos e das conferências constituiria estratégia fundamental (CÔRTEZ, 2009).

A concepção dos conselhos gestores enquanto partícipes da política pública na formulação, controle e avaliação, se origina com este movimento que, além da oposição ao regime militar, possuía um programa concreto que preconizava a institucionalização de conselhos em nível municipal, estadual e nacional, possibilitando a participação da população na tomada de decisões. Abers e Keck (2007) ainda lembram que no contexto de um processo de democratização após um longo período de ditadura em que se pretendia um Estado menos autoritário e centralizador, o conceito de paridade, presente nestes arranjos, foi construído para assegurar que não houvesse dominação por parte dos representantes do Estado que passam dividir o poder com organizações da sociedade civil. Vale lembrar que, especialmente no campo da saúde existem outras instituições e interesses em jogo, como é o caso das empresas que atuam na área de medicina, ciência e tecnologia; indústria de produção de medicamentos, alimentos e insumos; prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde; categorias profissionais específicas da área; entre outros. O que significa dizer que a almejada paridade é muito mais complexa e, por isso, não pode ser simplificada na relação Estado X sociedade civil.

O movimento da Reforma Sanitária (especialmente pela articulação nas décadas de 80 e 90), o protagonismo de outros movimentos sociais e a implementação de uma série de espaços participativos na década de 90 constituem-se assim em importantes instâncias para a incorporação da participação social na gestão pública. Todavia, após a reabertura política e a consequente transição para um Estado democrático, além das pressões da sociedade civil o país sofre também pressões subnacionais, transnacionais, e do mercado chamado por Nogueira

(2004) de cerco ao Estado e aos governos. Destarte, este Estado, enquanto um palco de disputa de interesses, ao reagir, perde ou concede alguma coisa e assim, como resposta a este cerco, tem-se a abertura econômica, a descentralização das políticas públicas que conferiu maior autonomia às esferas subnacionais, as privatizações de setores em que havia intervenção estatal, e a ampliação da participação da sociedade. Processos estes que contribuíram para mudanças significativas na natureza do Estado que agora se organiza numa multipolaridade de centros de decisão.

A descentralização, por exemplo, coloca os municípios crescentemente no centro do processo de tomada de decisões. De acordo com Côtés (2002 p. 168), este fato abre a possibilidade dos conselhos municipais participarem deste processo. Acompanhada da municipalização, os órgãos municipais responsáveis pela área tornam-se gestores e, para que o governo municipal se habilite para receber recursos financeiros federais, a organização dos conselhos de acordo com as determinações legais é exigência *sine qua non*.

Diante deste movimento de incorporação de diversos atores societários na formulação, implementação e controle das políticas públicas, pode-se afirmar que se vive um momento inédito na história. Segundo Gurza Lavallo *et al* (2006a, p.45,) experiências com esta ênfase, como é o caso dos conselhos gestores e do orçamento participativo, colocam o Brasil como referência importantíssima do debate internacional acerca da reforma da democracia e ressalta ainda seu ineditismo considerando que “talvez pela primeira vez na história, a democracia e seu horizonte de reformas possíveis passaram a ser pensados, no hemisfério norte, a partir de experiências vivenciadas no hemisfério sul”.

Este movimento, ou seja, a inserção participativa de atores da sociedade civil na gestão das políticas públicas contradiz afirmações recorrentes na literatura. Para Nogueira (2004), rompe com a convicção anterior de que estes processos agiriam contra o crescimento econômico, uma vez que dificultaria a agilidade na tomada de decisões, ou então como um empecilho ao bom funcionamento democrático representativo. Ainda a este respeito, Côtés (2002) lembra que a literatura internacional, especialmente no início dos anos 90, afirmava a

impossibilidade de criar canais participativos nos países em desenvolvimento. E, ao contrário do que se afirmava, especialmente no Brasil há o incremento e expansão destes mecanismos que interagem nas políticas públicas.

Entretanto, sobretudo nas últimas décadas do século XX e especialmente no sul do mundo, conforme enfatiza Nogueira (2004), a gestão participativa e seus processos converteram-se em recursos estratégicos do desenvolvimento sustentável e da formulação das políticas públicas, além de colocar em questão a visão dicotômica entre Estado e sociedade civil. Em perspectiva semelhante, Dahl (1997) enfatiza a importância da participação de todos os indivíduos nos diversos níveis do processo democrático de tal forma que os cidadãos possam inserir suas demandas na agenda política de diversas maneiras além do voto.

No que tange aos conselhos gestores de políticas públicas, a expectativa era a de que a articulação entre os diversos atores governamentais e sociais dessem mais visibilidade às demandas por democratização do acesso a serviços além de favorecer o desencadeamento de um processo no qual as burocracias estatais viessem a se responsabilizar por suas ações, e, usando as palavras de Côrtes (2009, p.20), “que se tornariam politicamente *accountable* ante seus atos”.

Todavia, esta forma de gestão suscita outros questionamentos como, por exemplo, quanto às relações desses novos formatos com os canais clássicos da representação. Desta maneira, a partir de 2000, percebe-se uma mudança do enfoque das análises sendo que os estudos sobre o aspecto da representação política da sociedade civil foram gradativamente ganhando espaço no meio acadêmico a partir de estudos teóricos e pesquisas empíricas. Impulsionados pela nova realidade, a relação participação e representação vem sendo cada vez mais problematizada enquanto conceitos que dão origem a dois modelos de organização política democrática, a saber, democracia participativa e democracia representativa. Grosso modo, pode-se dizer que o primeiro defende a participação direta dos cidadãos na tomada de decisões, já no segundo modelo a participação está na escolha dos representantes através de processo eleitoral (LÜCHMANN, 2007).

Conforme Urbinati, para algumas correntes de pensamento a participação direta seria a forma democrática por excelência e a representação uma alternativa remediada, *Second Best*⁸ (URBINATI, 2006). No entanto, a relação representação e democracia vêm ganhando espaço na atualidade e demonstra que a engrenagem política hoje requer participação. Neste sentido, embora Urbinati (2006) não trate das inovações participativas na relação com a representação e nem referir a elas, a autora torna-se uma referência importante ao chamar a atenção para o fato de que a representação “pertence à história e à prática da democratização” e que, portanto, não pode ser reduzida a um contrato firmado através de eleições. Ressalta também a relação da representação com a democratização estatal e que, especialmente nos Estados modernos, o processo eleitoral desencadeou movimentos importantes para o processo de democratização. Desta forma, chama a atenção ao inferir que o processo de representação é muito mais complexo e que requer um respaldo participativo que não só o acompanha, mas está misturado aos mecanismos de representação.

Em seu livro, argumenta que, ao invés de antitéticas, democracia e representação são complementares e que participação e representação não são formas alternativas de democracia, mas, sobretudo “formas relacionadas que constituem um *continuun* de ação e juízo político em democracias modernas” (URBINATI, 2006b, p.3, tradução nossa). Nesta concepção, representação é um requisito para a expansão democrática, portanto, essencial para a democracia.

Outros autores também tentam demonstrar o caráter democrático do governo representativo, contrariando a compreensão antagônica entre uma e outra. Arato (2002), por exemplo, irá afirmar que a história da democracia representativa tem sido a história da inclusão política e dá como referência a Reforma Inglesa que amplia a participação por meio do direito ao voto de jovens, mulheres e outros grupos anteriormente excluídos da participação política, demonstrando com isso o caráter democrático do governo representativo.

É fato que o aprofundamento da relação representação e democracia têm ocupado um espaço cada vez maior na ciência política. Hanna Pitkin, por

⁸ Expressão utilizada pela autora

exemplo, uma referência obrigatória quando se trata de representação política, no prefácio da edição espanhola, admite que em sua obra há uma omissão ao tratar desta relação e que esta deve ser retomada na teoria da representação (PITKIN, 1985). Posicionamento que reforça o pressuposto de que pensar a representação é pensar na democracia sendo que participação e representação não precisam necessariamente estar em lados opostos.

De onde então surge a teoria da incompatibilidade entre representação e democracia? Urbinati (2006b) defende que as suposições de estudiosos contemporâneos que estão por trás de argumentos que descrevem o governo representativo como sendo não democrático estão mais relacionadas à moderna concepção de soberania que, firmadas em Rousseau e Montesquieu (por diferentes razões) defendiam uma tensão indissolúvel entre democracia, soberania e representação e realça que esta teoria não tem como referência a clássica democracia ateniense uma vez que, mesmo em Atenas, a representação era empregada em algumas áreas do Estado

Gurza Lavalle, Houtzager e Castelo (2006b) ao assinalarem as vertentes que tratam do tema na atualidade criticam o viés dualista dado à representação e participação. Para eles, quem pensa a representação política tem atentado pouco para a reforma e qualidade da democracia e vice-versa, sendo que na perspectiva da representação política os estudos privilegiam as funções de representação nos canais tradicionais. Por outro lado, os autores⁹ e a literatura preocupada com o aprofundamento da democracia enfatizam as diversas formas de participação, as inovações institucionais de intervenção nas políticas públicas sem, contudo, prestar atenção à problemática da representação.

Como fruto dessas reflexões e diante das inovações institucionais, observa-se na contemporaneidade a possibilidade de não mais pensar a participação como o reverso da representação bem como a ideia de que se processa certa diluição entre os limites que separam um tipo da outra; isto considerando que estes

⁹ Ao contrário, Manin (2010), referência importante que discute a representação política, tentará demonstrar que a representação política não é identificável com a democracia. Sua preocupação não são as inovações participativas e sim com as eleições, já que, segundo ele, o mecanismo de seleção do governo representativo, por meio das eleições, é intrinsecamente aristocrático dado à sua prática discriminatória e excludente.

espaços de participação inauguram também um novo formato de representação, que diferenciado da concepção tradicional, insere novos atores investidos legalmente do poder de representação exercendo papel na mediação entre os segmentos e organizações e o governo, podendo inclusive interferir no desenho das políticas públicas.

Diante deste quadro, o que parece ser relevante aqui não são as contradições entre participação e representação, mas, sobretudo compreender o modo que a participação política pode ativar uma variedade de formas de controle social por meio da representação exercida em novos espaços institucionais.

Essa dinâmica de participação tem demonstrado, na prática, a possibilidade de uma ressignificação da representação política. Para alguns autores, esta ressignificação tem sido acompanhada por uma crise do modelo de representação¹⁰. Lüchmann (2008) elenca algumas evidências que parecem sustentar a ideia de crise como o declínio do comparecimento eleitoral, ampliação da desconfiança dos cidadãos com relação às instituições públicas, o esvaziamento dos partidos políticos, a perda da centralidade dos partidos políticos como ordenadores de identidades e instrumento de vocalização de escolhas e preferências dos representados, além de inovações institucionais como é o caso dos conselhos gestores e as experiências do orçamento participativo.

Ainda quanto aos partidos políticos e a desconfiança dos cidadãos, o partido político expressaria, por meio de seu programa, o pensamento e visão de sociedade, e, por conseguinte os eleitores escolheriam aquele que está mais próximo daquilo que ele espera. Desta forma, na representação tradicional, o partido político exerceria um papel importante para a *accountability* e responsividade. Na prática, vemos o programa e pensamento dos partidos tendo um papel secundário, o que pode ser demonstrado na troca constante de partidos pelos candidatos, ainda que expressem ideias contrárias às defendidas

¹⁰ Os trabalhos de Gurza Lavalle, Houtzager e Castelo(2006b), e Arato, (2002) também tratarão desta temática e relatam como vem sendo vista por alguns autores levando em conta que não há uma concordância neste ponto. Almeida (2010), por exemplo, irá utilizar a expressão “sensação” de crise. Já para Manin (2010), não se trata de uma crise de representação e sim de um deslocamento e um rearranjo dos elementos presentes desde o século XVIII com a instauração do governo representativo.

pelo mesmo, o que dificulta uma identificação e relação entre os representantes e representados via partido político. O que, em última instância, reflete-se na sensação de crise.

Gurza Lavalle (2006b) vai um pouco mais além ao afirmar que as “crises” na verdade constituem um processo de reconfiguração da representação e que, portanto, não comprometem “as instituições do governo representativo, mas as repõem permitindo sua continuidade plena”. Segundo ele, os reflexos desta crise, como por exemplo, o esvaziamento e a perda de centralidade dos partidos não colocam em “xeque as próprias eleições, nem os direitos políticos básicos de cidadania e sequer o mandato representativo ou autonomia dos representantes perante os desejos dos representados” (GURZA LAVALE, *et al*, 2006b, p.68).

Deste modo, o que os autores vêm chamando de crise, seria a manifestação de um movimento dinâmico no qual a democracia operacionalizada na forma do governo representativo estaria se reconfigurando, sem, contudo, perder as bases que o fundamenta. A compreensão de que crises são características do mundo moderno que vivemos e que a democracia, enquanto um processo incessante de busca em permanente construção e desconstrução permite inferir que, tal como a democracia, a representação apresenta não uma crise, mas sim certa insuficiência que permite um constante processo de análise e exame crítico.

Destarte, partidos políticos e instituições tradicionais hoje concorrem no espaço público com outras configurações de exercício de formação de agenda de representação, uma vez que, diante da pouca porosidade destes, surgem novos formatos que permitem chegar por outras vias e mecanismos. O que parece estar em crise na verdade é o monopólio¹¹ do modelo de representação

¹¹ Agradeço a Paulo Mesquita D'Avila Filho, professor Dr. do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Departamento de Sociologia e Política da PUC-Rio, pela leitura e comentários em paper produzido para o II Fórum Brasileiro de Pós Graduação de Ciência Política (2010) em que chamou a atenção para o fato de que a chamada “crise” parece ser muito mais do monopólio da representação tradicional do que da representação propriamente dita. Esta observação parece fazer ainda mais sentido ao ler os trabalhos de Gurza Lavalle quando fala em reconfiguração de representação.

tradicional, que agora tem que conviver com outras formas de representação que atuam de forma complementar e não objetivam ocupar a posição dos partidos.

Dessa forma, a implantação das instâncias participativas, entre as quais os conselhos gestores nas diversas áreas das políticas públicas, se constituem em referências que contribuem para o debate sobre participação política e democracia. Dado a sua importância, alguns estudos relatam como os movimentos sociais e organizações civis ocupam estes espaços e atuam no sentido de aprimorar e diversificar os canais de representação (GURZA LAVALLE e ARAÚJO, 2008).

Portanto, para compreender as novas instituições e práticas de representação faz-se necessário não só recorrer aos pressupostos que fundam os princípios do governo representativo, mas à luz das experiências participativas, identificar os mecanismos, desafios e possibilidades de promover mudanças e aprimoramento da democracia.

É fato que existem diversas definições de democracia, bem como condições históricas diferenciadas em que ela é ou foi exercida. No entanto, a despeito de como ela é definida, entende-se que a democracia é um tipo de governo normativamente preferível e que uma sociedade é mais democrática na proporção que possibilita que seus cidadãos ajam como agentes (O'DONELL, 1999). Destarte, o que importa neste trabalho não é tratar das especificidades das definições de democracia, mas compreender se nas condições em que ela é exercida ela pode ser mais ou menos democrática.

1.1 O problema da autorização nas experiências conselhistas

Os conselhos gestores, de maneira geral, preveem uma composição paritária entre representantes governamentais e de organizações da sociedade civil podendo estar incluídas nesta última categoria a representação de trabalhadores e organizações que prestam atendimento na área de atuação de determinada política. No caso dos conselhos de saúde, há uma especificidade já que a lei

preconiza que haja composição paritária de usuários¹² em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, logo, os representantes de entidades de usuários totalizam 50% na distribuição das vagas. Outros 25% são destinados a entidades que representam os trabalhadores de saúde e os 25% restantes das vagas serão ocupadas por representação de governo e de prestadores de serviços de saúde privados, conveniados, ou sem fins lucrativos.

A intenção desta distribuição é equilibrar¹³ a correlação de forças no encaminhamento da política de tal forma que não privilegie os interesses de setores hegemônicos que atuam na área. Os conselhos assim configuram-se enquanto espaços em que os conflitos são institucionalizados, organizados e delimitados, com objetivo de estabelecer consensos em torno da política de saúde e está amparado numa nova concepção de saúde que pretende reverter o modelo hospitalocêntrico e médico centrado prevalente até então. Destarte, a resolução 333 de 04 de novembro de 2003 do Ministério da Saúde estabelece como uma das diretrizes que

A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Alguns estudos irão afirmar que este formato de representação não se traduziu em ampliação da participação e na interferência dos sujeitos envolvidos. Tatagiba (2002) demonstra em sua pesquisa que a multiplicidade e diversidade dos atores e segmentos não garantem por si só a paridade na tomada das decisões e, em última instância, a interferência no encaminhamento das políticas públicas. Outro argumento é o de que integrantes investidos do poder de

¹² Embora alguns estudos considerem inadequado o conceito de usuário de serviços para analisar a diversidade das relações sociais estabelecidas no âmbito da política de saúde, optou-se por utilizar neste trabalho o mesmo termo referido na legislação sem entrar no mérito da discussão que problematiza esta questão. Para saber mais sobre o debate, o trabalho de Córtez (2009) pode ser consultado. Nele, os autores dos textos optaram pelo uso do termo atores sociais para diferenciar dos atores estatais e atores de mercado.

¹³ Pesquisas recentes tem demonstrado como a participação de entidades, sindicatos, organizações civis foram aumentando ao longo dos anos, e especialmente a partir da década de 90 quando há a incorporação da participação popular na formulação da política, mudando a configuração do CNS – Conselho Nacional de Saúde, sendo este o palco central dos embates sobre a reforma do sistema brasileiro de saúde (Córtez, 2009)

representação de segmentos da sociedade civil tendem a incorporar o discurso dos segmentos dominantes – no caso da saúde ligados a esfera governamental e prestadores de serviços – o que permite conjecturar que há um distanciamento entre os representantes e representados no sentido do encaminhamento das preferências dos últimos.

Ainda assim, estas experiências participacionistas possibilitam que atores sociais, cuja única forma de participação política se dava através do voto, alterem a configuração das políticas públicas e que os integrantes dos canais tradicionais na formulação e gestão destas se obriguem a interagir com os novos representantes, uma vez que instituídos por leis próprias, o repasse de verbas para a execução dos programas e projetos que compõem determinadas políticas públicas dependem exclusivamente da aprovação dos conselhos gestores, que abrigam em seu interior uma multiplicidade de atores e diversidade de interesses¹⁴.

Diante da introdução destas dinâmicas diferenciadas de conexão entre Estado e sociedade a questão da relação da representação e seus componentes de autorização ganha um espaço para importante discussão visto que é possível encontrar diferentes maneiras de se constituir o representante que, investido de legitimidade, possui um mandato legal para representar a sociedade nos espaços institucionalizados de interlocução com o Governo na formulação das políticas públicas.

Sendo assim, a autorização enquanto um dos elementos importantes da teoria moderna da representação, ao assumir outros contornos, abre um debate relevante quanto a legitimidade dos procedimentos que autorizam que integrantes de instituições sejam a voz daqueles que representam, cujo procedimento se diferencia do modelo tradicional de escolha, que é o voto.

¹⁴ Além do estudo citado (TATAGIBA, 2002), são inúmeras as produções hoje no Brasil que apontam para as fragilidades e obstáculos vivenciados pelos fóruns participativos. Todavia Córtez (2009) chama a atenção para o uso de parâmetros analíticos inadequados e o risco de se chegar sempre a conclusão que estes espaços não correspondem ao seu papel. Para a autora, estas conclusões não elucidam o papel dos conselhos gestores e que este tipo de abordagem pode obscurecer a novidade da mudança dos padrões de relação entre Estado e sociedade civil. Novidade esta, que segundo a proposta do presente trabalho, lançam novas luzes para o debate quanto a reconfiguração da representação política no país.

Ao tratar a questão da representação na sociedade moderna, Pitkin (1985) faz um retrospecto do uso da palavra e seus significados, ressaltando que inicialmente não havia nenhuma relação com pessoas representando pessoas ou com o Estado. Ao versar sobre a incorporação do significado político parte da concepção de representação que está na obra *O Leviathan*, de Thomas Hobbes, na qual não só aparece a ideia do contrato social, como da autorização. A autora destaca em sua obra a relação entre representantes e representados por meio do contrato social que legitima a representação a partir da autorização outorgada.

Los hombres crean una república (*commonwealth*) al contratar cada uno con los demás, y al autorizar a uno de entre ellos para que los represente a todos¹⁵.

[...] La autorización otorgada al soberano es ilimitada; cualquier cosa que realice ha de ser considerada como hecha por sus súbditos; y cualquier decisión que adopte les vincula. Todo hombre que establece el contrato "autoriza *todas* las acciones y juicios" del representante "como si fuesen suyas" (PITKIN, 1985, p.30-31).¹⁶

Pitkin (1985) vai ainda mais além e aborda a complexa atividade representativa não só enquanto tornar presente a ausência no qual o procedimento de autorização se dá pelo voto, mas destaca que a representação envolve também um relacionamento *accountable* e responsivo. Significa dizer que pressupõe que os representantes devam prestar contas a seus eleitores e levar em conta os interesses e preferências dos representados na formulação de políticas.

Na modernidade, há uma relação entre os procedimentos de autorização e a realização de eleições e é Manin (2010) que, ao criticar este procedimento, chama a atenção de como o conceito de eleição foi trazido para a teoria republicana substituindo o sorteio como método de revezamento no poder. Segundo ele, "o processo eletivo resulta na atribuição de autoridade a

¹⁵ Os homens criam uma república (*commonwealth*) ao estabelecer um contrato uns com os outros e ao autorizar um deles para que a todos represente (PITKIN, 1985, p.30-31).

¹⁶ [...] A autorização concedida ao soberano é ilimitado, qualquer coisa que ele faça deve ser considerada como feita por seus súbditos, e qualquer decisão que ele tome os una. Todo homem que estabelece o contrato "autoriza todas as ações e juízos" do representante "como se fossem dele." (PITKIN, 1985, p.30-31)

determinados indivíduos para que governem sobre os outros”, portanto, é uma forma de legitimação de poder e ressalta ainda que não é necessário que governantes e governados sejam semelhantes, ou seja, que haja alguma forma de identificação, apenas autorizados para agirem como representantes e caso haja uma insatisfação dos últimos em relação aos primeiros, há ainda o dispositivo de substituí-los nas próximas eleições já que a democracia representativa pressupõe que haja eleições regulares.

Diferentemente, nos conselhos não se autorizam indivíduos e sim entidades. Além disso, a substituição de conselheiros representantes se dará não por um processo eletivo, mas por indicação ou eleição na própria entidade. Seja pela distância entre representante e entidade representada, seja pela insatisfação ou ainda por questão regimental – muitos regimentos internos preveem a substituição em casos de faltas. Nestes casos, as substituições ocorrem antes mesmo das conferências, que seriam o fórum que garante o revezamento periódico de conselheiros (em alguns locais as conferências acontecem a cada dois ou quatro anos).

A questão da autorização ganha assim novas luzes diante da introdução de outros mecanismos. Expressa também que a autorização por meio de eleições regulares não tem sido suficientes para que os anseios da sociedade estejam representados nos canais tradicionais uma vez que a garantia do voto não é garantia do direito de emitir opiniões e de que as preferências dos cidadãos serão ouvidas. Talvez uma maneira de a sociedade demonstrar o hiato existente entre os encaminhamentos dos eleitos e a vontade dos cidadãos esteja sendo expressa no crescente número de votos brancos e nulos por ocasião do sufrágio. O que pode denotar também a importância da relação entre autorização, responsividade e um governo *accountable*.

Somado a esta discussão, os conselhos gestores de políticas públicas, além de atuarem junto ao Estado em esferas antes exclusivas deste, instituem outras maneiras de selecionar e autorizar os indivíduos (investidos de legitimidade pela instituição) para serem seus representantes nos fóruns de discussão e deliberação, o que por si só também não é garantia de que as preferências dos

representados sejam consideradas no momento de formulação e ou encaminhamento das políticas públicas.

Estas formas de autorização podem ser específicas ou em alguns casos combinam a forma de eleição por meio do voto, a indicação de pessoas por entidades ou seguimentos, participação em conferências, assembleias, entre outros. E, por isso mesmo, defensores dos procedimentos de autorização da representação tradicional se consideram mais legítimos que o modo de seleção e autorização operacionalizadas nos conselhos¹⁷. A problemática aqui é o não reconhecimento, principalmente dos atores governamentais, da legitimidade da representação dos outros seguimentos já que não foram instituídos em pleitos eleitorais regulares. Problemática esta que se dá especialmente no que se refere à representação do segmento dos usuários.

Em se tratando dos Conselhos de saúde, a resolução 333 de 04 de novembro de 2003 afirma também, entre outras coisas, que os representantes serão indicados pelas entidades, mas não estabelece uma normativa quanto à forma. As conferências nos três níveis (nacional, estadual e municipal) são o fórum apropriado para formalizar a representação. Nelas, os representantes dos prestadores, usuários e trabalhadores poderão ser votados entre os presentes, ou apenas homologados¹⁸, ou ainda de outras maneiras. Contudo, a legislação é clara ao afirmar que a autorização só pode ser feita pelo segmento/entidade, ou seja, um segmento específico não pode autorizar um outro para compor o conselho uma vez que a escolha deve ser realizada entre seus pares.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

¹⁷ A dificuldade de aceitação dos representantes dos canais tradicionais podem ser lidas nos trabalhos de Tatagiba (2002) e Bidarra (2006). Um dos argumentos para esta disputa de representação está no fato de que os políticos eleitos consideram-se mais legítimos dada a quantidade de votos recebidos no pleito eleitoral e, portanto, autênticos representantes para legislar em nome da sociedade

¹⁸ Neste caso, as entidades que já tem assento no conselho e especificadas em regimento interno apresentam os nomes previamente eleitos ou indicados em seus fóruns específicos, que serão homologados nas conferências municipais.

Outra especificidade está no fato de que não há uma representação de toda a sociedade considerando que a escolha dos segmentos/entidades que poderão compor o conselho estão definidas na mesma resolução e parecem ter como critério para a participação o conhecimento, o envolvimento e a vinculação com a área temática do conselho ou ainda o envolvimento com causas sociais. Logo, os cidadãos qualificados a serem membros dos conselhos serão selecionados pela sua base, mais comumente pela indicação da diretoria da organização, e, no locus da representação, serão mediadores da entidade que os enviou. Lüchmann (2007), Lüchmann e Borba (2010), destacam que, em muitos casos, o envolvimento destas organizações na defesa das variadas “causas”¹⁹ sociais é o que lhes dá legitimidade.

Neste sentido e de acordo com a resolução 333/2003, parece haver uma aproximação com o que Avritzer (2007) chamará de representação relacional, em que a legitimidade se dá mais pelas afinidades, identificação de coletivos com situações vividas e relação com o tema, do que propriamente pela forma de autorização. Por outro lado, as afinidades ou o reconhecimento pelas atividades desenvolvidas não são suficientes como mecanismo de autorização, considerando que estes “ocorrem de forma sistemática, obedecendo a um conjunto de regras e métodos de seleção” (ALMEIDA, 2010, p. 8) definidos principalmente em regimentos próprios.

Ao debater esta questão, Almeida (2010, 2012) defenderá a ideia de que nos conselhos o que há é uma “autorização contingente” em que além da legitimidade pela afinidade e relação com o tema, os mecanismos de autorização incluem o fato de que os conselhos podem ou não autorizar pessoas que tenham afinidade e relação com o tema, acentuando que o poder da representação é derivado e transmitido por outros poderes constituídos. Para ela, apesar da autorização ocorrer de forma sistemática e obedecer a um conjunto de regras e métodos de seleção, o seu direito dos conselheiros em tomar decisões acaba sendo mais facilmente contestável.

Ademais, nos conselhos o mandato e a capacidade de “agir em nome” de públicos, temas e/ou perspectivas é sempre dependente do poder político, em termos de disposição de partilha do poder decisório e

¹⁹ Grifo da autora citada

capacidade de implementação das políticas deliberadas, o que reforça a incerteza do componente da autorização (ALMEIDA, 2012, p.12)

No caso dos conselhos de saúde a legislação é muito clara com relação a proporcionalidade da representação dos diversos segmentos, e como vimos, tem como principal objetivo equilibrar a relação de forças e interesses presentes no campo. Todavia as formas de autorização serão definidas em regimentos internos próprios de cada conselho, podendo haver múltiplas possibilidades e combinações.

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (MS, lei 8142/90)

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (CNS, 333/2003)

Ainda com relação ao modo de seleção, Côrtes (2009) chama a atenção para o fato de que as organizações que indicam seus representantes geralmente são presididas por uma diretoria que foi eleita e caberá a ela a substituição de seu representante, caso haja necessidade, o que, segundo a autora, acontece com frequência. Diferentemente, no caso dos membros dos parlamentos a substituição é feita pelas bases.

De forma sintética, Lüchmann e Borba (2010, p. 234) ao retratar as diferenças entre a representação eleitoral e a representação no interior das experiências conselhistas, destacam algumas características do modelo conselhista:

participação e representação coletiva (por meio de organizações/entidades); voluntária (e, portanto, radicalmente diferente da atuação política profissional e com todas as consequências desta implicação); em diferentes espaços participativos; com periodicidade diversas (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 representativos.

Dito isto, fica muito claro que os mecanismos de autorização adquirem novas nuances e possibilidades e que diferem substancialmente dos mecanismos de autorização procedimentais realizadas nos canais tradicionais de representação e, portanto não há como compará-las.

Neste sentido, concorda-se com Urbinati (2006a e b) quando afirma que o processo eleitoral é importante para o processo de democratização, mas que, a autorização eleitoral é apenas uma entre as múltiplas dimensões da representação tendo em vista que a eleição em si é incapaz de dar conta das relações de representação entre atores da sociedade e Estado e considerando também que a representação atual tem sido complementada por formas não eleitorais, todavia legítimas.

2 REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA PERSPECTIVA DA RESPONSABILIDADE E *ACCOUNTABILITY*

A questão da responsividade e da *accountability* na teoria política tem sido problematizadas especialmente a partir dos textos de Hanna Pitkin quando chama a atenção para o fato de que a representação política deve ser acompanhada de indicadores capazes de demonstrar até que ponto os interesses, opiniões e preferências dos eleitores são considerados nas decisões do Parlamento.

Ao debater sobre o tema, a autora toma como referência, entre outros, as concepções de representação em Burke (parlamento inglês) e a proposta liberal tendo Madison como referência (federalismo americano).

De um lado, a concepção burkeana considera os homens inferiores e incapazes de governarem a si mesmos e sendo assim, elegem outros homens, superiores e capazes que representarão não apenas aqueles que os elegeram, mas toda a nação. E, visando o interesse nacional não há lugar para interesses individuais ou para representação de interesses particulares. Desta forma, também não há espaço para problematizar os interesses, opiniões, vontades e preferências dos representados uma vez que para Burke “não tem sentido que homens sábios e superiores consultem a outros estúpidos e inferiores. Não tem sentido que os que estão presentes nas deliberações de um problema consultem aqueles que não estiveram presentes” (BURKE, apud PITKIN, 1895 p. 188 tradução nossa).

A assembleia é o lócus privilegiado da representação e considera-se que as decisões corretas surgem do debate na assembleia representativa. Desta forma, Burke afirma que os interesses e desejos dos eleitores já estão sendo considerados uma vez que as decisões tomadas visam o bem de todos, sendo que o dever de cada membro do parlamento é raciocinar e julgar acerca do bem da totalidade. Desta forma, nesta concepção, há a possibilidade do representante promover o interesse dos eleitores sem consultar os seus desejos, o que tende a parecer que a responsividade não é uma parte significativa da representação. No que tange à prestação de contas, partindo deste ponto de

vista, as eleições seriam o momento em que os eleitores expressam ou não a satisfação no encaminhamento de suas preferências, podendo reconduzir os seus representantes, autorizando-os por meio do voto.

Já no federalismo, a representação é um substituto aprimorado da participação direta e importante componente para a constituição da república considerando que esta, segundo Madison, é capaz de incluir um número maior de cidadãos do que a democracia. Embora difira de Burke em muitos aspectos, as duas concepções partem do princípio de que os representantes seriam homens superiores que deliberam o “bem comum” à luz da razão (PITKIN, 1985 p.215).

Destarte, haveria lugar para falar em uma representação *accountable* e responsiva já que estas concepções partem do pressuposto que o governo representativo considera os interesses de seus eleitores e age de acordo com os interesses destes ao legislar para o bem comum? Para estes teóricos não. Todavia, Pitkin irá dizer que as explicações e analogias derivadas dessas correntes de pensamento são insatisfatórias para tratar a relação entre um representante político e seus eleitores, assim como ressaltará a complexidade desse fenômeno e da própria realidade. Para ela, “a representação política é antes de tudo um concerto público e institucionalizado que envolve muitas pessoas e grupos, e que opera de acordo com os complexos modos em que se fazem concertos sociais em grande escala” (PITKIN, 1985, p.246-247 tradução nossa).

Defendendo uma concepção substantiva da representação, a autora ressalta que é preciso conhecer a perspectiva da representação além de confrontá-la e relacioná-la com o que conhecemos da atividade política. Também critica o viés paternalista das concepções anteriores que consistem em que os representantes veem pelas massas ignorantes como um pai cuida do filho (PITKIN, 1985, p.234). E, a partir das relações que estabelece, recoloca o representado como um sujeito ativo que também é capaz de pensar, agir e interferir no complexo processo de representação política institucionalizada, e requer que existam mecanismos para a expressão dos interesses e desejos dos representados como também de um governo que responda a eles, ou seja, responsivo e *accountable*.

Desta forma, cada vez mais a discussão em torno da representação tem requerido a compreensão dos mecanismos de responsividade, entendida como “sensibilidade do governo e dos representantes diante das inquietudes e demandas dos governados e dos representados, expressada mediante algum tipo de resposta” (GURZA LAVALLE E CASTELLO, 2008 p.69); e de *accountability*, que supõe a prestação de contas, possibilidade de sanção e controle.

Campos (1990) observa que a expressão *accountability*²⁰ vem sendo cada vez mais usada em se tratando de administração pública, não havendo uma tradução para o português. Segundo ela, mais do que a tradução, o que falta é o próprio conceito, razão pela qual justifica a ausência em nosso vocabulário. Dado aos limites e ausência deste, a autora ressalta que o mais relevante é o que esta palavra significa na relação com a democracia em que quanto mais avançado o estágio democrático, maior o interesse pela *accountability* que tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade. Diante da questão colocada por Campos, optou-se neste trabalho manter a expressão *accountability* por seu significado abarcar uma concepção mais ampla do que uma simples prestação de contas.

Pode-se afirmar então que a complexidade da representação envolve mecanismos que vão além da autorização e requer uma reflexão em torno da responsividade e *accountability*, conceitos estes que estão interligados e que representam uma interface da própria representação, de tal forma que não é possível discursar sobre um sem falar do outro.

Somada a discussão iniciada por Pitkin e seus desdobramentos, o fenômeno da representação na modernidade vem acompanhado da introdução de novos canais de participação e representação já apresentados neste trabalho. Gurza Lavalle e Castelo (2008, 2006) irão destacar que estas inovações institucionais

²⁰ Diante da dificuldade de traduzir o conceito, a expressão *accountability* é amplamente utilizada nos textos em português. Entre os diversos autores que discutem a questão, Gurza Lavalle mantém a expressão em inglês nas suas publicações, no entanto, em seu trabalho com Isunza (2010), publicado em espanhol, opta por utilizar o termo “*rendición de cuentas*” ao invés de mantê-lo segundo a literatura anglosaxônica.

vêm acompanhadas de uma pluralização dos atores da representação política diante da proliferação de experiências de representação que incidem nas burocracias e nos serviços públicos. Para eles, estas mudanças “multiplicaram as interfaces de contato institucionalizado entre o poder público e interesses sociais organizados e representados, nas quais diferentes modalidades de *accountability* societal passam a ser possíveis” (GURZA LAVALLE E CASTELO, 2008, p.68).

2.1 *Accountability vertical, horizontal e societal*

Diante deste quadro, cada vez mais ganha sentido a problematização das dimensões da representação tendo em vista a ampliação das oportunidades de vocalização das preferências, interferência na atenção política por parte dos cidadãos, da possibilidade de traduzir interesses em demandas, bem como das respostas que o setor público dá a elas.

Em se tratando de política, a *accountability* supõe a obrigação de prestar contas e está intimamente ligada ao controle e acompanhamento do desempenho do governo por parte da sociedade. Pode apresentar três vertentes: a horizontal, vertical e societal. Segundo O`Donnell (1998, p.28) a vertente vertical refere-se a

Eleições, reivindicações sociais que possam ser normalmente proferidas, sem que se corra o risco de coerção, e cobertura regular pela mídia ao menos das mais visíveis dessas reivindicações e de atos supostamente ilícitos de autoridades públicas são dimensões do que chamo de "*accountability* vertical". São ações realizadas, individualmente ou por algum tipo de ação organizada e/ou coletiva, com referência àqueles que ocupam posições em instituições do Estado, eleitos ou não.

A *accountability* vertical apresenta como canal principal as eleições, embora análises recentes reflitam sobre a efetividade das eleições enquanto instrumento pelos quais o eleitor irá punir ou premiar o candidato. Manin, Przeworski e

Stokes²¹ (2006) afirmam que esta é acionada quando o eleitor vota esperando que o representante aja segundo os desejos e aspirações da população, ou então no momento da reeleição em que há uma avaliação das ações do governante durante o mandato.

O'Donell (1998 p.40) ainda pontua a estreita relação entre eleição e democracia e chama a atenção para o fato que mesmo que o "rodízio ou o sorteio, e não as eleições, sejam os procedimentos verdadeiramente democráticos, foram as eleições que se identificaram com a "democracia", tanto nas várias teorias quanto no que imagino ser o senso comum universalmente difundido".

Já a dimensão da *accountability* horizontal compreende

a existência de agências estatais que têm o direito e o poder legal e que estão de fato dispostas e capacitadas para realizar ações, que vão desde a supervisão de rotina a sanções legais ou até o *impeachment* contra ações ou emissões de outros agentes ou agências do Estado que possam ser qualificadas como delituosas (O'DONELL, 1998, p.40)

Para o autor, tais ações podem afetar três perspectivas, a saber: a democracia, a liberal (quando agentes estatais violam ou permitem a violação por atores privados de liberdades e garantias individuais), e o republicanismo. Reafirma também que, para que esse tipo de *accountability*²² seja efetiva, "deve haver agências estatais autorizadas e dispostas a supervisionar, controlar, retificar e/ou punir ações ilícitas de autoridades localizadas em outras agências estatais" (O'Donell, 1998 p.42), o que requer certo grau de autonomia e autoridade de fato e suficiente das primeiras em relação às últimas.

Neste sentido, pode-se afirmar que a importância da *accountability* horizontal está na demanda por um alto grau de transparência na tomada de decisão política, o que tem ao menos potencialmente uma implicação anticorrupção e

²¹ Em sua obra, os autores citados não pretendem tratar da questão da *accountability* a partir das inovações participativas, mas estão preocupados especificamente com o papel das eleições e sua relação com a democracia representativa. Para isso apontam a complexidade, requisitos e fragilidades deste processo.

²² Ao apresentar as três esferas, O'Donell enfatiza que tem sido comum nas poliarquias que regras informais prevaleçam sobre as formais e que muitas vezes não é visto como violação ou burla usar da autoridade e poder para beneficiar famílias, membros de partido e de clubes, sócios nos negócios. Diante desse quadro, destaca a necessidade de canais para uma eficiente *accountability* horizontal

recoloca o cidadão como participante nas decisões públicas e contribui para que o conteúdo das decisões seja acessível a todos.

Todavia, para este trabalho que procura compreender a lógica da representação e sua relação com a democracia por meio de novos arranjos participativos, especificamente os conselhos de saúde, parece-nos fundamental a definição da *accountability* societal, que diferentemente das outras duas, envolve uma multiplicidade de formas de ação coletiva e de ativismo cívico com o propósito de melhorar o funcionamento de instituições representativas. Para Gurza Lavalle e Castelo (2008) e Gurza Lavalle e Isunza (2011) as experiências como as dos conselhos gestores, orçamento participativo, leis de direito à informação e transparência, a multiplicação da presença institucional de ombudsman, observatórios de cidadãos, audiências públicas, entre outros, são exemplos de inovações institucionais que apontam não só para a pluralização da representação política, mas também para *accountability* societal. Ainda segundo estes autores, a *accountability* societal é aquela que “é acionada por parte de atores coletivos em funções de representação que são desempenhadas de *jure* ou de *facto* perante o poder público e suas instâncias administrativas” (p.68).

Portanto, é preciso investigar e documentar as diversas formas de responsividade das organizações civis para identificar possíveis mecanismos internos de controle e sanção que as alimentam além de destacarem a dupla face da *accountability* (GURZA LAVALLE e CASTELLO 2008). A primeira face refere-se à capacidade de controle e incidência sobre o poder público e seu aparato administrativo; a segunda, diz respeito a relação que os novos atores da representação mantém com seus beneficiários, em nome dos quais é exercida a representação, ou seja, a *accountability* dos atores coletivos frente a seus representados (GURZA LAVALLE E ISUNZA, 2011).

Desta forma, compreendendo o papel dos atores coletivos e diante de inovações participativas como os conselhos gestores, pode-se dizer que estão sendo acionados mecanismos de *accountability* societal, e que permitem pensar a relação entre participação, controle social e representação.

Ao tratar desta relação, Gurza Lavalle e Isunza (2011) destacam que na participação direta o sujeito age por si e remete ao cidadão individualizado. Na representação, o sujeito sempre fala em nome de alguém.

Para la teoría democrática la actuación de los ciudadanos individuales que comunican sus preferencias y opiniones gracias a su presencia directa corresponde al conjunto de prácticas abarcadas por la idea de participación, las cuales difieren en un sentido fundamental de las prácticas en las que se habla en nombre de alguien. Por esto se hace necesario introducir la noción de *representación*. (GURZA LAVALLE e ISUNZA, 2011, p.21)²³

2.2 Accountability enquanto mecanismo de controle social

Sendo assim, considerando que nos conselhos gestores a representação política é exercida por atores coletivos que falam em nome de alguém, Gurza Lavalle e Insunza (2010) ainda sugerem tratar-se de um ato de representação em que as expectativas do ideário participativo parecem realizar-se nesta modalidade de representação, e, é a partir desta premissa que estabelecem a relação entre representação e controle social.

A su vez, cuando el control social sobre el poder público es ejercido por actores colectivos organizados (es decir, por fuerza "en nombre de alguien"), se trata de *control societal* ejercido mediante prácticas de representación. En ese sentido, la idea de control social se enriquece con una modalidad de control propia de las relaciones entre representantes y representados, a saber, la idea de *rendición de cuentas*. (GURZA LAVALLE e ISUNZA, 2011. p 21)²⁴

Eles argumentam ainda que embora a prática do controle social seja muito mais ampla, a *accountability* é uma modalidade específica de controle importante que pressupõe a responsabilização e mecanismos de sanção, na qual a participação é fundamental. Chamam a atenção também para o fato de passar despercebido

²³ Para a teoria democrática, a ação individual dos cidadãos, que comunicam suas preferências e opiniões através da sua presença direta, corresponde ao conjunto de práticas abrangidas pelo conceito de participação, que diferem em um sentido fundamental das práticas em que se fala em nome de alguém. Por isso, é necessário introduzir a noção de representação. (GURZA LAVALLE E ISUNZA)

²⁴ Por sua vez, quando o controle social sobre o poder público é exercido por atores coletivos organizados (isto é, necessariamente "em nome de alguém"), se trata de controle social exercido através de práticas de representação. Nesse sentido, a ideia de controle social é enriquecida com uma modalidade de controle própria das relações entre representantes e representados, ou seja, a ideia de prestação de contas. (GURZA LAVALLE E ISUNZA, 2011, p.7)

na literatura a diferença crucial entre participação de cidadãos (individual) e a participação de atores coletivos (representação), considerando que cada vez mais proliferam experiências em que este tipo de atores aciona mecanismos do controle social.

A partir deste pressuposto, estabelece-se então a relação entre participação e representação em que ao invés de carregarem conteúdos opostos, exercem uma função de complementaridade. Desta forma, não há como conceber, ainda que hipoteticamente, uma

“representación pura” eximida de cualquier participación, o una “participación pura” expurgada de toda mediación y/o delegación, evidencia cuan desventajosas son las estrategias analíticas que optan por la contraposición y cuánto ambas ideas se presuponen recíprocamente en el mundo político moderno ((GURZA LAVALLE e ISUNZA, 2011. p. 38).²⁵

Diante da proliferação de espaços participativos que requerem cada vez mais a participação tanto de atores individuais como de coletivos organizados, para Gurza Lavalle e Insunsa (2011), a dimensão da *accountability* tem sido resgatada “como uma via alternativa para elaborar a eventual legitimidade das novas práticas de representação” (tradução nossa p. 37). No entanto, o controle social requer mecanismos que são ativados pelos usuários, todavia não dá para supor que havendo os mecanismos haverá a participação, assim como não há garantias de que todos os indivíduos têm as mesmas condições para participar.

E, é no bojo das transformações, ampliações dos espaços participativos e reconfiguração da representação política que o conceito de controle social também vai ganhando novos significados. À despeito do entendimento elaborado pelas Ciências Sociais e de sua relação com a ordem social, Stotz (2006) ressalta que o movimento redemocratizante e a incorporação da participação social nas políticas públicas e nos marcos legais a elas referentes, promovem uma inversão de sentido de controle social ao ser ressignificado como “participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das

²⁵ “representação pura” sem qualquer participação, ou uma “participação pura” isenta de toda a mediação e / ou delegação, evidenciam quão desvantajosas são as estratégias analíticas que optam pela contraposição e quanto ambas as ideias se pressupõem reciprocamente no mundo político moderno (GURZA LAVALLE E ISUNZA, 2011, p. 29)

políticas públicas” (2006, p.150). Especialmente na área da saúde, dado a seu ineditismo, destaca também que é na 9ª CNS (Conferência Nacional de Saúde) de 1992 que há o nascimento do termo “controle social” em que o termo participação foi substituído pelo “[...] controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social”.

Ainda segundo Stotz (2006), a política de saúde enquanto pioneira na implementação da participação social por meio dos conselhos gestores tem uma grande contribuição para a resignificação do controle social, apesar dos entraves encontrados na prática.

A noção de controle social passou a ter o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado. Contudo, na prática, a ênfase do controle social a ser exercido pelos conselhos de saúde sobre o SUS deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde. (STOTZ, 2006, p.152)

Concepção esta que passa a requerer mecanismos de *accountability* e responsividade como facetas do controle social, que inclusive passa a vigorar não só na política de saúde, mas também nas demais políticas públicas.

Sendo assim, considerando a abrangência do controle social, agora incorporado aos processos de gestão das políticas públicas, parece apropriada a noção de *accountability* societal desenvolvida por Gurza Lavallo e Insunza, O’Donel (1998), Martins et al (2008), como aquela que é ativada por atores coletivos em funções de representação perante o poder público. Para Martins (2008), esta dimensão é acionada especialmente a partir da instituição dos conselhos gestores que permitem o desenvolvimento de instrumentos de *accountability* que ampliem a abrangência do controle público sobre as ações do governo.

Nesta perspectiva, a dupla face deste controle, desenvolvida por Gurza Lavallo e Insunza (2011) passam a ter ainda maior significado. Como já apontado, a primeira, refere-se ao controle sobre o público e seu aparato administrativo; a segunda, especialmente a partir destas inovações, suscitam questões de como ficam a *accountability* dos atores coletivos frente a seus representados. Nesta última, pode-se destacar não só a face da prestação de contas, mas os mecanismos que os conselhos tem utilizado relacionados à responsividade. O

que significa que o processo de *accountability* requer também o desenvolvimento de instrumentos que os representantes encontram para conhecer as preferências e escolhas dos representados e, levando em conta esta dimensão, prestar contas do encaminhamento das mesmas.

Pode-se afirmar que o tipo de representação exercida nos conselhos assemelha-se à substantiva e, neste caso, torna-se fundamental compreender como tem se dado a relação entre representantes e representados nestes espaços.

3 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE REPRESENTAÇÃO POLÍTICA NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Esta etapa apresenta os resultados obtidos a partir dos dados empíricos que versam sobre a complexidade da autorização conselheira, a responsividade e mecanismos de *accountability* entre os conselheiros e as entidades/segmento que representam. Destarte, o conjunto dos dados tratará do i) Perfil dos conselheiros, ii) da relação entre representação autorreferida e o que diz a legislação, iii) da relação entre número de habitantes e maior ou menor distância entre legislação e composição do conselhos, iv) dos processos de autorização praticados e sua interferência para delinear maior ou menor proximidade com o desenho definido pela legislação, v) da formação ou não de *expertise* de participação a partir de vivências anteriores como conselheiros, vi) da relação responsiva entre entidades/segmento na discussão do orçamento público da saúde – dado a importância deste tema para a área - e encaminhamento das demandas do segmento e/ou sociedade, vii) e a percepção que os conselheiros tem do ato de representar.

3.1 Contexto geral dos municípios abrangidos pela pesquisa

Localizados no norte do Paraná, mais especificamente na região do Vale do Ivaí, que recebe este nome por conta do Rio Ivaí, os municípios situam-se em uma região com vocação agrícola, e suas economias estão alicerçadas na produção rural, tendo apenas 02 municípios com um pólo industrial mais desenvolvido. Apucarana e Arapongas possuem indústrias em diversas áreas, mas são conhecidas nacionalmente principalmente pela concentração de indústrias de confecção e moveleira respectivamente. O município de Apucarana concentra a sede de escritórios regionais responsáveis pelo suporte da política pública estadual na região, como a educação, saúde, habitação, desenvolvimento rural, abastecimento, entre outras.

Entre estas organizações de âmbito regional está a 16ª Regional de Saúde que faz parte da rede administrativa intermediária da Secretaria de Estado da Saúde

– SESA, em número de 22 em todo Estado. É através das Regionais que o Estado exerce seu papel de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios intermunicipais de saúde, uma vez que a execução das ações e serviços deve ser absorvida por estes. De acordo com a SESA (2010), “à Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade”.



Figura 1 - Estado do Paraná de acordo com a divisão por Regionais de Saúde, com destaque para 16ª. Regional de Apucarana

Com 17 municípios adscritos sendo Apucarana, Arapongas, Califórnia, Marilândia do Sul, Rio Bom, Mauá da Serra, Borrazópolis, São Pedro do Ivaí, Grandes Rios, Sabáudia, Cambira, Novo Itacolomi, Jandaia do Sul, Bom Sucesso, Kaloré, Faxinal e Marumbi, 15 municípios são considerados de pequeno porte²⁶. Possuem uma rede de serviços no âmbito da atenção primária

²⁶ Pissaia (2011) questiona os critérios estabelecidos para a definição de municípios de pequeno porte, dado que existem muitas variáveis mesmo quando a diferença é de apenas 5.000 habitantes, por exemplo. No entanto, para fins deste trabalho, utilizou-se a concepção definida pelo IBGE que considera municípios pequenos até 20 mil habitantes, incluindo Jandaia do Sul com apenas 269 habitantes que ultrapassam os 20 mil. O autor também chama a atenção para o grande número de municípios brasileiros que se enquadram nestes critérios. Segundo ele, “o IBGE divulgou dados populacionais do Censo 2010, que apontou uma pequena queda de participação do número absoluto dos municípios pequenos (de até 20 mil habitantes) em relação aos demais municípios brasileiros, de 72% em 2008 para, 70,7% em 2010. Considerando os municípios com populações menores que 10 mil habitantes, representaram, segundo o

e saúde da família que proporcionam cobertura de 100% da população, segundo parâmetros de cobertura estipulados para a Estratégia Saúde da Família – ESF. São exceções os municípios de Mauá da Serra e São Pedro do Ivaí que proporcionam cobertura de 83,5% e 69,8% respectivamente. Apucarana e Araçongas, municípios maiores, mantêm uma rede que dá suporte para os atendimentos mais especializados na área²⁷.

Considerando o número de habitantes dos 13 municípios estudados nesta pesquisa, 11 possuem uma população igual ou menor de 20.000 habitantes, o que nos faz indagar se as condições e características da representação política seriam as mesmas que aquelas apresentadas em municípios de maior porte, ou ainda qual a relação que pode ser estabelecida entre o porte dos municípios e a gestão da política pública uma vez que esta não é gerada apenas a partir dos desejos e preferências dos usuários, mas também por outros interesses que envolvem setores privados que atuam na área da saúde além de detentores do poder decisório nas arenas formais de representação. 10 municípios estão abaixo de 8.000 habitantes, 02 entre 16 e 20.000 e apenas 01 com 120 mil habitantes.

A tabela 2 apresenta alguns indicadores destes municípios e demonstram que, apesar de possuírem características similares na forma como estas cidades foram desenvolvidas e forma de viver, apresentam também peculiaridades.

Além da diferença em termos populacionais, temos municípios com densidade demográfica de apenas 21,4 habitantes por km², em contraste com municípios de 219,53 e 108,17 km² que podem indicar municípios com características rurais além de maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde dado à distância. Percebe-se também, que alguns apresentam uma taxa de crescimento

Censo de 2010, quase a metade dos municípios brasileiros (45,7%)”. O Plano Diretor em Município de Pequeno Porte, publicado pelo Ministério das Cidades (BRASIL, 2004), também definirá os municípios até 20.000 habitantes como de pequeno porte. Para fins deste trabalho, adotou-se o critério do IBGE e Ministério das Cidades.

²⁷ Dados informados pelo setor responsável pela Atenção Primária à Saúde da 16ª. Regional de Saúde em Apucarana. Os serviços especializados compreendem a realização de consultas e exames de maior complexidade e que não são disponíveis nos municípios menores.

geométrica negativa, o que significa que a tendência é de diminuição do número de habitantes em municípios que já são pequenos.

Tabela 2 - População e indicadores dos municípios abrangidos pela 16ª. Regional de Saúde.

Município	População IBGE 2010	Taxa de crescimento geométrico %	Densidade demográfica hab/km2	IDH*	Mortalidade infantil/ mil Nascidos vivos	Percentual de taxa de pobreza*	Percentual de idosos	Grau de urbanização
Apucarana	120,919	1,15	219,53	0,799	12,06	14,78	39,12	94,36
Jandaia do Sul	20,269	0,30	108,17	0,783	7,19	19,43	54,22	90,44
Novo Itacolomi	2,827	-0,14	17,59	0,706	35,71	35,28	60,62	56,17
Bom sucesso	6,561	0,61	20,53	0,735	19,61	30,27	39,86	81,22
Borrazópolis	7,878	-1,81	23,00	0,727	8,93	32,17	64,59	73,74
Califórnia	8,069	0,50	57,00	0,745	0,00	26,17	43,57	74,71
Cambira	7,236	0,79	44,36	0,767	15,38	23,81	47,17	75,66
Faxinal	16,314	0,44	22,93	0,732	14,87	30,14	40,35	78,09
Grandes Rios	6,625	-1,70	21,40	0,695	22,47	37,68	40,29	53,74
Kaloré	4,506	-1,12	23,03	0,753	0,00	26,41	78,83	71,42
Marumbi	4,603	-0,02	21,87	0,735	20,41	33,21	50,64	68,24
Mauá da Serra	8,555	2,83	79,92	0,719	6,17	37,92	21,00	81,98
Rio Bom	3,334	-0,61	18,76	0,713	29,41	31,83	65,82	60,2

Fonte dos dados:

IPARDES, disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29. Acesso em 28 de janeiro de 2012.

* Dados referentes ao ano de 2000.

Os dados também revelam uma diversidade na constituição segundo a faixa etária, uma vez que temos municípios com apenas 21% de seus moradores caracterizados como idosos em contraste com outro com 78,83%. Somente este fato já pressupõe que uma cidade com habitantes mais idosos demanda ações, programas e investimentos diferenciados daquele com uma população mais jovem. Assim, enquanto em um município a prioridade pode ser a prevenção da hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, etc; no outro a atenção deverá estar voltada a programas de prevenção à gravidez na adolescência, prevenção da mortalidade materno-infantil, entre outros. Tais decisões e estabelecimentos de prioridades e investimentos passam pelos conselhos de saúde que deveriam planejar e deliberar sobre as políticas de acordo com a realidade e necessidade de sua população e/ou segmentos representados.

Quanto a um dos indicadores de saúde, a mortalidade infantil apresenta resultados muito distintos. Pegando os extremos, enquanto nos municípios de Califórnia, Kaloré e Mauá da Serra esta taxa é de 0,00 a 6,17 mortes para cada 1000 nascidos vivos, Novo Itacolomi configura uma das maiores sendo de 35,71. O que chama a atenção é que ambos recebem o apoio e orientações da mesma Regional que tem como função influenciar na gestão da saúde municipal de forma que cumpra os pactos de gestão que estabelece inclusive as prioridades e compromissos na diminuição destes índices.

Ora, diante da diversidade apresentada surgem algumas indagações. Por que apresentariam tantas disparidades? No que se refere aos conselhos gestores, estas condições interfeririam no exercício da representação? As relações entre as pessoas bem como os interesses dos setores ligados à saúde em municípios com uma densidade de 200 hab/km² seriam as mesmas que naqueles com 21 hab/km²? Ou ainda, diante do crescimento negativo de algumas cidades apontadas na pesquisa, haveria quantidade suficiente de organizações sociais instituídas formalmente para que façam parte dos conselhos? Estas são algumas das perguntas suscitadas na análise dos dados e que necessitam de estudos que abarquem as especificidades nos pequenos municípios além da compreensão se tais diferenças interferem ou não na maneira como a representação é exercida nos conselhos.

Como vimos o formato de conselhos gestores, faz parte hoje do arquétipo da gestão de políticas públicas no Brasil, e requer entre outros, a organização e mobilização da sociedade em organizações associativas. Além disso, a partir da Constituição de 1988 em que os municípios são tratados como parte da federação firmando-se como organizações livres e autônomas, passaram a ter responsabilidades antes exclusivas da união. O fato dos municípios estudados estarem classificados, na maioria, como municípios de pequeno porte traz uma preocupação que também é destacada por Pissaia (2011) quando ressalta, a título de exemplo, que os abaixo de 5 mil, a capacidade de arrecadação própria é cada vez menor, no entanto, passam a ter funções mais ativas no que tange à implementação das políticas públicas na medida em que são transferidos recursos e encargos da União às outras esferas. Por outro lado, para executar tais implementações, passaram a depender de recursos transferidos.

3.2 Perfil dos conselheiros

Os dados iniciais tratam da faixa etária, gênero e escolaridade dos conselheiros municipais e confirmam tendências já apontadas por outras pesquisas.

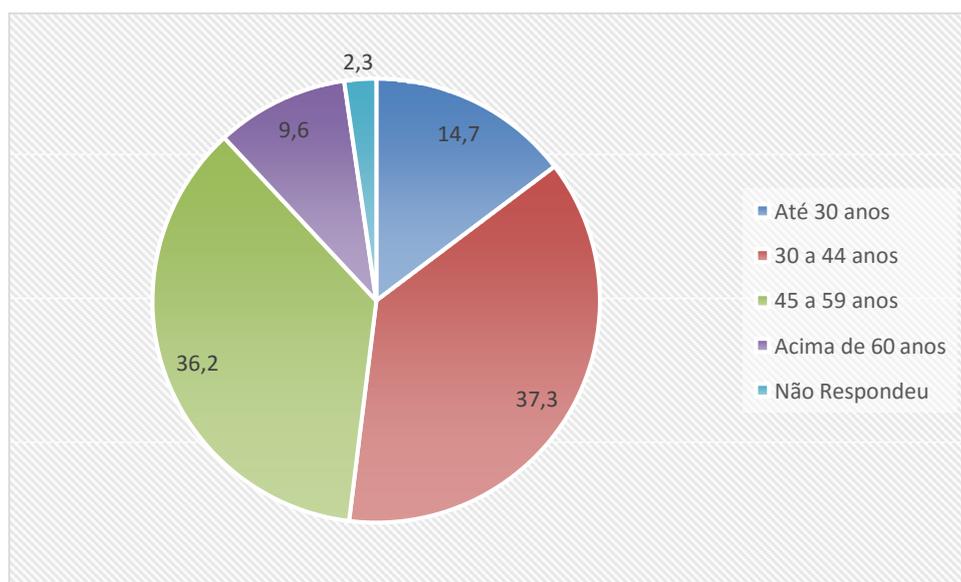


Figura 2 - Faixa etária dos conselheiros municipais de saúde de municípios da 16ª. RS – Gestão 2010 – 2011 (%).

Os resultados indicam uma preponderância na faixa etária de 30 a 44 anos (37,3%) e de 45 a 60 anos (36,2%). Quanto ao gênero, também há uma prevalência de mulheres, 67,8% contra 32,2% de homens. O resultado foi superior à tendência encontrada por Tonella (2006) em pesquisa com conselhos da Assistência Social, Direitos da Criança e do Adolescente, Saúde, Trabalho e Educação em municípios da região Noroeste do Paraná, que apresentou 56,9% de mulheres e 43,1% de homens.

Tabela 3 - Gênero dos conselheiros municipais de saúde de municípios da 16ª. RS – Por segmento representado - Gestão 2010 – 2011 (%).

Gênero / segmento	Usuário		Gestor		Trabalhador		Prestador		Não Sabe		Não Respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	37	20,9	45	25,4	16	9,0	10	5,6	10	5,6	2	1,1	120	67,8
Masculino	29	16,4	18	10,2	6	3,4	2	1,1	0	0,0	2	1,1	57	32,2

Observou-se também que o predomínio das mulheres é ainda maior no segmento dos gestores, em que 25,4% dos conselheiros que representam este grupo são do sexo feminino.

Lüchmann e Almeida (2010) ao analisarem a representação política das mulheres nos conselhos gestores, ressaltam que o campo de intervenção desses conselhos é o da política social, que possui um histórico de atuação feminina e que mobilizam as mulheres para o exercício da participação e da representação. Além disso, atribuem às inovações trazidas por estas instituições quanto aos procedimentos de escolha uma variável que explica a presença majoritária de mulheres nestes arranjos se comparados com o legislativo e executivo.

A tabela 4 demonstra um alto grau de escolaridade entre os conselheiros, 39% com nível superior completo e incompleto, que somados àqueles com uma pós-graduação totaliza 53,1% dos respondentes. Embora este resultado seja inferior ao apresentado por Tonella (2006) que constatou 71,5% nos conselhos pesquisados, indica que os integrantes, dado à sua alta escolaridade, teriam condições de examinar e compreender a documentação que tramita no interior deste como planos, legislação, relatórios de gestão, etc.

Tabela 4 - Escolaridade dos conselheiros municipais de saúde de municípios da 16ª. RS – Gestão 2010 – 2011 (%), considerando todo o universo pesquisado.

	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Pós-Graduação	Não Alfabetizado	Não Informado	TOTAL
Apucarana	1,1	4,0	5,6	1,1	0,0	0,0	11,9
Bom Sucesso	0,6	0,6	1,7	1,7	0,0	0,6	5,1
Borrazópolis	1,1	4,0	1,7	2,8	0,0	0,0	9,6
Califórnia	0,6	1,1	4,5	1,1	0,0	0,0	7,3
Cambira	0,6	4,0	3,4	1,7	0,0	0,0	9,6
Faxinal	0,0	1,1	4,0	0,6	0,0	0,0	5,6
Grandes Rios	0,0	2,8	2,3	0,6	0,0	0,0	5,6
Jandaia do Sul	1,1	1,7	5,6	1,7	0,0	0,0	10,2
Kaloré	1,1	1,7	3,4	1,1	0,0	0,0	7,3
Marumbi	0,6	4,0	1,1	1,1	0,0	0,0	6,8
Mauá da Serra	0,6	4,0	1,1	0,6	0,0	0,6	6,8
Novo Itacolomi	0,6	3,4	2,8	0,0	0,0	0,0	6,8
Rio Bom	0,6	3,4	1,7	0,0	0,6	1,1	7,3
Total	8,5	35,6	39,0	14,1	0,6	2,3	100,0

Outras pesquisas têm chegado à mesma conclusão. Fuks (2002) informa que mesmo nos conselhos em que ele pesquisou onde a escolaridade é mais baixa, 63% dos conselheiros já frequentaram o ensino superior dentre os quais 49% com o terceiro grau completo e 28% com cursos de pós-graduação. Dados como estes e em associação com outros indicadores além da escolaridade, tem permitido falar que os conselhos gestores no Brasil constituem uma espécie de elite de referência, “portadora de uma cultura associativa caracterizada por um perfil socioeconômico superior e por maior grau de informação e de capacitação técnica e política se comparada à média da população em geral” (LÜCHMANN, 2007 p 154).

3.3 Percepção do conselheiro quanto ao segmento representado e procedimentos de autorização

Inicialmente importou-nos identificar a percepção do conselheiro quanto ao segmento representado por ele quando toma assento no conselho. Para isso, indagamos a entidade que é representada por cada integrante e fizemos a correlação desta com o segmento correspondente para compreendermos a composição do conselho comparado ao que preconiza a resolução 333/2003 e a lei 8142/90

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (MS, lei 8142/90)

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (CNS, 333/2003)²⁸

²⁸ Após a defesa desta dissertação o Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde aprova nova resolução 453/2012 referente a composição dos conselhos que reitera o que já estava previsto na resolução 333/2003 quanto a ocupação das vagas nos conselhos.

Assim sendo, a composição dos conselhos de saúde devem obedecer aos critérios legais, cujo desenho corresponde à figura abaixo.

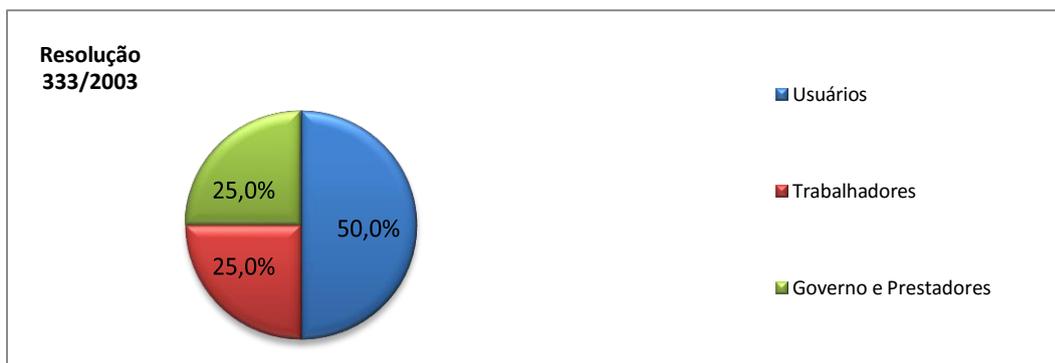


Figura 3 – Composição dos conselhos de saúde segundo resolução 333/2003

A partir das entrevistas, observa-se que o desenho dos conselhos difere do preconizado em lei, se considerarmos a autorreferência dos respondentes. Ao serem questionados, identificaram a entidade/segmento que acreditam representar de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 5 - Composição dos conselhos municipais de saúde segundo autorreferência dos conselheiros de acordo com segmento/entidade (%) – Gestão 2010/2011

Município	Nº Habitantes*	Gestores	Trabalha- dores	Presta- dores	Usuários	Não soube identificar	Não respondeu
Apucarana	120.884	14.3	14.3	9.5	61.9	-	-
Jandaia do Sul	20.283	33.4	16.6	5.5	44.5	-	-
Faxinal	16.317	50.0	10.0	20.0	20.0	-	-
Mauá da Serra	8.553	50.0	8.3	0,0	41.7	-	-
Califórnia	8.069	23.1	7.7	15.4	46.1	7.7	-
Borrazópolis	7.877	52.9	5.9	5.9	35.3	-	-
Cambira	7.236	52.9	-	5.9	35.3	5.9	-
Grandes Rios	6.625	60.0	-	10	20	-	10
Bom Sucesso	6.568	55.6	-	-	22.2	22.2	-
Marumbi	4.599	41.7	8.4	-	33.4	17.4	-
Kaloré	4.503	23.1	15.4	-	38.5	7.7	15.3
Rio Bom	3.334	0.0	38.5	7.7	38.4	7.7	7.7
Novo Itacolomi	2.827	25.0	33.3	8.3	16.7	16.7	-
Total	217.675	35,6	12,4	6,8	37,3	5,6	2,3

*Fonte: IBGE, censo 2010

A tabela 5 mostra que há uma diferença na composição dos conselhos e aponta que o número de habitantes pode ser um indicador importante para compreender tais diferenças. Em termos populacionais, Apucarana apresenta uma grande distância em relação aos demais municípios, sendo o único com uma

configuração mais aproximada do previsto em lei, inclusive quanto ao quesito da paridade dos usuários em relação ao conjunto dos segmentos, sendo esta de 61,9%.

Em relação à representação governamental, somados todos os municípios, como demonstrado na figura 5, percebeu-se que esta apresenta índice bem acima do estabelecido visto que totalizou 36%. A relação da influência governamental e o número de habitantes no que diz respeito aos processos de autorização parecem estabelecer-se aqui também levando em conta que nos municípios menores, a presença da representação deste segmento foi ainda mais significativa a exemplo dos municípios de Marumbi (41,7%), Bom Sucesso (55,6%), Cambira e Borrazópolis (52,9% cada). A exceção foi o município de Rio Bom em que nenhum respondente autorreferiu-se como representante do segmento governamental, no entanto, 23,1% afirmam terem sido indicados pelo gestor (tabela 6).

Considerando que 27,5% dos conselheiros não foram entrevistados, nos perguntamos se estes dados sofreriam modificações caso a pesquisa tivesse sido feita com a totalidade dos conselheiros. Para resolver a questão recorreremos às listas e decretos municipais que nomearam os conselheiros e verificamos os segmentos que correspondem àqueles que faltaram entrevistar. Assim, consideramos a totalidade dos conselheiros em 11 municípios uma vez que não conseguimos os dados de Marumbi e Bom sucesso.

Percebeu-se que em alguns casos aumentariam a representação dos usuários, pois os que ficaram sem responder eram deste segmento. Exemplo disso foi o município de Cambira e Borrazópolis em que a representação dos usuários ficaria em 58,3% e 50% respectivamente. No entanto, considerando que entre os faltosos também haviam representantes dos gestores, esta permaneceu com índices maiores do que o previsto em resolução, como nos casos de Jandaia do Sul 37,5%, Grandes Rios 46,15%, entre outros.

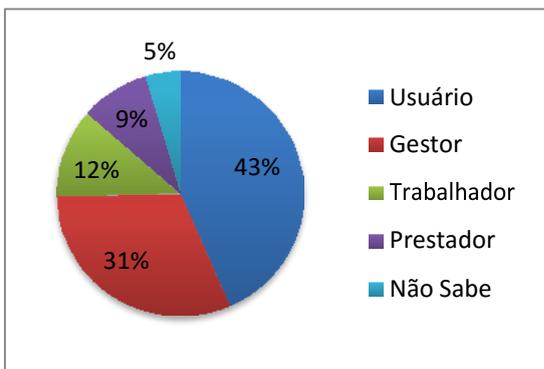


Figura 4 - Porcentagem de representação por segmento dos 11 municípios de acordo com a totalidade dos conselheiros (entrevistados e não entrevistados)

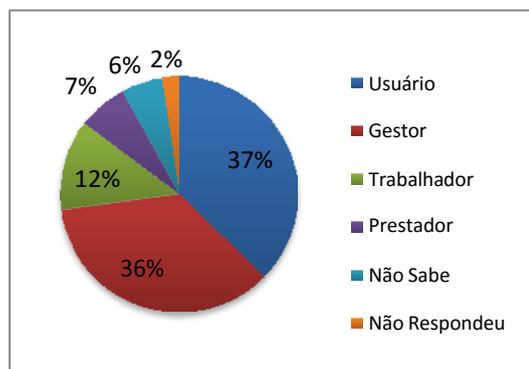


Figura 5 - Porcentagem de representação por segmento dos 13 municípios da 16ª. RS – Gestão 2010/2011

Comparados os dados obtidos somente a partir das entrevistas com aqueles em que foram considerados todos os conselheiros, observa-se que o índice da representação governamental continua alto. Somados os representantes do governo (31%) e dos prestadores (9%), são 40% dos conselheiros contra os 25% preconizado pela resolução 333/2003²⁹.

Ao cruzar os dados de representação autorreferida com os mecanismos utilizados para autorização, esta incongruência é ainda maior. Dos 22 respondentes que autorreferiram-se como representantes dos trabalhadores, 13 não foram indicados por suas entidades e sim pelos gestores da política municipal, os demais relatam terem sido escolhidos em conferências ou não souberam responder. O mesmo aconteceu com relação aos usuários, visto que em Cambira, Kaloré, Marumbi e Mauá da Serra, representantes dos usuários relatam terem sido indicados pelo poder público municipal.

²⁹ Parte dos dados referentes à autorização foram apresentados no II Fórum Brasileiro de Pós-graduação em Ciência Política (São Carlos – SP/20 a 22 de abril de 2011). Na ocasião, o professor Dr. Adrian Gurza Lavalle – a quem agradecemos pelas considerações – chamou a atenção para não darmos a conotação de que a composição dos conselhos, diversa da prevista em lei, seria um formato desviante. Para ele seriam contornos que conselhos ganharam diante da realidade e aponta que, para a compreensão deste fenômeno, outros fatores deveriam ser explorados, como por exemplo, compreender as forças presentes nestes municípios, partidos políticos, etc. Diante do exposto, faz-se necessário novas pesquisas que permitam refletir sobre os marcos legais e talvez, no diálogo com a realidade, redefinir outros parâmetros que expressem o movimento da própria sociedade. Ressaltamos que este trabalho de pesquisa não pretende tratar o problema como algo desviante, mas apontar as implicações deste imbrólio tendo em vista um dos princípios que norteou a legislação, ou seja, o equilíbrio na representação entre os segmentos.

Tabela 6 - Forma de autorização utilizada nos conselhos municipais de saúde/16ª. RSA por segmento (%) - Gestão 2010/2011

Forma de autorização	Gestor		Usuário		Trabalhador		Prestador		Não soube		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1. Indicação do governo	54	86%	12	18%	13	59%	0	0%	3	30%	2	50%
2. Indicação da Entidade	1	2%	36	55%	1	5%	9	75%	1	10%	2	50%
3. Eleição na entidade	3	5%	4	6%	1	5%	0	0%	1	10%	0	0%
4. Não especificou/não sabe	4	6%	10	15%	3	14%	1	8%	5	50%	0	0%
5. Escolhido em conferência	1	2%	4	6%	4	18%	2	17%	0	0%	0	0%
Total geral	63	100%	66	100%	22	100%	12	100%	10	100%	4	100%

A tabela acima demonstra que nos segmentos dos usuários e trabalhadores 18% e 59% respectivamente, foram escolhidos e legitimados pelo poder público para compor o conselho, o que fere os mecanismos de seleção previstos nos marcos legais (Resolução 333/203, Lei 8142/1990) descritos também no relatório final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde.

130.2 - os Gestores do SUS ficam proibidos de indicar os representantes dos Usuários, dos Trabalhadores em Saúde e dos prestadores de serviços nos Conselhos de Saúde; (CNS – Relatório Final 10ª. Conferência, p.38)

Chama a atenção o município de Rio Bom em que nenhum entrevistado considerou-se representante governamental. No entanto, 23,1% dos entrevistados foram autorizados por meio de indicação governamental. Isso significa que, mesmo nos municípios onde pareceu não haver uma maior representação governamental, se relacionada às respectivas formas de autorização, pode-se afirmar que a distância entre o que a legislação diz e quem o conselheiro representa de fato parece aumentar nos municípios menores. Tomando por base o menor município, Novo Itacolomi, além da representação dos usuários (16,7%) ter sido bem menor em relação ao conjunto dos segmentos, alguns indivíduos (16,7%), sequer souberam identificar com clareza a instituição e o segmento representado o mesmo acontecendo em Bom

Sucesso e Marumbi (33,3% cada), o que demonstra um imbróglio na representação política conselhistas³⁰.

Compreender como se deu o processo de autorização da representação ajuda a desvendar os vínculos entre representantes e representados, vínculos estes que poderão ter influência nos momentos de tomada de decisão além de dar pistas da falta de compreensão de alguns conselheiros quanto ao segmento que representam. De acordo com os dados, o método de escolha mais praticado para autorizar a representação conselhistas é a indicação, seja pelas entidades e organizações da sociedade civil ou pelos gestores.

Tabela 7 - Processo de autorização dos conselhos municipais de saúde – 16ª. RSA - Por município - Gestão 2010-2011 (%)

Município	Indicado Gestor		Indicado Entidade		Eleição		Não especificou / Não sabe		Conferência		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Apucarana	3	14,3	10	47,6	1	4,8	2	9,5	5	23,8	21	100
Jandaia do Sul	7	38,9	7	38,9	2	11,1	1	5,6	1	5,6	18	100
Novo Itacolomi	7	58,3	2	16,7		0,0	2	16,7	1	8,3	12	100
Bom sucesso	5	55,6	1	11,1		0,0	3	33,3		0,0	9	100
Borrazópolis	10	58,8	1	5,9		0,0	6	35,3		0,0	17	100
Califórnia	7	53,8	4	30,8		0,0	2	15,4		0,0	13	100
Cambira	10	58,8	4	23,5	1	5,9	2	11,8		0,0	17	100
Faxinal	5	50,0	4	40,0		0,0		0,0	1	10,0	10	100
Grandes Rios	7	70,0	3	30,0		0,0		0,0		0,0	10	100
Kaloré	6	46,2	4	30,8	1	7,7		0,0	2	15,4	13	100
Marumbi	6	50,0	1	8,3	1	8,3	4	33,3		0,0	12	100
Mauá da Serra	7	58,3	4	33,3	1	8,3		8,3		0,0	12	100
Rio Bom	3	23,1	3	23,1	2	15,4	1	7,7	4	30,8	13	100

As eleições foram pouco utilizadas e, quando aparecem, referem-se à seleção dos usuários. Neste quesito, os dados aqui apresentados diferem da pesquisa realizada por Almeida (2010, p.12) em que nos CMSs estudados, prestadores e governo são, em sua maioria, indicados. Já o segmento dos trabalhadores e

³⁰ No caso de Novo Itacolomi, 03 representantes dos usuários ficaram sem responder a entrevista, mas ainda que fossem contabilizados, a representação dos usuários seria de 31,25%, bem abaixo da paridade em relação ao conjunto dos segmentos.

usuários são eleitos, seja pela entidade, sugerindo que as organizações da sociedade civil tendem a ser mais democráticas³¹.

Na categoria não sabe/não especificou foram agrupadas as respostas daqueles que informaram não ter conhecimento do procedimento de autorização com aquelas respostas que apenas relataram ter sido a convite, mas sem saber por parte de quem. Isto considerando que as respostas inespecíficas e vagas indicaram também o desconhecimento dos sujeitos em relação ao processo de escolha para a composição dos conselhos, totalizando 13% em relação ao conjunto dos conselhos pesquisados.

Destes, destacam-se os municípios de Bom Sucesso com 33,3% dos conselheiros que não souberam informar como se deu a seleção para compor o conselho, Borrazópolis com 35,5% e Marumbi com 33,3%. Sendo assim, cabe-nos questionar até que ponto esta falta de clareza interfere no processo de representação já que muitos sujeitos têm dúvidas quanto ao segmento que representam, desconhecem os métodos de seleção descaracterizando o sentido de fazerem parte deste colegiado.

Tabela 8 - Processos de autorização por segmento representado - 16ª. RSA – Gestão 2010/2011

Município	Segmento	Indicação do Gestor	Indicação da entidade	Eleição na entidade	Não especificou/não sabe	Escolhido em conferência	Total
	Gestor	3	-	-	-	3	6
	Usuário	-	7	1	2	-	10
	Trabalhador	-	2	-	-	1	3
	Prestador	-	1	-	-	1	2
	Não soube identificar	-	-	-	-	-	-
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
	Subtotal	3	10	1	2	5	21
	Gestor	6	-	-	-	-	6
	Usuário	-	6	2	-	-	8
	Trabalhador	1	-	-	1	1	3
	Prestador	-	1	-	-	-	1
	Não soube identificar	-	-	-	-	-	-
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
	Subtotal	7	7	2	1	1	18
	Gestor	3	-	-	-	-	3
	Usuário	-	-	-	2	-	2
	Trabalhador	4	-	-	-	-	4
	Prestador	-	1	-	-	-	1
	Não soube identificar	-	1	-	-	1	2
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
	Subtotal	7	2	-	2	1	12

³¹ As últimas conferências de saúde tem adotado orientação do Conselho Estadual em que se elege a entidade que terá direito a vaga no Conselho. Após a eleição, a entidade indica o nome da pessoa que a representará.

Bom Sucesso	Gestor	4	-	-	1	-	5
	Usuário	1	1	-	-	-	2
	Trabalhador	-	-	-	-	-	-
	Prestador	-	-	-	-	-	-
	Não soube identificar	-	-	-	2	-	2
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	5	1	-	3	-	9	
Borrazópolis	Gestor	7	-	-	2	-	9
	Usuário	3	1	-	2	-	6
	Trabalhador	-	-	-	1	-	1
	Prestador	-	-	-	1	-	1
	Não soube identificar	-	-	-	-	-	-
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	10	1	-	6	-	17	
Califórnia	Gestor	3	-	-	-	-	3
	Usuário	2	2	-	2	-	6
	Trabalhador	1	-	-	-	-	1
	Prestador	-	2	-	-	-	2
	Não soube identificar	1	-	-	-	-	1
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	7	4	-	2	-	13	
Cambira	Gestor	8	-	1	-	-	9
	Usuário	1	3	-	2	-	6
	Trabalhador	-	-	-	-	-	-
	Prestador	-	1	-	-	-	1
	Não soube identificar	1	-	-	-	-	1
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	10	4	1	2	-	17	
Faxinal	Gestor	4	-	-	-	1	5
	Usuário	-	2	-	-	-	2
	Trabalhador	1	-	-	-	-	1
	Prestador	-	2	-	-	-	2
	Não soube identificar	-	-	-	-	-	-
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	5	4	-	-	1	10	
Grandes Rios	Gestor	6	-	-	-	-	6
	Usuário	-	2	-	-	-	2
	Trabalhador	-	-	-	-	-	-
	Prestador	-	1	-	-	-	1
	Não soube identificar	-	-	-	-	-	-
	Não respondeu	1	-	-	-	-	1
Subtotal	7	3	-	-	-	10	
Kaloré	Gestor	2	1	-	-	-	3
	Usuário	1	2	1	-	1	5
	Trabalhador	1	-	-	-	1	2
	Prestador	-	-	-	-	-	-
	Não soube identificar	1	-	-	-	-	1
	Não respondeu	1	1	-	-	-	2
Subtotal	6	4	1	-	2	13	
Marumbi	Gestor	3	-	1	1	-	5
	Usuário	2	1	-	1	-	4
	Trabalhador	1	-	-	-	-	1
	Prestador	-	-	-	-	-	-
	Não soube identificar	-	-	-	2	-	2
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	6	1	1	4	-	12	
da Mauá Serra	Gestor	5	-	1	-	-	6
	Usuário	1	4	-	-	-	5
	Trabalhador	1	-	-	-	-	1
	Prestador	-	-	-	-	-	-
	Não soube identificar	-	-	-	-	-	-
	Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Subtotal	7	4	1	-	-	12	

Rio Bom	Gestor	-	-	-	-	-	-
	Usuário	-	2	2	-	1	5
	Trabalhador	3	-	-	-	2	5
	Prestador	-	-	-	-	1	1
	Não soube identificar	-	-	-	1	-	1
	Não respondeu	-	1	-	-	-	1
Subtotal	3	3	2	1	4	13	

Esta tabela nos leva a concluir que em municípios menores o problema aqui tratado é mais frequente. Para uma análise mais detalhada, tomamos como referência 03 municípios, sendo um de maior porte (Apucarana), um de médio porte (Jandaia do Sul) e um de pequeno porte (Novo Itacolomi) em relação ao conjunto dos municípios selecionados, tentou-se perceber os mecanismos de autorização relacionados ao segmento que cada conselheiro autorreferiu-se.

No município de Apucarana, houve a maior proximidade com a composição delineada na resolução 333/2003. Dos 21 conselheiros, 07 não tiveram clareza quanto ao método de escolha, pois 02 informaram apenas que foi a convite, não especificando por parte de quem. Os outros 05, mencionaram o processo de escolha durante a conferência, no entanto para participarem desta, tiveram que ser escolhidos antes pelas entidades, tornando-se elegíveis como conselheiros. Desta forma, além de não esclareceram como chegaram à conferência, os dados obtidos não permitem identificar se os delegados de determinada entidade reuniram-se em um momento durante a conferência para escolher quem seria este representante, ou ainda se na conferência a entidade apenas garantiu a vaga no conselho podendo indicar o conselheiro posteriormente.

Constatamos também que o procedimento de autorização conselhistas mais utilizado neste município é a indicação da entidade, tanto governamental como não governamental, e que a eleição pelas bases representadas foi verificada em apenas uma entidade do segmento dos usuários.

Em Jandaia do Sul há uma representação do poder Governamental (33%) bem acima do que o previsto em lei, que se somados aos conselheiros representantes deste segmento que não responderam a entrevista, seriam 37,5%, e chama a atenção o fato que, dos 03 representantes dos trabalhadores, um não se diz indicado pela sua entidade de classe e sim pelo gestor governamental e outro, mesmo se considerando do segmento dos trabalhadores, não soube responder

como foi indicado o que pode demonstrar a fragilidade do vínculo com entidade de classe. Além disso, este último ocupa o cargo de coordenador de setor na administração pública municipal, sugerindo que sua escolha pode ter sido realizada pelo governo e não por entidade representativa dos trabalhadores, o que é considerado como um impedimento à representação segundo legislação e o relatório final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro (CNS, resolução 333/2003)

130.4 os funcionários com cargo de confiança, ficam proibidos de participar como Conselheiros, salvo quando representarem o gestor público ou privado que o emprega (CNS, 2012).

Já em Novo Itacolomi há a prevalência do poder governamental nos mecanismos de autorização não somente em relação a este segmento propriamente dito, mas também no segmento dos trabalhadores. A resolução referida diz que 25% do conselho será integrado por **entidades de trabalhadores da saúde** que poderão ser associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe e, neste caso, o fato do indivíduo atuar profissionalmente na área não o qualifica como conselheiro a menos que seja autorizado pela entidade a que está vinculado. Desta forma observa-se que o método de autorização deste segmento não corresponde com a legislação e possibilita inferir que os representantes dos trabalhadores se enquadrariam mais como representantes do governo uma vez que são servidores públicos que atuam na saúde e escolhidos por este.

Sendo assim, cumpre-nos indagar que diante desta confusão entre os mecanismos de autorização e representação, estes atores podem posicionar-se mais de acordo com os interesses de quem os colocou lá do que propriamente dos trabalhadores na área da saúde. Se fossemos considerar a composição a partir dos procedimentos de autorização os resultados seriam de 07 representantes governamentais e 05 para o conjunto dos demais segmentos, o que representaria 58,3 % contra 41,7% respectivamente, alterando significativamente o desenho do mesmo, principalmente no que diz respeito à paridade dos usuários.

Somado a isso, dois respondentes não souberam identificar qual segmento representam no conselho ficando em dúvida entre ser representante dos funcionários ou da pastoral da criança.

Quanto aos usuários, além da baixa quantidade de representação, observou-se que os mesmos não têm muita noção do processo de escolha que os nomeou para integrar o conselho já que os dois conselheiros relataram apenas que foram convidados, porém não souberam especificar por parte de quem.

Com exceção de Apucarana, o cruzamento dos dados quanto às formas de autorização com os respectivos segmentos autorreferidos indicam uma forte interferência governamental na indicação dos representantes. Apesar de prevista a participação dos usuários e demais segmentos numa perspectiva de equilibrar as forças no processo decisório, a significativa influência do poder público é uma variável que tem alterado a configuração dos conselhos não somente quanto à sua forma, mas também no impacto da presença destes conselheiros na formulação da própria política, já que esta seria uma de suas principais funções.

Com relação à totalidade dos municípios pesquisados, vale ressaltar que o problema da incongruência entre o método de seleção e o segmento autorreferido e que, segundo Almeida (2010) interfere na capacidade deliberativa dos conselhos, é comum à 12 dos 13 municípios, especialmente na composição dos representantes dos trabalhadores. Como já afirmado anteriormente, dos 22 membros que autorreferiram-se deste segmento somente em Apucarana os 03 representantes dos trabalhadores foram indicados por uma associação, um sindicato e o terceiro escolhido na conferência municipal, contudo indicado por sua entidade para participar desta. Ainda quanto à capacidade deliberativa, concordamos com Almeida (2010, p.8 e 9) quando afirma que

Apesar das leis de criação e regimentos internos de alguns conselhos de políticas, como saúde, assistência social e dos direitos da criança e do adolescente, apontar para seu aspecto deliberativo, é preciso considerar que a capacidade de “falar em nome de” dos conselheiros depende de uma série de variáveis, principalmente, da relação entre Estado e sociedade organizada e entre esta e a sociedade em geral.

Por outro lado, ainda que os trabalhadores não tenham sido escolhidos por suas respectivas entidades e sim pelos gestores, não muda o fato de que estes conselheiros são efetivamente os trabalhadores do SUS que operacionalizam a política. Neste caso, não havendo entidades que possam legitimar seus representantes, principalmente nos municípios menores, não haveria nenhuma representação desta categoria se estes trabalhadores não fossem indicados, ainda que não fosse pela sua própria base. Sendo assim, há que se pensar em alternativas que garantam a participação deste segmento sem ferir as recomendações legais e alterar o princípio da paridade na representação.

Já em relação aos usuários, observou-se que em 07 municípios alguns representantes que autorreferiram-se deste segmento declararam terem sido escolhidos pelo gestor, sendo Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Kaloré, Marumbi e Mauá da Serra. O que revela inconsistências entre as formas de autorização aceitas nos marcos legais para os representantes da sociedade civil uma vez que deveriam ser escolhidos pela própria entidade em fóruns próprios, através de eleição ou não, ou ainda indicados pelos seus pares. As respostas revelam que pode haver uma confusão ao identificarem os procedimentos de autorização, mas não garantem que foram efetivamente indicados pelos gestores.

Outra via explicativa para as incongruências encontradas poderia relacionar-se à baixa escolaridade dos conselheiros municipais, já que esta dificultaria a compreensão não somente os documentos que circulam no conselho, como a própria representação. Contudo, contrariando esta hipótese, os dados já apresentados demonstram a alta escolaridade na composição dos mesmos. Separando os dados por município, o conselho com maior escolaridade é Faxinal com 80% dos conselheiros com ensino superior somado aos pós-graduados, e o de menor escolaridade Mauá da Serra com 25%, este último por sua vez possui 58,3% de seus integrantes com ensino médio que se supõe portadores de habilidades para compreensão. Assim, os conselheiros dos municípios estudados deveriam fazer parte de um grupo de posse competências necessárias não só para a organização das informações, mas para a compreensão da dinâmica da representação.

Esta constatação nos leva a outras indagações que não serão exploradas neste momento, mas poderiam ser objeto de estudo para novas pesquisas relacionando a educação e o exercício político. Talvez, as incongruências apresentadas não estejam relacionadas à quantidade de anos de estudo, mas na ausência de um currículo que prepare o sujeito para o exercício político no sentido de desenvolver saberes, competências e habilidades para a cidadania.

Tabela 9 - Escolaridade dos conselheiros municipais de saúde da 16ª RS- Porcentagem por município

	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Pós-Graduação	Não Alfabetizado	Não Informado	TOTAL
Apucarana	9,5	33,3	47,6	9,5	0,0	0,0	100,0
Bom Sucesso	11,1	11,1	33,3	33,3	0,0	11,1	100,0
Borrazópolis	11,8	41,2	17,6	29,4	0,0	0,0	100,0
Califórnia	7,7	15,4	61,5	15,4	0,0	0,0	100,0
Cambira	5,9	41,2	35,3	17,6	0,0	0,0	100,0
Faxinal	0,0	20,0	70,0	10,0	0,0	0,0	100,0
Grandes Rios	0,0	50,0	40,0	10,0	0,0	0,0	100,0
Jandaia do Sul	11,1	16,7	55,6	16,7	0,0	0,0	100,0
Kaloré	15,4	23,1	46,2	15,4	0,0	0,0	100,0
Marumbi	8,3	58,3	16,7	16,7	0,0	0,0	100,0
Mauá da Serra	8,3	58,3	16,7	8,3	0,0	8,3	100,0
Novo Itacolomi	8,3	50,0	41,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Rio Bom	7,7	46,2	23,1	0,0	7,7	15,4	100,0

Poderia-se supor que a experiência acumulada enquanto conselheiro corroboraria para uma maior clareza quanto aos mecanismos de autorização e maior aproximação da resolução 333/2003. Todavia, tomando como exemplo Novo Itacolomi, os dados revelam que apesar da experiência acumulada, é também o conselho que apresentou maiores contradições entre quem o conselheiro se diz representar comparado com a forma de seleção para integrá-lo, autorreferindo-se como representante de um segmento e sendo indicado por um outro, conforme demonstrado na tabela 5.

A figura 6 demonstra que há certo equilíbrio entre os integrantes do conselho que assumem a condição de representante pela primeira vez (52%) e os que já foram conselheiros neste ou em conselho de outra política. Pode-se considerar que os conselhos de Novo Itacolomi (58,3%), Grandes Rios (60%) e Marumbi (66,7%) são os mais experientes considerando o histórico de participação anterior. Contudo, chama a atenção o fato que em Novo Itacolomi, e Marumbi,

houve maior incongruência entre o segmento que dizem representar e o método de escolha e também o maior índice de pessoas que ficaram em dúvida quanto a entidade que representam no conselho (16,7% e 17,4% respectivamente).

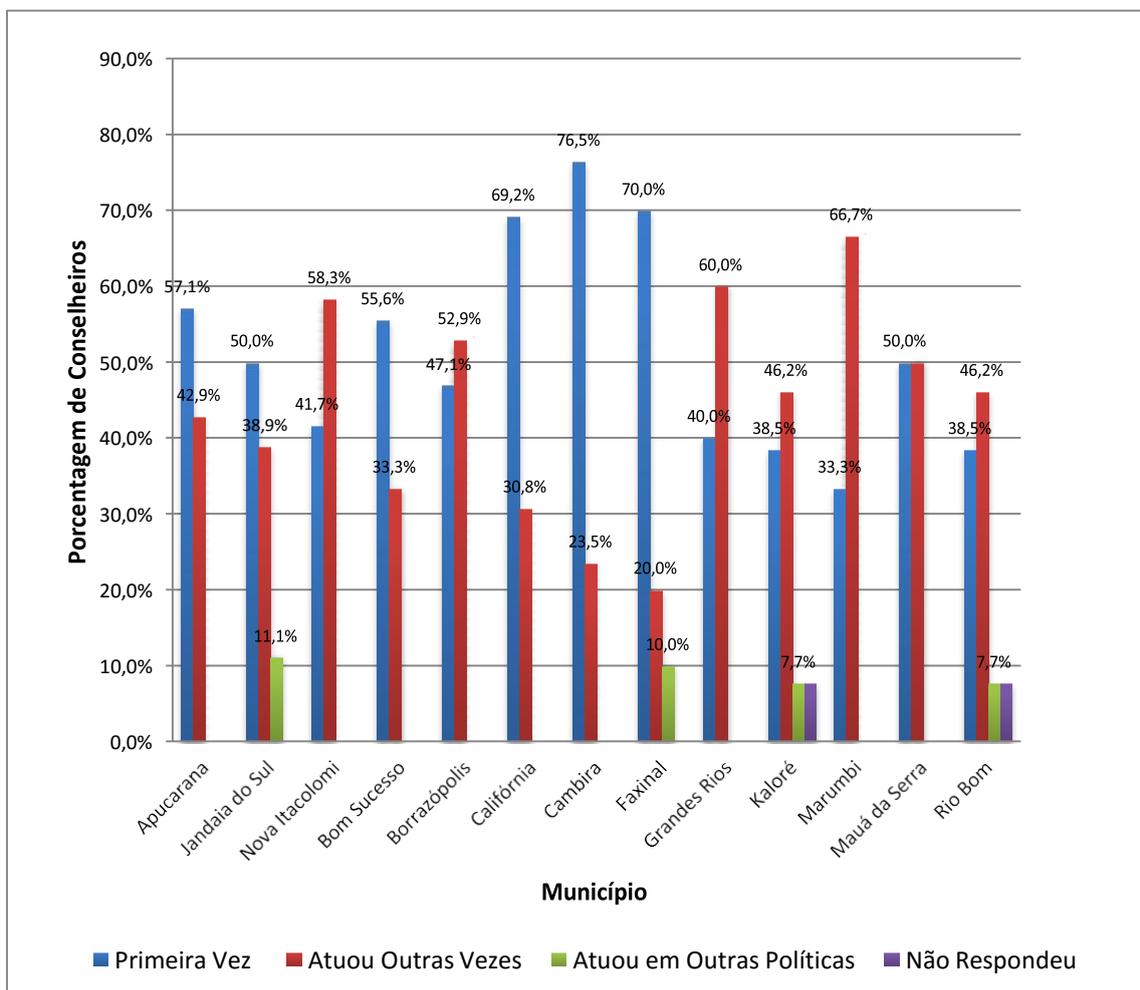


Figura 6 – Porcentagem de Conselheiros que já atuaram como representantes em conselhos anteriormente - Experiência acumulada

Por outro lado, o município de Cambira que possui 76% dos conselheiros pela primeira vez não apresentou resultados discrepantes dos demais municípios, seguindo a tendência de uma representação governamental acima do preconizado.

Destarte, os dados apresentados até aqui não são suficientes para explicar se a experiência acumulada, no sentido da quantidade de vezes que integrou um conselho de política pública, contribui para o aprimoramento da representação de tal forma que expresse cada vez mais as preferências dos cidadãos, diminuindo o hiato entre representantes e representados. Ou então, se contribui

para que haja o equilíbrio de forças esperado neste novo arranjo institucional. Sendo assim, parece-nos fundamental explicitar a atuação, a qualidade, o envolvimento e o histórico de participação dos conselheiros nos mandatos anteriores tanto em relação ao próprio conselho quanto com o segmento representado, como também com a comunidade mais ampla, para tentarmos desvelar alguns determinantes do imbróglio que a representação conselhistas tem demonstrado.

Além das questões apontadas, fundamental para compreender este imbróglio, seria compreender em que circunstâncias o tamanho do município interferiria no processo de representação, uma vez que a escolaridade ou a experiência acumulada de participação não tem sido capazes de oferecer subsídios explicativos para tal fenômeno.

A divergência evidenciada entre os resultados apontados pode ser explicada levando em conta as dimensões dos municípios já que o presente estudo parece demonstrar que a representação fica mais embaraçada nos pequenos municípios. Desta forma parece importante que a academia, por meio de novas pesquisas, passe estabelecer esta relação, considerando que existe uma grande produção sobre os conselhos, no entanto, os municípios até 20 mil habitantes têm sido particularmente negligenciados nas discussões já que a maior parte dos estudos versa sobre estes formatos em grandes cidades, ou então em nível estadual e federal, como o caso do CNS- Conselho Nacional de Saúde, CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social, entre outros, havendo uma lacuna na compreensão da dinâmica destes em municípios menores.

É fato que os municípios brasileiros tem seu poder ampliado a partir da autonomia conquistada após a Constituição de 88, contudo, especialmente nos pequenos municípios, esta certa autonomia vem acompanhada da falta de recursos suficientes e conseqüente necessidade de repasse de recursos estaduais e federais, além de corpo técnico reduzido. Estas deficiências aliadas a obrigatoriedade de formalização dos conselhos gestores talvez seja uma pista para explicar os motivos pelos quais a configuração destes, esteja sendo diversa daquilo que se esperava. Outra possibilidade para isso pode ser o baixo associativismo uma vez que os conselhos pressupõem a representação de por

meio de organizações civis, e, não as tendo, os municípios empreendem um esforço em adaptar-se à estas exigências e diante das dificuldades elencadas, favorece o imbróglho da representação conselhistas.

Tais constatações somadas à diversidade e as especificidades características em municípios com menor número de habitantes, ao crescente processo de descentralização em que os municípios assumem novas responsabilidades, podem indicar que os postulados obtidos em pesquisas sobre os conselhos não se apliquem aos municípios menores. Em suma, significa dizer que ser conselheiro em Curitiba, por exemplo, pode não ser o mesmo que ser conselheiro em Apucarana, assim como pode não ser o mesmo que ser conselheiro em Novo Itacolomi ou Cambira, tomando como referência o tamanho destes municípios e a complexidade social de cada um deles. Conseqüentemente, o ato de representar pode também obter nuances diferenciadas.

Este trabalho sugere que a forma como se configura a realidade em municípios de pequeno porte poderia ser um dos fatores que contribui para as contradições apontadas no que se refere aos procedimentos de autorização, já que as inconsistências parecem aumentar quanto menor o município. Carece uma maior compreensão das dificuldades dos municípios pequenos em compor os diversos conselhos exigidos por lei diante de uma sociedade com poucas organizações civis formalizadas, inexistência de associações e entidades de classe representativas e talvez com poucas perspectivas de mudança neste sentido, já que muitos deles vêm apresentando uma taxa de crescimento populacional negativa (tabela 2).

Santos Júnior (2012 p.100), ao tratar dos dilemas da reforma municipal sugere que no Brasil há um baixo grau de associativismo, componente este importante para a formação do que denomina cultura cívica e da esfera pública, da qual os conselhos e organizações fazem parte. Para o autor, “as possibilidades de constituição de esferas públicas e suas dinâmicas políticas são muito distintas segundo os diversos contextos sociais, heterogêneos e diversificados” já que o grau de associativismo das cidades brasileiras, bem como o padrão associativo é muito diferenciado de acordo com a região. No caso dos conselhos

pesquisados, parece que esta diferenciação pode ser ainda maior se relacionada ao tamanho dos municípios. Tomando como exemplo a representação dos trabalhadores, além das inconsistências já apontadas, percebe-se que em 03 municípios (Grandes Rios, Cambira e Bom Sucesso) nenhum conselheiro declarou-se deste segmento³², o que pode estar relacionado ao fato de não haver entidades representativas organizadas nestas localidades. Portanto, faz-se necessário maior esforço no sentido das pesquisas privilegiarem estudos que identifiquem o grau e formatos associativos nos municípios de pequeno porte, já que a participação da sociedade através de organizações formalmente instituídas é imprescindível para a composição dos conselhos nas diferentes esferas de governo.

Diante do exposto, o que se sugere aqui, que os fenômenos que explicam a configuração real dos conselhos seriam resultado de uma multiplicidade de fatores, que precisam ser explicitados para que efetivamente apontem alternativas para o desenho de uma política pública em que sejam considerados os anseios, desejos, necessidades e expectativas de seus cidadãos.

3.4 Percepção das funções e do ato de representar segundo os conselheiros

O complexo processo de representação, a partir da experiência conselheira, passa pela necessidade de identificar também como estes novos representantes percebem seu papel neste contexto. Muito tem sido estudado quanto à falta de compreensão dos conselheiros quanto às suas funções segundo o que a legislação preconiza. No entanto, é fato que, além daquilo que é previsto nos marcos legais, quando um cidadão se dispõe a participar como conselheiro já tem alguma concepção do que significa este ato. Sendo assim, foi perguntado aos entrevistados quais seriam as funções dos conselheiros. A partir das respostas, estabeleceu-se 05 categorias, sendo: i) controle social, ii)

³² Observando os registros dos respectivos conselhos, nenhum dos conselheiros que não foram entrevistados estavam cadastrados como representantes dos trabalhadores, o que nos permite fazer tal afirmação já que não haveria alteração dos dados ainda que fosse entrevistado 100% do universo pesquisado.

representação substantiva, iii) processo deliberativo e formulação de política, iv) outros e os que v) não souberam responder. Dentro de cada categoria foram associadas as respostas que mais correspondiam àquele item específico.

Alguns entrevistados deram respostas que se enquadraram em mais de uma categoria, como por exemplo, os que consideraram como função do conselho não só fiscalizar os gastos públicos, mas também defender os interesses de um determinado segmento. Deste modo, um mesmo respondente possibilitou o enquadramento em duas ou mais categorias de forma que neste item os 100% correspondem ao número de categorias respondidas (221) e não à soma dos conselheiros que são 177.

Percebe-se que os conselheiros, independentemente do segmento que representam, consideram o controle social, a atividade de representar um grupo ou comunidade e o processo deliberativo na formulação da política, suas funções principais, conforme demonstrado na figura 6. O que significa que, embora haja uma confusão na identificação de quem representam no conselho (demonstrado na figura 5 e tabela 6) eles tem clareza daquilo que se espera de um conselheiro no desempenho de suas funções.

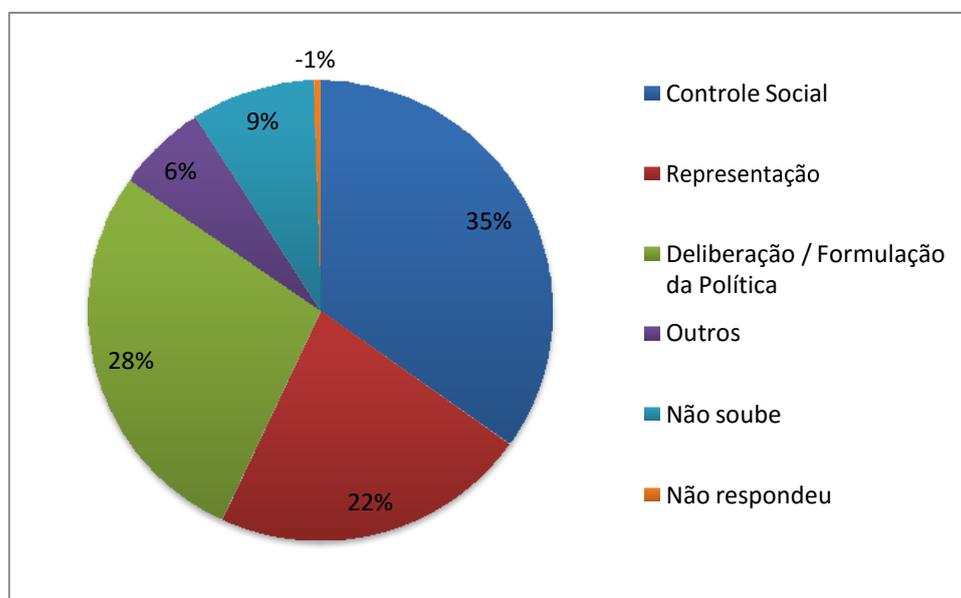


Figura 7 – Descrição das funções dos conselheiros na visão dos Conselheiros Municipais de Saúde da 16ª RS.

Na primeira categoria – **controle social** foram agrupadas as respostas que apontam como função dos conselheiros fiscalizar os serviços de saúde, analisar as contas e aplicação de verbas e denunciar problemas no atendimento, totalizando 35%. Tais constatações dizem respeito à dimensão da *accountability* enquanto uma das facetas do controle social como atribuem Gurza Lavalle e Insunza (2010) e que pressupõe a responsabilização e mecanismos de sanção. Diz respeito também ao controle social, segundo concepção amplamente utilizada especialmente na área da saúde que refere-se à formas de controle que a sociedade passa a ter sobre o Estado (STOTZ, 2006). A seguir apresentamos algumas falas dos entrevistados para exemplificar a presença desta dimensão.

Fiscalizar a aplicação dos recursos e fazer propostas de ações de saúde, verificar se os programas estão sendo bem executados.(Grandes Rios 09 G)³³

Principalmente fiscalizar a área da saúde, ver como está o andamento da área da saúde.(Marumbi 4 T)

Reivindicar e acompanhar atividades do município, denunciar se não está sendo atendido pelos profissionais de saúde, e cobrar que melhore essa atuação.(Apucarana 6 T)

Acompanhar os processos de licitação, aplicação de verbas, projetos, atendimento médico (Apucarana 7 T)

As respostas que compuseram a segunda categoria – **representação** - referem-se àquelas que se aproximam da concepção de representação enquanto uma atuação substantiva por outros (PITKIN, 1985), embora esta concepção seja muito mais ampla e abarque uma gama de significados. Destarte, 22,% das respostas associaram a defesa da classe que representam, a defesa dos interesses e demandas dos usuários e/ou segmento, como parte de suas funções.

Verificar no bairro onde reside para averiguar problemas da comunidade e trazer para o conselho. (Rio Bom 01 U)

³³ Como já mencionado na introdução, as falas dos respondentes foram transcritas pelos entrevistadores e aparecem aqui identificadas pelo nome do município do qual o conselheiro faz parte, o número que indica a posição que esta fala aparece na tabela do Excel elaborada pela pesquisadora e por fim as iniciais U, P, G, T de acordo com o segmento que o conselheiro autorreferiu-se sendo: usuário, prestador, gestor ou trabalhador.

Reivindicar, falar a voz do povo e levar a sério, as pessoas ficam perguntando para nós do Conselho. (Kaloré 5 U)

Os conselheiros representam toda a comunidade do município, necessariamente necessita levar em consideração as necessidades da população que representa. (Apucarana 14 U)

Como vimos, a percepção da representação por parte dos conselheiros se dá ora como representante de uma categoria específica, mas na maioria das vezes enquanto representante da sociedade de um modo geral. Observou-se também que esta noção é mais presente entre os representantes dos usuários, talvez pelo fato de serem respaldados por instituições que se julgam trabalhar em prol da sociedade. Deste modo, dos 65 respondentes que autorreferiram-se como representantes dos usuários, 31 (47,7%) relacionaram como função do conselheiro a função de representar. Ora, esta apareceu como ações em nome de um grupo específico, ora como da sociedade mais ampla.

Tal concepção se aproxima dos defensores de uma suposta harmonia entre desejos particulares e interesses nacionais presentes na representação, superando a contradição que possa haver entre o que é particular (desejos dos representados) e o que é nacional (o bem comum). Os argumentos para tal estão no fato de que a nação se constitui de suas partes e, sendo assim, o interesse nacional seria a soma dos interesses parciais e locais (PITKIN, 1985, p. 241).

No caso desta pesquisa, as respostas dos conselheiros se enquadrariam mais nesta perspectiva uma vez que, ao se considerarem representantes dos interesses gerais da sociedade, estariam efetivamente representando também os interesses particulares do grupo que representam.

Pitkin (1985) se contrapõe a esta concepção e reitera que o representante deve perseguir os interesses dos representados de uma maneira “potencialmente sensível aos desejos deles” (p.236, tradução nossa), todavia ressalta que a reconciliação, a unidade, a harmonia não vem pressuposta na representação. Portanto, a unidade almejada é uma tarefa difícil e deve ser criada, construída, negociada uma vez que nem sempre os desejos dos representados estarão em concordância com interesses mais gerais, travestidos na linguagem do bem comum.

La unidad nacional que proporciona a las localidades un interés en el bienestar del todo no viene meramente presupuesta en la representación; es también recreada continuamente por las actividades de los representantes. (PITKIN, 1985, p.242).³⁴

Muito mais do que nos conselhos de outras políticas, a legislação reconhece, no caso da saúde, que há distintos interesses em jogo. Enquanto nas demais áreas há representação de dois segmentos – Governo e sociedade civil, os conselhos de saúde são compostos de segmentos que podem ter inclusive interesses antagônicos. Todavia, os sujeitos instituídos na atividade de representar, muitas vezes parecem não dar muita importância a esta dimensão em nome do bem comum.

O que se coloca aqui não é o fato do conselheiro representar a sociedade como um todo, afinal não seria um equívoco de princípio a pretensão dele representá-la, mas ao fato de que esta concepção obscurece o propósito dos conselhos e da presença dos vários segmentos e entidades diante da diversidade dos interesses presentes no ato de representar. Além disso, esta fala pode estar acompanhada de uma visão de sociedade harmônica na qual o interesse público já está constituído e nega a representação enquanto expressão das diferenças, interesses específicos e espaço de negociação.

Os dados apresentados demonstram também que em alguns casos, embora não saiba identificar quem representa, o conselheiro julga-se representante de toda a sociedade e como tal reconhece que tens funções a cumprir enquanto representante. Desta forma, percebe-se legítimo ao atuar no cumprimento destas funções, no entanto, parece não dar a devida importância ao fato de representar um segmento específico.

Aliada à fala da defesa do bem comum, as respostas agrupadas nesta categoria possibilitaram a identificação de algumas razões pelas quais o conselheiro

³⁴ A unidade nacional que proporciona A unidade nacional que proporciona às localidades um interesse no bem-estar do todo não é simplesmente pressuposta na representação, é também constantemente recriada pelas atividades dos representantes. (PITKIN, 1985, p.242)

invoca como prova da legitimidade da sua representação. Semelhante aos argumentos levantados por Gurza Lavalle, Houtzager e Castelo (2006a) em pesquisa com representantes de organizações civis em São Paulo, pode-se dizer que encontramos elementos do que os autores chamam de representação presuntiva. Os conselheiros assim percebem-se como autênticos representantes de seus beneficiários uma vez que invocam pra si a defesa dos “excluídos”, “pobres”, “comunidade”, “cidadãos³⁵”. Ainda segundo os autores,

O compromisso de representação, mesmo se concebido sem o alicerce do consentimento dos representados, desdobra-se em movimento que leva a invocar razões como suportes da presunção da representação – não fosse assim, seria difícil conferir a essa presunção significados capazes de diferenciá-la de um mero arroubo retórico. (GURZA LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006a, p.50)

Chama a atenção a quantidade de conselheiros que associaram as categorias do controle social e da representação no município de Apucarana, em que 33,3% dos conselheiros associaram estas duas funções, diferentemente dos demais conselheiros em que não houve predomínio deste tipo de associação. O que pode indicar um amadurecimento do conselho no exercício da representação.

O excerto abaixo demonstra a associação do controle social e da representação já que o conselheiro aponta não só as funções de fiscalizar as contas públicas, o funcionamento dos serviços prestados, mas trata também da representação em si e da necessidade do conselho ser responsivo na medida em que sinaliza como função trazer para a esfera do conselho as demandas da população que ele representa, o que fica claro o entendimento de sua função enquanto fiscal e porta-voz dos representados.

investigar, fiscalizar, orientar, ver onde o dinheiro é gasto, criticar quando achar errado, fazer com que a demanda da comunidade seja atendida. (Apucarana 18 U)

³⁵ Ao tratar deste assunto, os autores irão afirmar que “neste caso, em que as figuras de representação política tradicional resultam inadequadas, o representado tende a coincidir com os beneficiários, por vezes delimitados em termos bastante amplos – “excluídos”, “pobres”, “comunidade”, “cidadãos”-; o representante corresponde à organização civil investida de tal *status* por autodefinição; e o lócus, especificado apenas na maneira implícita na maior parte dos argumentos, via de regra se concentra no poder público e, com menor frequência, em outras instâncias e perante interlocutores societários”. (GURZA LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006a, p.50)

A terceira categoria – **processo deliberativo e formulação de política** agrupou as respostas que envolviam a tomada de decisão de assuntos referentes à saúde e correspondeu a 28% das respostas. Assim, entendeu-se que as propostas de ações e planos na área, em consonância com o que a própria legislação preconiza, devem passar pela deliberação do conselho. Não foi intenção deste trabalho avaliar a qualidade deste processo, mas identificar até que ponto os conselheiros entendem ou não que a formulação da política faz parte de suas funções, independentemente de como se realiza na prática, embora alguns conselheiros tenham manifestado insatisfação na maneira em que os projetos são encaminhados para a tomada de decisão. Também foram agrupadas as respostas que referiram-se à realização de reuniões uma vez que compreendem que estas são o fórum apropriado para o debate e vocalização dos interesses.

Participar assiduamente das reuniões, ser ativo e deferir sobre as pautas. (Apucarana 15 U)

Neste bloco, alguns entrevistados trazem a questão da representação, contudo acompanhadas da consciência de que no conselho há espaço para tratar as demandas de tal modo que interfiram no desenho da política de saúde municipal, sendo esta uma de suas principais funções.

Se a pessoa for atuante, pode trazer problemas externos para serem resolvidos, de repente, influenciar de uma maneira geral na saúde. (Borrazópolis 4 U)

Ouvir, votar, concordar, discordar, mas a maioria sempre acaba concordando. Os conselheiros não tem muita noção do poder que tem, acabam simplesmente concordando e não questionam. (Borrazópolis 11 P)

A exemplo das demais categorias, algumas respostas vieram associadas às funções elencadas em outro bloco. Neste caso, houve maior incidência da associação do processo deliberativo com o controle social, exemplificado na fala do conselheiro abaixo

Contribui, ajuda na tomada de decisões e a gente também ajuda na fiscalização a tudo que cabe a saúde: hospital, vigilância, farmácia. Estar por dentro do assunto do município. (Faxinal 01 G)

Denominado **outros**, a quarta categoria trata das respostas que não se enquadram nas demais e referem-se à compreensão das funções do conselheiro como de natureza interventiva como por exemplo na realização de palestras, visitas domiciliares ou ainda a execução de atividades exclusivas de profissionais de saúde como a vacinação, o que revela um desconhecimento por parte dos conselheiros quanto à natureza de suas funções. Foram 14 os conselheiros que assim o fizeram, 6,%, com destaque para o município de Jandaia do Sul em que 04 conselheiros sinalizaram atividades interventivas como função dos conselheiros além de outros 04 que sequer souberam identificar quais seriam suas funções, como já demonstrado anteriormente.

A quinta categoria – **Não souberam responder** representou 9% das respostas, o que possibilita inferir que o processo de representação pode ficar comprometido uma vez que os atores designados para tal afirmam completo desconhecimento dos motivos pelos quais exercem a atividade representativa.

Relacionando com o segmento da representação com os que não souberam responder quais as funções do conselheiro, obteve-se o seguinte resultado: 06 representantes dos gestores, 06 dos usuários, 02 dos trabalhadores, 02 dos prestadores e 03 dos que não souberam identificar o seu segmento. No caso do segmento dos gestores, o desconhecimento das funções pode estar aliado ao fato de que o governo para completar as vagas no conselho, nomeia servidores públicos apenas para adaptar-se às normas e continuar recebendo os recursos estaduais e federais. Estes, por sua vez, participam dos conselhos no exercício de sua função pública, mas por determinação de uma chefia.

Por fim, 01 respondente foi enquadrado no item 06 – **Não respondeu** - uma vez que não quis ser entrevistado até o final.

Tabela 10 - Funções dos conselheiros segundo os próprios representantes por município - Gestão 2010/2011

	1. Controle social	2. Representação substantiva	3. Processo deliberativo	4. Outros	5. Não sabe	6. Não respondeu
1. Apucarana	12	12	3	1	0	0
2. Jandaia do Sul	10	8	1	2	4	0
3. Novo Itacolomi	3	3	8	1	1	0
4. Bom sucesso	3	1	3	3	2	0
5. Borrazópolis	4	3	10	3	1	0
6. Califórnia	6	2	5	1	1	0
7. Cambira	10	4	5	0	2	0
8. Faxinal	6	1	3	1	1	0
9. Grandes Rios	3	1	6	0	1	1
10. Kaloré	5	3	5	2	1	0
11. Marumbi	6	1	3	0	3	0
12. Mauá da Serra	2	6	6	0	1	0
13. Rio Bom	7	4	3	0	1	0
TOTAL	77	49	61	14	19	1

Na tabela por município, observa-se que a questão da representação e suas implicações estão presentes na consciência de boa parte dos conselheiros, já que a maioria associou como funções o controle social – que envolve a *accountability* societal, a representação substantiva – uma vez que assumem falar pela sociedade ou segmento/organização específica, e a deliberação para definir os contornos da política pública – que envolve o processo de decisão e as relações de poder dela decorrentes.

Percebe-se também que alguns conselhos enfatizam uma dimensão mais do que outra, como é o caso de Cambira e Faxinal, cuja ênfase está no controle social. Já em Novo Itacolomi e Borrazópolis há a prevalência do processo deliberativo enquanto função dos conselheiros. Vale ressaltar que, em Apucarana e Jandaia do Sul a tônica está na combinação das funções relativas ao controle social e a representação.

Os demais municípios que tiveram respostas que se enquadraram em outros, demonstram que ainda há certa confusão quanto às funções do conselheiro, já que o caráter interventivo propriamente dito não configura enquanto atribuições do conselho. A intervenção, como por exemplo, executar vacinação (assinalada por alguns dos respondentes), é função dos servidores do SUS. Inicialmente

pensou-se que este fato estaria relacionado aos entrevistados serem também servidores que autorreferiram-se representantes dos trabalhadores. No entanto, ao relacionar com o respectivo segmento, constatou-se que dos 14 respondentes, apenas 1 é trabalhador e 9 são representantes dos usuários. O que significa que estes conselheiros não compreendem seu papel enquanto interventores da política pública no sentido da formulação, fiscalização e avaliação, e, até se confundem aos trabalhadores do SUS ao efetuarem tarefas que seriam exclusivas destes.

Ainda quanto às funções e competências dos conselheiros, a resolução 333 deixa clara a perspectiva da formulação, avaliação, fiscalização e deliberação da política, por meio da representação, demonstrada em muitos de seus incisos:

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

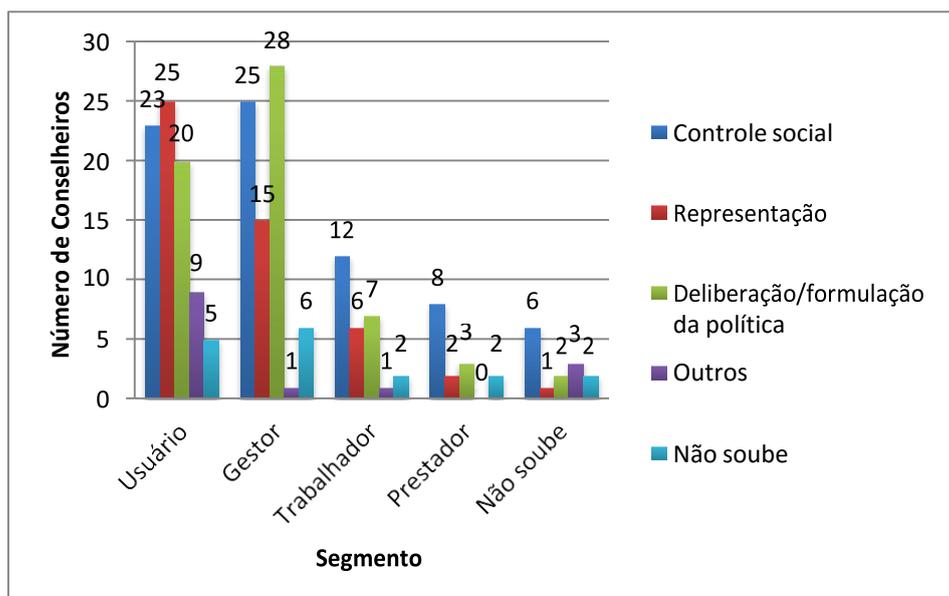


Figura 8 - Percepção das funções dos conselheiros de acordo com segmento representado

A figura 8 demonstra também que em todos os segmentos há uma maior percepção das funções dos conselheiros relativas ao controle social – com ênfase na prestação de contas nos seu aspecto financeiro e qualidade dos serviços de saúde, na formulação da política – que envolve a formulação de planos, estabelecimento de prioridades, aprovação de projetos, e na representação substantiva por meio da qual deveria levar em conta os interesses dos representados no momento do exercício do controle, acompanhamento, deliberação e formulação da política.

Apesar de haver certa confusão ao autorreferirem-se representantes de um segmento sendo indicado por outro ou ainda não terem clareza quanto a entidade ou segmento que representam, parece que os conselheiros têm consciência de que o processo do qual participam envolve os princípios da representação assim como da importância do seu papel segundo a quinta diretriz da resolução CNS/333 de 04 de novembro de 2003. Neste caso, sua percepção é muito mais enquanto representante dos interesses de toda sociedade, do que de um segmento ou grupo específico, como já assinalado anteriormente. Também fica sugerido o fato de que há uma efetiva representação, ou seja, embora nem sempre esteja claro qual organização ele representa, no momento do exercício das atividades relacionadas ao controle social e à deliberação, o

conselheiro pode assumir posturas de grupos com interesses diversos daqueles que ele diz representar. Neste caso, fica comprometida tanto a responsividade como a *accountability*, especialmente no sentido atribuído por Gurza Lavalle e Insunza(2011) e Gurza Lavalle e Castelo (2008) quando falam da importância da relação que estes atores da representação mantêm frente aos seus representados, em nome dos quais exercem a representação. Parece que a perspectiva da *accountability* adotada aqui nestes conselhos é mais próxima da forma de controle e incidência sobre o poder público e seu aparato administrativo, exercido mediante práticas de representação.

3.5 Indicadores de responsividade

As respostas à pergunta se as decisões do conselho levam em consideração as necessidades da comunidade (pergunta 4.3 do formulário) deixam claro que a maioria dos conselheiros, independente do segmento que representam, entende que deve existir uma relação entre os desejos da comunidade e sua atividade representativa. Ao responderem que levam em consideração os desejos da comunidade, admitem o caráter responsivo da representação. No entanto, ao afirmarem que buscam a responsividade, não quer dizer que aconteça na prática, mas indica que os conselheiros tem consciência que é isso que se espera deles. Na citação abaixo, fica clara a distância do que acontece efetivamente daquilo que se espera

olha, não vou falar por vivência, mas função do conselho é justamente este, espero que realmente seja. Além do mais tem pessoas de todas as áreas, a cada bairro tem a sua necessidade. Fazer esta discussão e integração para que tenha um melhor plano de ação. (Jandaia, 04 T)

Além disso, mais que o índice de respondentes que afirmam considerar os interesses da comunidade (92,7%), importa-nos investigar os motivos pelos quais eles o fazem. As respostas indicam que os conselheiros se percebem como representantes, aproximando-se do que Pitkin (1985) chamará de Representação substantiva. Assim, boa parte entende a representação enquanto ação em nome de grupos específicos – no caso as organizações a que

estão vinculados, mas na maioria dos respondentes, enquanto porta-vozes da população em geral ou ainda em nome dos menos privilegiados socialmente.

Porque o conselheiro é representante do seu segmento, e é em cima das necessidades a população que o conselheiro atua (Apucarana, 06 T)

Porque o Conselho é o porta voz da população, ouve as reclamações e traz para as reuniões. (Apucarana, 07 T)

Os conselheiros representam toda a comunidade do município, necessariamente necessita levar em consideração aas necessidades da população que representa. (Apucarana, 14 U)

Porque o conselheiro tem que falar em favor da população (Jandaia do Sul, 16 U)

Todavia, apesar de reconhecerem que a atividade representativa deve ter um caráter responsivo, não fica claro nas respostas os mecanismos utilizados para identificar as demandas vocalizadas pela população. Algumas respostas sugerem ainda que a representação exercida se aproxima da defendida por Burke em que as necessidades da população são atendidas a partir do momento que buscam o bem comum, não sendo necessário o desenvolvimento de canais de comunicação entre representantes e representados, uma vez que o bem comum estaria acima de qualquer interesse particular.

Sim, porque eles (o conselho) estão sempre procurando melhorar em função do povo, **pro bem de todos** [grifo nosso], porque eles só querem o melhor (Mauá 05 T)

Sim. Porque nós, todo mundo, visa a melhoria para o povo (Kaloré 05 U)

Sim, agente avalia, se vai fazer bem pra população, a gente vê (Novo Itacolomi 10 D)

Sim, pois são os trabalhos que eles vêm fazendo para o bem da comunidade. Tem falhas, mas o que fazem é para o bem. (Cambira 17 U)

Em uma outra perspectiva, Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006a) enfatizam que as organizações sociais ao atribuírem para si a função de representar genuínos interesses sociais (independente de mecanismos formais) apresentam uma representação presuntiva legitimada pela legado dessas organizações nas lutas pela ampliação da cidadania e, sendo assim ancorados

na ideia de que são capazes de expressar os interesses do segmento e/ou comunidade em geral.

Algumas respostas dão a entender que há uma vocalização das preferências dos representados, contudo, quando aparecem, não dá para identificar quais os canais ou mecanismos estas demandas chegam até os conselheiros, ou ainda se estas demandas chegam espontaneamente por parte da comunidade ou organizações, ou então se há a preocupação das secretarias de saúde e/ou conselhos em instituírem mecanismos para facilitar o acesso dos cidadãos.

Sim, leva porque eles reivindicam. (Borrazópolis 13 G)

Sim, porque normalmente é levantado os problemas da população e leva até o secretário pra tentar resolver. (Marumbi 04 T)

Sim, porque são trabalhados os problemas que se encontra, na escola, no hospital, na própria comunidade. (Marumbi 06 G)

Estão também agrupados os respondentes que afirmam que o conselho atende em parte as necessidades da comunidade, apresentando a justificativa para o atendimento de forma parcial, a falta de recursos financeiros, a falta de maior participação social, ou ainda a ausência de comunicação entre a comunidade para identificar as demandas.

Entre os entrevistados, apenas 7,3% afirmaram que não são levados em consideração os interesses da comunidade. Entre os motivos apresentados para este fator estão a identificação da dificuldade do cumprimento do papel deliberativo do conselho e a sinalização de que, neste processo a secretaria de saúde, representadas pelos gestores, apresenta suas propostas apenas para a homologação do conselho, não havendo espaço para a vocalização das preferências sejam dos representantes da sociedade civil ou ainda da própria sociedade como um todo. Fato este relacionado também à dinâmica das relações de poder estabelecidas no interior desta instância.

Levam no sentido de legitimá-las, levam o projeto pronto para receberem o parecer da consulta. Não há participação do conselho ou no planejamento das políticas. (Apucarana 11 G)

50%, as decisões do conselho vem muito pronta, os membros tem medo de reivindicar porque são funcionários da prefeitura, teria mais resultado se não fossem ligados a política (Califórnia 14 U)

Porque são muito vaquinha de presépio, pra tudo é amém. Não investigam as necessidades, aceitam tudo. (Faxinal 4 G)

Apontam ainda uma tendência do conselheiro deliberar em causa própria e um outro justifica o não atendimento das considerações da comunidade pela falta de comunicação entre esta e o conselho.

3.5.1 Responsividade na discussão do orçamento da saúde

Para receberem recursos federais e estaduais os municípios obrigatoriamente devem contar, entre outras exigências, com o fundo de saúde e o conselho municipal de saúde. Destarte, o controle da execução das Políticas de Saúde inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros configura uma das suas principais atribuições (Lei 8142/90).

Neste sentido, a resolução 333/2003 é ainda mais específica ao definir as funções do conselho,

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

A centralidade e importância da discussão do orçamento estão claras nos marcos legais que instituem estes colegiados e, considerando os objetivos de um maior controle social, é que os conselhos foram construídos com bases nesta nova configuração da representação. Assim, esperava-se que cada segmento discutisse com seus pares não só as prioridades da política, mas também suas formas de financiamento e todas as implicações desta, o que significa dizer também que prática da discussão do orçamento entre representantes e representados configura-se num indicador de responsividade.

A importância da responsividade enquanto um componente para romper as fissuras entre representantes e representados é destacada especialmente a partir de Pitkin (1985) ao tratar do governo representativo. Para ela, os representantes não só devem prestar contas, mas também levar em conta os interesses dos representados na formulação de políticas. Segundo a autora,

[...] un gobierno representativo requiere que exista una maquinaria para la expresión de los deseos de los representados, y que el gobierno responda a esos los deseos a menos que haya buenas razones para hacer lo contrario (PITKIN, 1985, p. 257).³⁶

Portanto, ao indagar os conselheiros quanto à prática da discussão do orçamento com seu segmento/entidade pretendeu-se analisar um aspecto da conexão entre estes atores no que diz respeito à responsividade. Foram encontrados os seguintes resultados:

Tabela 11 - Porcentagem de conselheiros que discutem o orçamento com seu segmento/entidade nos conselhos municipais de saúde – Gestão 2010/2011.

Município	Sim		Não		Outros Assuntos		Às Vezes		Não Sabe		Na Conferência		Só nas Reuniões		Resposta Insuficiente		Não Respondeu		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Apucarana	10	47,6	9	42,8	1	4,8	0	0	0	0	1	4,8	0	0	0	0	0	0	0
Jandaia do Sul	5	27,8	10	55,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Novo Itacolomi	9	75	2	16,7	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bom sucesso	3	33,3	4	44,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11,1	1	11,1	0	0	0
Borrazópolis	5	29,5	7	41	1	5,9	1	5,9	0	0	0	0	1	5,9	1	5,9	1	5,9	5,9
Califórnia	5	38,4	5	38,4	0	0	2	15,4	0	0	1	7,8	0	0	0	0	0	0	0
Cambira	8	47,1	6	35,3	0	0	2	11,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,9
Faxinal	4	40	5	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0

Grandes Rios	1	10	5	50	0	0	1	10	1	10	0	0	0	0	1	10	1	10
Kaloré	4	30,7	5	38,5	1	7,7	0	0	1	7,7	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Marumbi	6	50	3	25	2	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8,3	
Mauá da Serra	7	58,3	3	25	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16,7	0	0	0	0
Rio Bom	5	38,4	6	46,2	2	15,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	72	40,7	70	39,5	8	4,5	8	4,5	3	1,7	2	1,1	4	2,3	5	2,8	5	2,8

Observou-se que, considerando a totalidade dos municípios, 40,7% dos respondentes afirmam discutir o orçamento com seu respectivo segmento/entidade, que somado aos que apresentarem uma prática de discussão esporádica representam 45,7% dos entrevistados; 39,5 não discutem; 4,5% afirmam discutir com seu segmento outros assuntos que não o orçamento e somente em Apucarana e Califórnia há relatos de que o orçamento é pauta de discussão nas conferências municipais que acontecem a cada dois anos. Constatou-se também que este assunto, mesmo nas reuniões entre o próprio conselho não tem sido uma prática na maioria dos municípios.

Os municípios em que os conselheiros assumem haver o maior hiato na comunicação entre representantes e representados no que diz respeito à discussão do orçamento são Grandes Rios com apenas 10% de integrantes que relatam conexão com o seu segmento, Jandaia do Sul com 27,8%.

Por outro lado, surpreende a prática de discussão do orçamento com o respectivo segmento em Novo Itacolomi, o menor município, tendo em vista que 75% dos conselheiros afirmam fazê-lo. Somado aos que discutem às vezes totalizam 83,3%. Contudo, se relacionarmos este dado com os obtidos ao indagar que entidade/segmento representam, observaremos alguns ruídos nesta informação, fazendo-nos questionar com quem são realizadas as discussões uma vez que os dados revelam que 16,7% não sabem identificar qual segmento representam ou então se referiram representantes de um e foram indicados por outro, como é o caso dos 4 representantes que autorreferiram-se representantes dos trabalhadores (33,3%) sendo indicados pelo gestor da política.

³⁶ [...] um governo representativo exige que haja mecanismos para a expressão dos desejos dos representados, e que o governo responda a esses desejos a menos que haja boas razões para fazer o contrário (PITKIN, 1985, p. 257).

Diante dos dados obtidos e apesar de uma parte significativa dos entrevistados afirmarem uma comunicação com os representados, fazendo supor que esta comunicação pode ser uma prática também para outras temáticas de modo que seja um canal para identificar as demandas e preferências dos representados, as incongruências diagnosticadas revelam que outros aspectos desta comunicação necessitam ser desvelados, tais como: de que forma o diálogo é estabelecido? Em que fóruns isso acontece (reuniões com a entidade, informalmente, etc.)? Com qual periodicidade? Como se dá o posicionamento diante de questões que o segmento tem opinião divergente da sua? Nos casos em que os conselheiros não tem clareza quanto a quem representam, com quem ele discute? A discussão de assuntos se restringe aos momentos de votação? Enfim, além de identificar se há ou não comunicação entre representantes e representados, importante investigar a qualidade desta.

3.5.2 Responsividade em relação ao segmento representado

Esta questão foi selecionada com o objetivo de perceber como se dá a responsividade entre representantes e representados, no sentido do que Gurza Lavalle e Insunza (2011) atribui para uma das faces da *accountability*. Sendo assim, procurou-se identificar a presença ou não do que Tatagiba (2002) chama de “via de mão dupla entre conselhos e entidades” ao reconhecerem as preferências do segmento, expressas aqui em necessidades.

Desta forma, a partir das respostas sobre as necessidades de seu segmento, estabeleceu-se 8 categorias de necessidades para explicitar os desejos dos representados segundo seus representantes, sendo:

1. Necessidades relacionadas à organização dos serviços de saúde
2. Necessidade de recursos
3. Melhor gestão
4. Gestão do trabalho e recursos humanos (saúde do trabalhador, Plano de cargos e salários, etc.)
5. Segmento não tem necessidades
6. Outros
7. Não sabe.

8. Não respondeu

A maioria (38,41%) alegou que a necessidade de seu segmento está relacionada à própria organização dos serviços de saúde em seu município. Assim, as respostas giraram em torno da demanda reprimida, necessidade de disponibilização de especialidades, eliminação das filas de espera por consultas, aquisição de medicamentos, liberação de exames médicos, internamentos, qualidade do atendimento, ampliação dos postos de atendimento e da rede, entre outros.

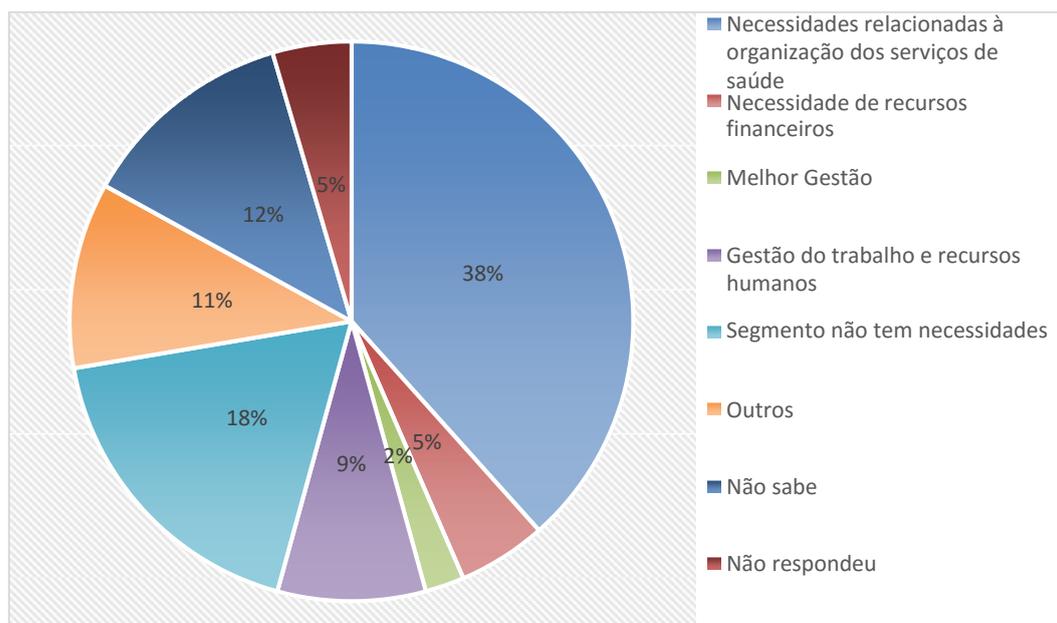


Figura 9 – Necessidades do segmento apontadas pelos representantes dos CMS.

Estes dados confirmam Tatagiba (2002) em estudo que apresentou a preocupação dos conselhos com questões pontuais e não com a formulação da política numa perspectiva mais ampla. Deste modo, concluiu que para alguns segmentos, o conselho exerce seu papel quando responde às necessidades imediatas da população. No entanto, é preciso ressaltar que a formulação de qualquer política deve passar também pela identificação dessas demandas e a forma em que se dão em respostas à elas, portanto a identificação de demandas imediatas e fazer proposições para dirimi-las, também faz parte do processo de formulação da política. O problema apontado é quando estas questões pontuais absorvem toda ação do conselho, sem contudo contribuir para o estabelecimento

de políticas que atuem na causa da problemática apresentada de forma mais ampla e contextualizada.

Outro ponto que esta indagação nos remete é que as respostas referem-se muito mais às necessidades da sociedade em geral do que de seu segmento específico o que permite inferir que pode não haver um processo de comunicação efetivo entre segmento e entidade, e que, o conselheiro ao tomar assento no conselho se concebe enquanto defensor do interesse de todos e não especificamente do grupo que representa.

Outra parcela, 18,07%, afirmam que o seu segmento não tem necessidade alguma e ressaltam o bom funcionamento da saúde em seu município, ou ainda ressaltam que seu segmento não é usuário do serviço público.

O que o Rotary faz é dar apoio aos projetos. Ele sempre espera as aprovações para agir em prol da comunidade. Por isso acho que não tem necessidades. (Jandaia do Sul 37 U)

Não vejo necessidade na área da saúde. A ambulância está sempre de prontidão. Quem reclama está mentindo. (Cambira 18 U)

Nossa igreja usa bem pouco os serviços da saúde, pouca coisa, uma consulta, coisa outra (Bom Sucesso 5 U)

A falta de comunicação, de canais e mecanismos que favoreçam a responsividade também é confirmada pelos 12,42% que não souberam identificar as necessidades de seu segmento. Outros 10,83% elencaram como necessidade do segmento atividades que não se enquadram em nenhuma das demais categorias como, por exemplo, a realização de palestras e/ou trabalho educativo junto à comunidade.

As respostas referentes à gestão do trabalho foi preocupação de 8,47% dos conselheiros. Nesta categoria mencionou-se a necessidade da implantação de um plano de cargos e salários, contratação de profissionais devido à sobrecarga de trabalho, um programa para atender a saúde do trabalhador, entre outros. Chama a atenção que dos 15 respondentes, 09 autorreferiram-se representantes dos trabalhadores, ou seja 60%. Embora a presente pesquisa tenha demonstrado uma incongruência no que se refere aos mecanismos de autorização deste segmento específico, fica claro que, ainda que nomeados

pelos gestores para o exercício da representação, autodenominaram-se como representantes dos trabalhadores pela identificação das necessidades enquanto trabalhadores do SUS.

Pode-se dizer que este imbróglio na representação em uma de suas facetas pode interferir no processo de tomada de decisão uma vez que o trabalhador está, de certa forma, comprometido com o gestor, que o nomeou e a quem ele presta contas e está subordinado. Por outro lado, vincula-se às demandas da categoria profissional, vividas em seu cotidiano, ainda que não tenha sido escolhido por uma associação ou entidade de classe no intuito de vocalizá-las e incluí-las na pauta de discussões dos conselhos.

A preocupação com o repasse de recursos federais e estaduais, elencados como uma necessidade foi apontada por apenas 5,8% dos conselheiros, dos quais 100% representam o segmento do gestor público. O que demonstra certa coerência entre a necessidade apontada e o segmento de representação uma vez que cabe ao gestor a execução da política de saúde expressa nos planos municipais, que deliberados pelo conselho estabelecem as prioridades mediante os quais a gestão municipal será avaliada.

Tabela 12 - Identificação das necessidades na política de saúde considerando os segmentos que compõem os Conselhos Municipais de Saúde da 16ª RS – Gestão 2010/2012

Necessidades apontadas	Usuário		Gestor		Trabalhador		Prestador		Não soube	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Necessidades relacionadas à organização dos serviços de saúde	30	44,1	28	41,2	3	4,4	6	8,8	1	1,5
Necessidade de recursos financeiros	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gestão	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Gestão do trabalho e recursos humanos	2	13,3	2	13,3	9	60,0	0	0,0	2	13,3
Segmento não tem necessidades	17	53,1	7	21,9	5	15,6	2	6,3	1	3,1
Outros	10	52,6	6	31,6	0	0,0	2	10,5	1	5,3

Não sabe	7	31,8	6	27,3	3	13,6	2	9,1	4	18,2
Não respondeu	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0,0	2	33,3
TOTAL	67	37,9	65	36,7	22	12,4	12	6,8	11	6,2

Ao indagar se as necessidades apontadas pelo segmento são atendidas, apenas 11,86% afirmaram que não. Entre os motivos apresentados, está principalmente a falta de recursos e repasses do governo estadual e federal. Todavia aparece também questionamentos quanto a própria efetividade do conselho no encaminhamento da política de saúde, assim como expressa as relações de poder que nele se estabelecem.

Quando a gente questiona eles falam que é falta de dinheiro, então eles já cortam a gente por aí. Mas se tiver uma união dos conselheiros acho que conseguimos sim. (Jandaia do Sul U 34)

Como não tem conselho preparado é difícil agir sozinha (Grandes Rios U 178)

Não. Por falta de vontade das pessoas que trabalham na saúde ou medo de quem é superior. (Kaloré U 132)

Por outro lado, o fato de 88,14% afirmarem que as necessidades são atendidas, seja totalmente ou parcialmente, podem refletir a necessidade destes representantes se autoafirmarem como tal, uma vez que entendem como parte de suas funções atuar nas demandas da política de saúde, seja por meio da própria representação ou do processo deliberativo. Desta forma, ao assumirem que o conselho não atende as necessidades do segmento e/ou da população, estaria colocando em questão não só o seu papel como do próprio conselho. Por esta razão supõe-se que tantos respondentes afirmaram que as necessidades são atendidas.

Sendo assim, mais que as assertivas sobre a capacidade do conselho em atender as necessidades identificadas, importa-nos compreender os motivos pelos quais as fazem e especialmente na relação com a percepção do tipo de representação política exercida e compreendida no interior do conselho.

Mesmo afirmando que o Conselho Municipal atende às necessidades do segmento, muitos ressaltaram a falta de recursos para justificar o atendimento

apenas de forma parcial. Assim como aparecem também respostas que retratam a dinâmica dos conselhos, como por exemplo

Às vezes sim, às vezes não. Eles enrolam, dizem que não dá para fazer, alegam também que já estão fazendo o certo e não mudam (Apucarana, T 06)

Na medida do possível sim, pois a palavra final é do prefeito. O prefeito e o secretário sempre dão respostas às reivindicações. Tem uma boa resolutividade. (Novo Itacolomi, T 50)

A resposta sugere a presença de grupos com maior força para definir o que seriam as prioridades, o que pode significar que a paridade numérica proposta enquanto estratégia para equilibrar as forças do conselho, não garante por si só a paridade na tomada de decisão. Pressuposto este já sugerido por Tatagiba (2006), em pesquisa realizada com conselhos de saúde, assistência social e dos direitos da criança e do adolescente,

O excerto abaixo dá a entender uma relação mais responsiva no sentido de conhecer e interagir com os representados, também pela via da representação já que a interlocução não é com o bairro todo, mas sim com os representantes dos bairros. O segundo e terceiro, ao contrário, revelam justamente a falta de conexão entre representados e representantes, Contudo, nas três falas estão implícitas a importância do conselheiro relacionar-se com os representados na perspectiva de conhecer as demandas, opiniões e dar voz à elas na esfera do conselheiro.

São, porque procuram atender, vão atrás, principalmente quando é passado para os presidentes dos bairros eles vão atrás procuram atender (Jandaia 28 U)

Penso que porque o pessoal da associação não tem muito interesse, porque acho que se chamar o pessoal da saúde vai. (Jandaia 2 U)

Sim, falta tempo em ir atrás de informações do segmento que represento, o serviço é corrido por trabalhar fora. (Grandes Rios P 176)

A necessidade de um maior envolvimento da população também é ressaltada embora não haja alguma referência da existência ou não de canais e mecanismos que favoreçam esta participação.

Na maioria das vezes sim. Para aprovação de um projeto não depende apenas do conselho, também depende de outros fatores, como a maior participação da população. (Califórnia G 90)

Não é levado ao conselho, porém a secretaria na medida do possível tenta realizar as necessidades. (Faxinal T 110)

Mostra que apesar do conselho ser a esfera apropriada para a formulação da política, o conselheiro sugere que algumas decisões não passam pelo conselho, sendo viabilizadas diretamente pela secretaria. Pode-se afirmar que esta prática esvazia o conteúdo da representação e o propósito destes novos arranjos, uma vez que agindo diretamente faz do conselho apenas uma esfera de homologação e, portanto, uma representação também esvaziada de sentido.

3.5.3 Responsividade em relação à sociedade.

No item 4.12 do formulário de entrevista foi perguntado aos representantes dos segmentos se o conselho leva em consideração a opinião dos usuários. Como era de supor, a maioria dos respondentes afirmaram que sim, haja vista os demais resultados já apontados que indicam que os conselheiros compreendem que a relação entre representante e representado deva ser responsiva, além do fato de ser esta uma resposta socialmente aceita. Por este fato, não foi calculado a quantidade de respondentes que afirmaram levar em consideração a opinião dos usuários e sim, enquanto indicador de responsividade, selecionou-se a segunda parte deste item que questiona os motivos pelos quais os conselheiros acreditam que a opinião dos usuários seja importante no processo de formulação da política.

Grande parte dos argumentos está relacionado ao que Gurza Lavalle, Houtzger e Castello (2006a) classificam como argumento de proximidade em que

Organizações civis enfatizam seu relacionamento com os beneficiários, invocando vínculos marcados pela cercania e horizontalidade como demonstração de seu interesse e papel genuínos na qualidade de representantes. A afirmação de tal proximidade assume manifestações diversas: (...) empatia, ou o compromisso

profundo com o beneficiário por afinidade, solidariedade e identificação real com seus problemas e necessidades. (GURZA LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006 a p. 51 e 52)

Sendo assim, as razões aduzidas para considerar a opinião da comunidade dizem respeito principalmente ao compromisso que assumem diante de seus problemas e necessidades.

Levam, eles são 50%, a participação deles é importante por serem eles que "usam" o SUS, eles que avaliam o atendimento, é fundamental a participação deles (Apucarana T 06)

Sim. Porque tem muitas opiniões e que são até levadas a votação, encaminhadas. A importância é que são os usuários que sentem na pele as deficiências, ele pode até não entender os processos, mas sabe o que está faltando. (Apucarana T 07)

acredita que sim. É importantíssimo, não podemos cair no egocentrismo, problemas individuais não podem ser levados em consideração, a política tem que ser para todos, o conselheiro tem que estar atento a isso o que é bem comum e o que é bem próprio. (Jandaia T 25)

Contudo, alguns entrevistados deixam implícita a ausência ou insuficiência de canais e mecanismos para expressão da satisfação ou insatisfação da comunidade em relação à execução da política de saúde de modo que utilizam outros canais para vocalização de seus desejos.

Sim, dentro do possível. Na verdade os usuários levam muito pouco para o conselho, levam mais pra rádio, pros vizinhos... Acho importante, porque saberíamos quais são as necessidades. (Jandaia G 26)

Neste mesmo município, um dos representantes dos usuários sinaliza o interesse da Secretaria de Saúde em instituir canais capazes de identificar a demanda da população, como é o caso da ouvidoria. No entanto, remete à sua insuficiência já que assume a falta de vivência no sentido de levar em conta a opinião dos usuários.

Não tive tempo de vivenciar isso aí, claro que sim, a própria secretária implantou uma ouvidoria aberta a população, denunciar e dar sugestões (Jandaia U 31)

Em suma, os indicadores de responsividade apresentados sugerem não haver mecanismos necessários e fluidos de comunicação entre representantes e representados, sejam na relação com o segmento específico ou com a sociedade geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa investigou a representação política dos conselhos municipais de saúde da 16^a. Regional de Saúde, já que a literatura sobre os conselhos gestores vem apontando processos desencadeados por estas inovações e que são distintos da representação política tradicional.

Sendo assim, a ampliação da participação em esferas públicas cuja prática utiliza os princípios da representação inaugura um debate que permite dizer que há em curso uma reconfiguração da representação política.

A análise dos dados possibilitou-nos delinear algumas pistas para compreensão da relação existente entre participação e representação. Apontam também para a necessidade de aprofundamento no sentido de mensurar o grau de democracia a partir da instituição e prática dos canais para vocalização e encaminhamento de preferências dos representados.

Diante deste movimento, focamos neste estudo três dimensões da representação enquanto fundamentais para o exercício da democracia, que versam sobre os procedimentos de autorização, a responsividade e a *accountability* entre representantes e representados.

Com relação à primeira dimensão, a pesquisa mostrou que há disparidade na composição dos conselhos segundo legislação que prevê a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos segmentos. Assim, verificou-se, na maioria dos municípios, uma representação governamental acima do previsto e uma representação dos usuários abaixo dos 50% instituídos em lei.

Também revelou uma contradição entre quem o conselheiro diz que representa e os procedimentos de autorização, uma vez que se fizeram presentes representantes do segmento dos usuários e trabalhadores da saúde indicados pelos gestores governamentais da política. Além disso, muitos conselheiros não souberam identificar nem o segmento que representam e nem a forma como chegaram ao conselho.

A pesquisa demonstrou que esta inconsistência não se explica pelas variáveis da escolaridade ou *expertise* de participação adquirida em mandatos anteriores, uma vez que os conselhos apresentaram uma alta escolaridade e a quantidade de participação não foi suficiente para compreender os motivos das incongruências apresentadas. Nossos dados mostraram que esta inconsistência é mais frequente em municípios pequenos sugerindo que pode haver uma relação entre o porte do município e a forma como a representação conselhistas acontece. É presumível que a incongruência esteja relacionada às dificuldades destes se adaptarem às exigências legais diante de uma complexidade social diversa da apresentada em municípios maiores, o baixo grau de associativismo, entre outros, algo a ser explorado em outras pesquisas.

A *accountability* apareceu na perspectiva de forma de controle e incidência sobre o poder público e aparato administrativo, exercido mediante práticas de representação, considerando que os conselheiros apontam o controle social como uma de suas principais funções, controle este exercido principalmente mediante a fiscalização de contas públicas e da qualidade dos serviços prestados à população.

Os mecanismos de *accountability* também ficam comprometidos já que parte dos representantes não sabe quem representam, ou ainda se dizem representantes de toda sociedade em nome do bem comum. Esta concepção pode mascarar contradições entre as forças presentes no interior dos conselhos e dificultar formas de prestação de contas de seus atos com o segmento representado.

Quanto aos mecanismos para a responsividade, parece haver um hiato na comunicação entre representantes e representados. Além disso, as discrepâncias entre quem o conselheiro se diz representar, o método de escolha e a dificuldade destes em identificarem o segmento que representam, dificultam ainda mais a democratização das informações. Embora reconheçam a necessidade de uma atuação responsiva não há a indicação de que nos conselhos estudados existam mecanismos e canais de comunicação que permitam a identificação das demandas e preferências dos segmentos representados e mais uma vez o discurso do bem comum aparece como planejador dos desejos de toda sociedade.

Por fim, os dados aqui analisados indicam que, após os 20 anos da presença dos conselhos gestores na operacionalização da política de saúde, ainda há muito a problematizar para compreender o que chamamos aqui de imbróglio da representação conselhistas - quem o conselheiro se diz representar, quem o indicou para o exercício da representação e quem ele representa *de jure* e *de facto* - e sua relação com uma política *accountable* e responsiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, Rebecca e KECK, Margaret. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. In: **Caderno CRH**, Salvador, Vol. 21 n.52. Jan/Abr., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n52/a08v2152.pdf>> acesso em 05 de setembro de 2011.

ALMEIDA, Débora Rezende de. **Representação política nos conselhos de saúde do Brasil**. I Seminário Internacional e III Seminário Nacional: Movimentos Sociais, Participação e Democracia. 11 a 13 de agosto de 2010. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis

ALMEIDA, Débora Rezende de. **Representação política nos conselhos municipais no Brasil: contribuições à teoria democrática**. 7º encontro da ABCP, Recife, Pernambuco, Disponível em <http://cienciapolitica.servicos.ws/abcp2010/arquivos/16_7_2010_11_46_14.pdf> acesso em 12 de março de 2012.

ARATO, Andrew. Representação, Soberania Popular e Accountability. In: **Lua Nova**, São Paulo, n.55, 2002

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimação da Ação. In: **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 50, n.03, 2007.

AVRITZER, Leonardo e PEREIRA, Maria de Lourdes Dolabela. Democracia, Participação e Instituições Híbridas. In: **Teoria e Sociedade**. Revista dos Departamentos de Ciência Política e de Sociologia e Antropologia. UFMG. Belo Horizonte, número especial, maio de 2005. ISSN: 1518-4471

BIDARRA, Zelimar Soares. Conselhos Gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre desafios para a construção dos espaços públicos. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 88, Ano26 – novembro de 2006. Cortez

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 333 de 04 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

BRASIL. CNS. **Lei 8142 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.

BRASIL. CNS. **Relatório final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde – 1996.** Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>> Acesso em 12 de março de 2012.

BRASIL, 2004 Ministério das cidades – **Plano Diretor Participativo – Guia para a elaboração pelos municípios e cidadãos.** Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/52589625/7/plano-diretor-para-pequenos-municipios>

CAMPOS, Anna Maria. *Accountability*: quando poderemos traduzi-la para o português? In: **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro: FVG, v. 24, n. 2, p. 30-50, fev./abr. 1990.

CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.). **Participação e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTO, Renato e FUKS, Mário (org). **Democracia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

DAHL, Robert A. **Poliarquia: participação e oposição.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

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

GIBBS, Grahah. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed, 2009

GURZA LAVALLE, Adrián; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELO, Graziela. Representação Política e Organizações Civas: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** Vol. 21 n.60 Fev, 2006(a)

_____. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. In: **Lua Nova,** São Paulo, n.67, 2006 (b).

GURZA LAVALLE, Adrián; ARAÚJO, Cícero. O Debate sobre a representação política no Brasil: nota introdutória. In: **Caderno CRH.** V.21 n.52. Salvador, 2008.

GURZA LAVALLE, Adrián; CASTELLO, Graziela. Sociedade, representação e a dupla face da *Accountability*: cidade do México e São Paulo. In: **Caderno CRH,** Salvador, v. 21, n. 52, p. 67-86, Jan./Abr. 2008.

GURZA LAVALLE, Adrian e ISUNZA VERA, Ernesto. **Precisiones conceptuales para el debate contemporáneo sobre la innovación democrática: participación, controles sociales y representación**

<http://campus.usal.es/~acpa/sites/default/files/Gurza%20e%20Isunza,%202010.pdf>> Acesso em setembro de 2011

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=41> acesso em 04 de fevereiro de 2011.

IPEA – **A construção da Democracia Participativa** Desenvolvimento. 2011 ano 8, nº 65

IPARDES. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29> acesso em 28 de janeiro de 2012.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. A Representação no interior das experiências de participação. In: **Lua Nova**, São Paulo, n.70, 2007.

_____. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. In: **CaDERNO CRH**. V.21 n.52. Salvador: 2008

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; ALMEIDA, Carla Cecília Rodrigues. A representação política das mulheres nos Conselhos Gestores. In: **Revista katálises**. Vol.13, n.1. Florianópolis, 2010.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; BORBA, Julian. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. In: **Urbe Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management)**, v. 2, n. 2, p. 229-246, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/urbe?dd1=4474&dd99=view>> acesso em 10 de maio de 2011.

MANIN, Bernard. As metamorfoses do Governo Representativo. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n.29, ano 10, 1995. Disponível em <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_29/rbcs29_01.htm> Acesso em 14 de dezembro de 2010.

MANIN, Bernard; PRZEWORSKI Adam; STOKES, Susan C. Eleições e Representação. In: **Lua Nova**, São Paulo, n.67, 2006.

MARTINS, Marcelo Feijó, et al. Conselhos Municipais de políticas públicas: uma análise exploratória. In: **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 59. Abr/jun 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni;

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004

O'DONELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. In: **Lua Nova**. São Paulo, n. 44. 1998.

PARANÁ. **Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior** <<http://www.seti.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=44>> Acesso em 15 de janeiro de 2011.

PISSAIA, Vitor Hugo. **A Municipalização do ensino em municípios de pequeno porte: a Região de Taquaritinga –(1998-2009)** Campinas. SP. [s.n.], 2011.

PITKIN, Hanna Fenichel. **El Concepto de representacion**. Madrid: Centro de Estudios constitucionales, 1985.

PITKIN, Hanna Fenichel. Representação: palavras, instituições e idéias. In: **Lua Nova**, São Paulo, n.67, 2006

RAGIN, Charles, C. **La construcción de la investigación social, Introducción a los métodos y su diversidad**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, 2007

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos. **Democracia e Governo Local: dilemas da reforma municipal no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPPUR, 2000. Tese de doutoramento. Disponível em <http://teses.ufrj.br/IPPUR_D/OrlandoAlvesDosSantosJunior.pdf> Acesso em 28 de fevereiro de 2012.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v.30 n. 73/74 maio/dez 2006.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TONELLA, Celene. **Poder local e políticas públicas: o papel dos conselhos gestores**. Maringá, PR: Eduem, 2006.

URBINATI, Nádia. O que torna representação participativa. In: **Lua Nova**, São Paulo, n.67, 2006 (a).

URBINATI, Nadia. **Representative Democracy: principles & genealogy**. Chicago Press, 2006 (b).

ANEXOS

ANEXO 1 – Formulário de Entrevista

FACULDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE APUCARANA – FECEA
PROGRAMA UNIVERSIDADE SEM FRONTEIRAS – UGF/SETI
Subprograma Ações de apoio à Saúde
Projeto de Extensão Universitária:
“Participação e Controle Social na Saúde: intervenção para consolidação e fortalecimento dos conselhos Municipais de Saúde”

FORMULÁRIO DE ENTREVISTAS COM CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____/ Horário: início: ____:____ até às ____:____

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome:
- 1.2 Idade
- 1.3 Sexo
- 1.4 Estado Civil
- 1.5 Grau de escolaridade
- 1.6 _____
- 1.7 Profissão
- 1.8 Ocupação
- 1.9 Carga horária de Trabalho semanal
- 1.10 Religião
- 1.11 Cor da pele
- 1.12 Residente no município () sim () não. Há quanto tempo?

2 PROCESSO DE ESCOLHA DO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE

- 2.1 Como soube da existência do conselho Municipal de Saúde do seu Município?
- 2.2 Já foi Conselheiro Municipal de Saúde?
- 2.3 Qual seu histórico de atuação no Conselho Municipal de Saúde?
- 2.4 Como foi a sua escolha por parte da instituição/órgão público para ser representante no conselho Municipal de Saúde/ Como se tornou conselheiro municipal de saúde?
- 2.5 Qual entidade representa?
- 2.6 Como foi o processo de escolha dos conselheiros municipais de saúde?

3 REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

- 3.1 Qual a periodicidade das reuniões do CMS e onde elas ocorrem?
- 3.2 Qual o tempo médio de duração das reuniões?
- 3.3 Quem mais fala durante as reuniões? Por quê?
- 3.4 Quais os assuntos mais comuns discutidos nas reuniões?

- 3.5 Quais os assuntos que mais geram polêmica ou debate nas reuniões?
- 3.6 Existe pauta de reunião? Quem elabora?
- 3.7 Todos os conselheiros participam das reuniões?
- 3.8 O horário das reuniões é adequado? O que deveria ser levado em consideração ao agendar horário/
- 3.9 É Realizada ata durante as reuniões? Quando são assinadas as atas?
- 3.10 Você recebe com antecedência a pauta e o material de apoio às reuniões?

4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS

- 4.1 Quais os poderes do CMS?
- 4.2 Quais as funções dos conselheiros municipais de saúde?
- 4.3 As decisões do CMS levam em consideração as necessidades da comunidade? Por quê?
- 4.4 Você discute com as pessoas que compõem o segmento que você representa as propostas que deverão ser incluídas no orçamento?
- 4.5 Quais São as principais necessidades do segmento que você representa?
- 4.6 Essas necessidades são atendidas? Por quê?
- 4.7 Quais são as dificuldades encontradas na atuação do conselheiro?
- 4.8 Você sente falta de informações que ajudem a melhorar seu desempenho como Conselheiro? Quais?
- 4.9 O seu CMS costuma analisar os documentos oficiais em grupo, nas sessões ordinárias ou fora delas?
- 4.10 Você já experimentou pedir ajuda a outros profissionais que tem mais experiência, na hora de analisar os documentos?
- 4.11 Como é que os documentos produzidos pela Secretaria de Saúde chegam as mãos dos Conselheiros, no seu Município?
- 4.12 Os conselheiros levam em consideração a opinião dos usuários? Qual a importância da participação dos usuários na política de saúde municipal?
- 4.13 Quais as dificuldades encontradas pelos conselheiros relacionadas a conciliar o tempo de atividade profissional com a atuação no CMS?
- 4.14 Como você percebe o papel do CMS diante das deliberações apontadas nas Conferências?

5 POLÍTICA DE SAÚDE

- 5.1 Você acha que os serviços públicos de saúde do seu município atendem as necessidades da população?
- 5.2 O número de profissionais de saúde é suficiente para atender a população usuária no seu município? Em que área há mais carência de profissionais de saúde?
- 5.3 Você acha que um CMS atuante pode melhorar a vida da população? Por quê?
- 5.4 Como você percebe a política de saúde?
- 5.5 Qual a sua visão sobre o CMS?
- 5.6 Tem algum conhecimentos sobre as legislações na área da saúde? Quais?

5.7 As decisões do CMS vão de encontro à garantia dos direitos da saúde da população?

ANEXO 2 - Parecer do Conselho de ética em pesquisa



Protocolo CETI-FAP

Parecer nº 304/2010

Título: Participação e controle social na saúde: Intervenção para consolidação e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde

Pesquisador(a): Antônio Marcos Dorigão

Orientador(a): Mestre Daniela Castamann

Relatório final apreciado: APROVADO

Situação do Projeto: Em andamento

Considerações e Parecer

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (CNS/MS) e complementares e, ainda o Regulamento do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Apucarana (FAP), este projeto foi apreciado pelos membros do CETi - FAP, e obteve parecer **APROVADO**, ou seja, considerado como **aceitável** para o desenvolvimento da pesquisa proposta.

Porém, faz-se necessária apresentação de **RELATÓRIO SEMESTRAL**, até o término da pesquisa e, após o **RELATÓRIO FINAL**, acrescido dos **TERMOS DE CONSENTIMENTOS LIVRE E ESCLARECIDO** dos sujeitos de pesquisa, devidamente assinados.

É o parecer

Apucarana 30 de Março de 2010.


Professora Enfermeira Marineusa Fernandes
Presidente CETI-FAP

Emissão de 2ª Via em: 10 de Fevereiro de 2012

Parecer emitido na 41ª Reunião Ordinária

Faculdade de Apucarana—Rua Osvaldo de Oliveira-600 Jardim Flamingos
FAX: (0xx43) 3033 8900 – CEP: 86811-500 – Apucarana – PR – ceti@fap.com.br

ANEXO 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido



Governo do Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana
Criada pelo Decreto n.º 26.298, publicada no D.O.U. em 05/07/1960



Avenida Minas Gerais, nº. 5021. – Fone/Fax 0xx 43 3423-7277 – CEP 86800-970 – Apucarana –PR.

[E-mail: fecea@fecea.br](mailto:fecea@fecea.br)



SECRETARIA DE ESTADO DA CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para entrevista a ser aplicada com os Conselheiros Municipais de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar do Projeto **“Participação e Controle Social na Saúde: Intervenção para consolidação e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde”**, desenvolvido pelo Projeto de Extensão Universitária, pertencente ao Programa Universidade Sem Fronteiras – Subprograma de Ações de Apoio à Saúde, vinculado a Faculdade Estadual de Ciências Econômicas (FECEA) e a Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), do Estado do Paraná. O projeto está sob Coordenação da Msc. Prof^a. Daniela Castamann e do Professor Orientador Msc. Antonio Marcos Dorigão.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a FECEA.

Este projeto tem como objetivo principal fortalecer e consolidar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde em cidades do Vale do Ivaí, possibilitando a participação ativa e controle social dos membros na formulação de políticas públicas de saúde. Conhecer e analisar perfil sócio-cultural e o nível de conhecimento dos conselheiros sobre suas funções, visando identificar e analisar as estratégias adotadas pelos Conselhos de Saúde no processo de controle social e diagnosticar as demandas e prioridades para treinamento, aplicando cursos de formação para os conselheiros.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista sobre: perfil, processo de escolha e atribuições dos conselheiros municipais de saúde e sobre a política nacional de saúde, o qual é imprescindível que você responda sinceramente. Você poderá a qualquer momento desistir da pesquisa, não lhe acarretando nenhum prejuízo, contudo contribuirá para o levantamento do diagnóstico sobre os Conselhos Municipais de Saúde, possibilitando com este estudo planejarmos o Curso de Capacitação para os Conselheiros Municipais de Saúde, que tem como objetivo fortalecer a participação e controle social, visando melhorar os serviços de saúde nos municípios participantes no Projeto, na garantia do acesso do direito à saúde.

Os participantes não obterão nenhum privilégio ou ônus na participação desta pesquisa.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Solicitamos sua autorização para trabalharmos com os dados obtidos, podendo referenciá-los no trabalho. Porém estes dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do coordenador e orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou qualquer momento.

Daniela Castamann Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade de Ciências Econômicas de Apucarana (FECEA) Avenida Minas Gerais, 5021, Apucarana – PR CEP; 86800-970 Telefone/Fax: (43) 3423 - 7277 e_mail: danideon@pop.com.br	Antonio Marcos Dorigão Professor do Departamento de Ciências Humanas da Faculdade de Ciências Econômicas de Apucarana (FECEA) Avenida Minas Gerais, 5021, Apucarana – PR CEP; 86800-970 Telefone/Fax: (43) 3423 - 7277 e-mail: dorigao@fecea.br
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em particular.

Sujeito da pesquisa: _

Sujeito da pesquisa

Data: ___/___/2010

APÊNDICE

APÊNDICE

CATEGORIAS DE ANÁLISE

2.2 Já foi Conselheiro Municipal de Saúde?

1. Primeira vez
2. Duas vezes ou mais
3. Já foi conselheiro, mas de outra política ou de outro município

2.4 Como foi a sua escolha por parte da instituição/órgão público para ser representante no Conselho Municipal de Saúde? Como se tornou conselheiro municipal de saúde?

1. Indicação do Gestor
2. Indicação da entidade/consenso na entidade
3. Eleição na entidade
4. Não especificou (relata que foi por convite mas não esclarece por parte de quem)/ Não sabe
5. Escolhido em conferência ou pré-conferência (no entanto não deixou claro como foi escolhido pela entidade para participar desta)

2.5 Qual entidade representa?

1. G – Gestor – Representante governamental da política de saúde ou de outra política (nos conselhos é comum a participação de representantes da política da Educação.
2. T – Trabalhador
3. U – Usuário
4. P – Prestador (Organizações de direito privado que prestam serviços ao SUS)
5. Não soube identificar o seguimento (teve dúvidas ao responder ou elencou mais de um)
6. Não respondeu

A escolha/indicação do conselheiro corresponde com as formas adotadas para a seleção dos representantes? (Segmento do Gestor é feito por indicação do responsável pela pasta ou chefe do poder executivo. Os demais seguimentos – Usuários, trabalhadores e prestadores podem ser selecionados por indicação da entidade, eleição, consenso ou ainda formas combinadas de autorização. Portanto, se diz que representa o segmento dos trabalhadores e foi indicado pelo gestor há uma incongruência)

1. Corresponde
2. Não Corresponde

2.6 Como foi o processo de escolha dos conselheiros municipais de saúde?

1. Foram eleitas as entidades na conferência, posteriormente cd entidade escolheu/indica o conselheiro
2. Não sabe, não participou do processo.
3. Indicação governamental
4. Convite às entidades e apresentados na conferência

4.2 Quais as funções dos conselheiros municipais de saúde?

1. Bloco 1 – Controle Social

Fiscalizar/não especificou o que

Fiscalizar os serviços de saúde

Fiscalizar as contas

Analisar as contas, processos de licitação, aplicação de verbas

Acompanhar o trabalho que envolve a saúde

Denunciar problemas no atendimento

2. Bloco 2 – Representação -

Trazer demandas da comunidade para serem resolvidas

Trazer demandas do segmento

Defender a classe que representa

Representar sua entidade e os seus interesses

Defender interesses dos usuários

Trabalhar em prol da sociedade

3. Bloco 3 – Processo deliberativo – Formulação da política

Aprovar/desaprovar Não especificou o que

Intervir/Propor ações de saúde

Tomada de decisão de assuntos referentes à saúde

Deliberar

Apresentar projetos na área da saúde

Votar

Participar das reuniões

4. Bloco 4 – Outros

Orientação, palestras,
Vacinação, visitas nas casas

5. Bloco 5 – Desconhecimento das funções
Não sabe

4.3 As decisões do CMS levam em consideração as necessidades da comunidade? Por quê?

1. Sim

Por que?

- 1.1 Porque este é o papel do conselho
- 1.2 Porque o conselho é o porta voz da população/representam a comunidade
- 1.3 Prioriza a necessidade da população usuária
- 1.4 Porque são representantes de entidades sociais e bairros
- 1.5 Porque tudo é discutido e decidido na reunião
- 1.6 Por ser um município pequeno é mais fácil visualizar os problemas

2. Não

- 2.1 porque levam em consideração necessidades individuais
- 2.2 porque não há comunicação entre comunidade e conselho
- 2.3 porque faltam recursos
- 2.4 porque tudo chega pronto só pra aprovar (de cima pra baixo) pq os conselheiros são vaquinha de presépio.

3. Em parte

- 3.1 porque teria que reunir mais a comunidade para levantar a demanda
- 3.2 Sociedade não faz sua parte, não há participação social
- 3.3 porque não tem recurso para tudo

4. Não soube responder

4.4 Você discute com as pessoas que compõem o segmento que você representa as propostas que deverão ser incluídas no orçamento?

1. Sim
2. Não
3. Não discute o orçamento, mas discute outros assuntos
4. Discute às vezes
5. Não soube responder
6. O debate só foi realizado com outros delegados da entidade por ocasião da conferência municipal que acontece a cada 2 anos.

4.5 Quais são as principais necessidades do segmento que você representa?

Acesso a serviços de saúde (consultas, exames, medicamentos, melhora no fluxo de atendimento, especialidades, falta de profissionais em Saúde do trabalhador

Remuneração salarial adequada/ Plano de cargos

Respaldo do gestor

Mais recursos do governo estadual e federal (Gestor q respondeu)

Meu segmento não necessita muita coisa

Necessitam conhecer melhor como funciona o sistema de saúde

Maior integração com outras políticas

Melhores condições de trabalho (sala adequada)

Não sabe

Apoio psicológico

Apoio governamental à instituição (recursos)

Não tem necessidade

Palestras educativas

A maioria do meu segmento tem plano de saúde, não usa o Sus portanto não tem necessidade (Mauá)

4.6 Essas necessidades são atendidas? Por que?

1. Sim

Porque o conselho exerce seu papel cobrando que os serviços sejam realizados

Porque no conselho se estabelece as prioridades

Porque a secretaria de saúde faz um bom trabalho

Porque tem um sistema de saúde bom na cidade

Porque pastoral e centro de saúde andam juntos

Falta tempo para ir atrás de informações de segmento que represento

2. Não

Porque há má distribuição de serviços e recursos

A estrutura da saúde não permite

Por falta de cobrança mais rígida

Não sabe explicar

Por falta de recursos ou por não poder entrar no orçamento

Pela falta de profissionais médicos na cidade

Porque não são discutidas

A demanda é pequena

Não sabe explicar

Por falta de vontade de quem trabalha na saúde

Conselho despreparado

3. Parcialmente

Porque o órgão gestor não corresponde às necessidades

Requer tempo

O governo federal não repassa recursos

Porque os prefeitos não dão a contrapartida

Por falta de recursos

Falta recursos humanos

Por questões e interesses políticos

Falta maior participação da população

As minhas são, dos outros não, porque sabem que eu brigo

A pessoa tem que se humilhar pra conseguir alguma coisa

Tem casos em que foge da alçada do conselho ou da secretaria

Porque tudo tem que ser via projetos

Foi colocado no plano de saúde

Só quando é urgente

4. Não sabe responder

Não sabe responder porque depende dos chefes.

5. Não respondeu

resposta em branco

4.12 Os conselheiros levam em consideração a opinião dos usuários?

1. sim

2. NÃO

3. NEM SEMPRE

Qual a importância da participação dos usuários na política de saúde municipal?

Sim, para conhecimento de um direito que já está garantido

Sim, para que os usuários mostrem aos conselheiros o que estão precisando

Sim, para que haja um trabalho mais coeso e elucidativo

Sim, por ter 50% de participação e porque são eles que “usam” o Sus

Sim, porque os usuários sentem na pele as necessidades. Porque eles é que sabem o que precisa. (Responsividade)

Parcialmente, a participação foi um ganho no sentido dos gestores prestarem contas (seria accountability?)

Não. Os usuários não estão preparados para brigar por seus direitos

População não quer participar mas quer direitos

Não levam

A participação da comunidade pode influenciar na política de saúde

Tem coisas que os usuários pedem que é demais, eles não entendem nada.

Participação fundamental para o desenvolvimento da saúde

As cobranças podem ajudar a melhorar a saúde

Levam as queixas

Uma questão de economia de dinheiro da saúde

A participação do usuário fortalece o conselho

Para saber de seus deveres e direitos

A participação ajuda atingir os objetivos

Não soube responder

A participação da pop não tem importância

É importante mas não dá pra participar porque as reuniões são em horário de trabalho

LEGENDA DOS MUNICÍPIOS PARA FINS DE LOCALIZAÇÃO EM TABELA DO EXCEL

1. Apucarana
2. Jandaia do Sul
3. Novo Itacolomi
4. Bom sucesso
5. Borrazópolis
6. Califórnia
7. Cambira
8. Faxinal
9. Grandes Rios
10. Kaloré
11. Marumbi
12. Mauá da Serra
13. Rio Bom.