

A concepção dos conselheiros sobre seu papel no Conselho Municipal de Saúde

The conception of counselors on their role in the Municipal Health Council

Reinaldo Antônio Bastos Filho¹

Leandro Bicalho Lopes²

Vanessa Aparecida Moreira de Barros³

Neide Maria de Almeida Pinto⁴

RESUMO: Este estudo objetivou analisar as representações sociais dos conselheiros municipais de saúde, especificamente os representantes da sociedade civil. Foram feitas 15 entrevistas, traçou-se o perfil socioeconômico dos entrevistados e, em seguida, os textos foram analisados por meio do software ALCESTE. Os resultados mostram uma representação social marcada por uma visão de mudança e preocupação com as políticas de saúde do município, apontando um espaço que não se restringe a uma mera formalidade, mas que valoriza a participação, o processo decisório e deliberativo, bem como de monitoramento e fiscalização das políticas de saúde do município.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the social representations of municipal health councilors, specifically representatives of civil society, regarding the role of counselor and council in Viçosa-MG. Fifteen interviews were carried out, the socioeconomic profile of the interviewees was traced and the texts were carried out using ALCESTE. The results show a social representation marked by a vision of change and concern with the health policies of the municipality, pointing out a space that is not restricted to mere formality, but that values the participation, decision making and deliberative process, as well as monitoring and control of health policies of the municipality.

1 Doutorando em Economia Doméstica-PPGED/UFV, Especialista em Gestão da Produção-UFV, Administrador Público-UFOP e Gestor de Cooperativas-UFV. E-mail: reinaldinhogestorufv@hotmail.com.

2 Mestrando em Economia Doméstica/UFV, Psicólogo pela UNIVIÇOSA e Licenciado em História-UFOP. E-mail: leandrobicalholopes@yahoo.com.br.

3 Doutoranda em Extensão Rural, DER, UFV. E-mail: vanessa.barros@ufv.br.

4 Professora do Departamento de Economia doméstica/UFV. Pós-Doutorado em Ciências Sociais, 2013, Universidade do Minho, Portugal. E-mail: nalmeida@ufv.br.

PALAVRAS-CHAVE: Representação Social. Conselho Municipal de Saúde. Controle Social.

KEYWORDS: Social Representation. Municipal Health Council. Social Control.

I. INTRODUÇÃO

A configuração da Política de Saúde no Brasil resultou, predominantemente, do poder de luta, de organização e de reivindicação da sociedade civil, não de um presente dado pelo Estado aos cidadãos, como alguns governos querem fazer parecer (POLIGNANO, 2001; VAN STRALEN *et al.*, 2006). O cenário nacional das políticas públicas de saúde se desenvolveu, ao longo da sua história, como uma forma de apoio aos setores prioritários do governo, como é o caso econômico, em que foram combatidas principalmente pragas e epidemias em lugares estratégicos (portos e produção agrícola). Sendo assim, como salientado por Bravo (2006), o setor da saúde nunca se estabeleceu como prioridade governamental. Contudo, ao longo dos anos, algumas mudanças na postura de governo, como, por exemplo, na primeira era Vargas, tentaram mudar essa realidade.

Como consequência de muitos anos de luta por melhorias na prestação de serviços de saúde no Brasil, tais modificações acabaram por culminar em 1988 com a promulgação da Constituição Federal e, conseqüentemente, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visava a garantir a toda população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde, estabelecendo a atuação dos conselhos de saúde como intermediários entre a sociedade civil e o governo, sendo a principal organização representativa da comunidade, juntamente com as Conferências Nacionais, nas discussões sobre Saúde Pública (MERCADANTE, 2002; VAN STRALEN *et al.*, 2006).

Instituído na Constituição de 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de deliberação do SUS, foi criado com a missão de deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, assim como devem fazer os Conselhos Municipais de Saúde. O CNS detalha ainda sua competência, Resoluções 33, de 1992, e 333, de 2003, tentando, principalmente, estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e assim garantir a representação dos usuários nesses espaços (BRASIL, 1990).

Buscando entender a efetividade da participação nesses espaços, é discutida atualmente, de forma sistêmica, a questão da participação da sociedade civil na elaboração das políticas públicas no âmbito da administração pública, principalmente no que se refere ao entendimento ou falta de conhecimento por parte desses a respeito do que sejam a representação da sociedade civil e o papel dos conselhos de políticas públicas (AVRITZER, 2000; ABERS *et al.*, 2008; MARTINS, 2013), o que justifica a necessidade dessa pesquisa. Assim, o nível de conhecimento da população a respeito da participação nas decisões através dos conselhos gestores tem sido visto

como estratégica na construção de uma gestão pública participativa.

Pretende-se, com o presente artigo, investigar as representações sociais (RS) dos membros do conselho municipal de saúde, representantes dos usuários do SUS, acerca do papel do conselheiro e do conselho. Optou-se por utilizar as RS na perspectiva de Moscovici (2007), psicólogo social que cunhou essa abordagem.

As Representações Sociais (RS) são uma espécie de conhecimento do senso comum, derivadas de um processo, que dão suporte para que um indivíduo ou determinado grupo apreenda determinada realidade e atue sobre ela sem desconsiderar os processos sociais e históricos como circunscritores dessa construção (MOSCOVICI, 2007). Nesse sentido, o autor aponta a importância de cada contexto como delimitador das diferentes representações sociais.

O interesse deste trabalho é pela realidade do município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, que inicia e ganha força em termos de participação social por intermédio de seus conselhos gestores, principalmente o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, criado em 1991, pela lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro.

No que se refere às pesquisas que relacionam conselhos gestores de saúde com representação social, podemos citar alguns trabalhos, como o de Shimizu *et al.* (2013), que desenvolveram um estudo objetivando analisar as representações sociais dos conselheiros municipais de saúde acerca do controle social em saúde; e o de Domingos (2016), que, por sua vez, elaborou sua tese de doutorado com o objetivo de analisar como os sujeitos (conselheiros) percebem o processo de participação social no contexto do Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente/Florianópolis, por meio da interpretação de representações sociais. Contudo, a teoria das representações sociais ainda é pouco aplicada a contextos de conselhos gestores de políticas públicas, abrindo espaços para novas pesquisas que revelem como os atores sociais representam socialmente esses espaços de participação e o significado que adquirem em suas vidas.

2. CONSELHOS DE SAÚDE

Instituídos da pressão popular, os conselhos de saúde têm a sua história a datar com a Constituição Federal de 1988, que previu a descentralização e a participação social na tomada decisão sobre assuntos das políticas públicas. Sua efetivação foi regulamentada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mesmo ano do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que fez surgir o sistema de conselhos de saúde na esfera federal, estadual e municipal. Essa mesma lei determinava a disposição paritária do conselho, composto por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços da saúde (25%), tendo suas participações, por finalidade, auxiliar

na elaboração de estratégias e no controle do que diz respeito à política de saúde, mediando a relação Estado/sociedade. Segundo a Resolução nº 333, de 2003, as funções do conselho foram ampliadas, sobretudo para efetivar seu funcionamento (BUENO, 2012; VAN STRALEN *et al.*, 2006). De acordo com Van Stralen *et al.* (2006), a Lei nº 8.142 prevê que os conselheiros sejam indicados pela organização de que fazem parte e o presidente seja eleito por estes mesmos conselheiros, devendo as reuniões ocorrer, no mínimo, uma vez por mês.

Luchmann (2007; 2008), em análise sobre a teoria da democracia deliberativa, afirma que, mesmo havendo uma paridade numérica, isso não condiz com uma paridade política, ou seja, ainda há desigualdades nas decisões. Entretanto, a participação que esse espaço possibilita aos seus membros permite um reordenamento da lógica do poder.

De acordo com o pensamento de Gohn (2003, p.83), “de fato, os conselhos gestores foram a grande novidade nas políticas públicas ao longo dos anos”. Além disso, segundo a autora, o Conselho gestor tem um caráter institucional já que desempenha o papel de instrumento mediador na relação sociedade/Estado e que está inscrito na constituição de 1988, bem como em outras leis do país, na forma de instrumento de expressão, representação e participação da população. Desta forma, é um espaço político que permite a vários atores sociais reivindicar publicamente de órgãos competentes condutas que gerem transparência e ajustamento de seus atos, de acordo com o interesse coletivo (OLIVEIRA, 2004).

Entretanto, os governantes toleram esses conselhos apenas por estarem previstos institucionalmente na forma da lei. O que se percebe na prática é que são contrários a esta modalidade de controle social e, assim, tentam reduzi-los a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas (GOHN, 2000; FUKS, 2006).

Estudos (PEREIRA NETO, 2012; ANDRADE; VAITSMAN, 2013; MARTINS, 2013) apontam o despreparado dos conselheiros para atuar nessa função. Pereira Neto (2012) mostra que, segundo os próprios conselheiros, um dos grandes motivos para sua participação no conselho de saúde são os privilégios pessoais advindos do exercício dessa atividade. O autor cita a “carteirada” como prática comum, tendo o conselheiro prioridade em atendimentos de saúde, chegando a vender vagas para políticos.

Martins (2013) revela o desconhecimento dos conselheiros sobre seu papel político dentro dos conselhos, a maior parte deles afirmando que a fiscalização como única atividade exercida. Segundo o autor, os conselheiros esperam aprender sobre o assunto na própria prática, o que, ainda de acordo com ele, mostra a necessidade de uma formação prévia destes membros. Corroborando esse estudo, Andrade e Vaitsman (2013) refletem sobre a dificuldade, em pequenos municípios, de encontrar membros para participação nos conselhos, incluindo o de saúde, chegando alguns a nunca

terem de fato uma reunião. A qualificação de novos conselheiros bem como a renovação dos participantes também são problematizadas pelos autores.

3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Segundo Duveen (2007), Serge Moscovici inaugura a discussão das representações sociais com um trabalho sobre como os franceses se apropriavam do conhecimento difundido sobre a psicanálise, que teve repercussão em toda a França. A proposta da teoria de Moscovici tem as representações coletivas de Émile Durkheim como principal suporte, sendo remodelada por Serge Moscovici (JODELET, 2009). De acordo com o próprio Moscovici (2007), as discussões sobre as representações sociais passaram a ter um cunho mais da psicologia social, e não somente da sociologia, como fez Durkheim. Isso quer dizer que, além de considerar os sujeitos imbricados na construção das representações, o autor problematiza como o contexto histórico-social interfere nesse processo. As representações são analisadas diante de determinadas tradições, acontecimentos, situações e realidades de cada indivíduo, com a finalidade de transformar em familiar o não familiar (MOSCOVICI, 2007).

Segundo Sá (1998), apesar da dificuldade de Moscovici para elaborar uma definição para as representações sociais, o termo diz respeito a uma forma de conhecimento coletivo com implicações práticas e serve à interpretação e construção das realidades. Sá (1998), ainda analisando as ideias de Moscovici, afirma que a construção dessas representações provém dos universos “consensuais” e “reificados”. O primeiro diz respeito ao conhecimento produzido pela ciência e o segundo, às atividades intelectuais da interação habitual. De acordo com o autor, além lançar mão deste conhecimento produzido no universo consensual, movido pela tradição, a representação social tem como matéria-prima a linguagem científica, difundida pelos médios de comunicação, professores e cientistas amadores. Para Moscovici, (2007), este processo não é passivo, como uma mera internalização de informações, mas ativo, havendo reformulação da informação de acordo com associações cognitivas, valorativas e também socioculturais, ou seja, envolve processos individuais –cognitivos e psicodinâmicos- e sociais.

Dois importantes mecanismos de formação das representações sociais são discutidos por autores (RANGEL, 1997; SÁ, 1998; JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2007), sendo eles a “objetivação” e “ancoragem”. Segundo esses autores, objetivar tem função de dar materialidade a um objeto, naturalizando-o, ao passo que ancorar fornece sentido contextual para esse objeto. A ancoragem da margem faz com que novas representações se englobem nas anteriores de forma a constituir um sentido inteligível que favoreça a solidez da resistência da representação às mudanças. Para Rangel (1997), a ancoragem e a objetivação dão aos objetos das representações sociais a ideia de verdadeiros e naturais, assim como favorecem a

classificação e atribuição de valores a eles.

4. MÉTODO

4.1. PARTICIPANTES

O Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG foi criado em 1991, pela Lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro. Nas décadas seguintes, a resolução número 333, de 4 de novembro de 2003, do regimento interno do Conselho Municipal de Saúde, e a Lei Municipal 2.118, de 06 de abril de 2011, definem que a composição das vagas no Conselho de Saúde seja ocupada em 50% de representantes de usuários do SUS, advindos da sociedade civil, enquanto os representantes dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, funcionários técnico-administrativos ou qualquer outro trabalhador da área da saúde) devem ocupar 25% das vagas e o gestor (governo) e os prestadores de serviços ao SUS têm direito a ocupar os outros 25% para garantir a paridade no conselho (RESOLUÇÃO nº 333/2003).

Foram feitas 15 entrevistas (8 titulares e 7 suplentes) em um total de 26 conselheiros municipais de saúde representantes da sociedade civil (13 titulares e 13 suplentes), durante o período de 22 de setembro a 05 de novembro de 2014. Quatro dessas entrevistas foram feitas em setembro, 8 em outubro e três em novembro. Além disso, durante a pesquisa, três limitações foram determinantes para o número de entrevistas: uma delas foi a não nomeação de dois representantes da entidade SINFUP - Sindicato dos Funcionários da Prefeitura de Viçosa-MG até a data final prevista para coleta de dados da pesquisa. Outro fator foi a impossibilidade de contato, uma vez que, durante várias tentativas, 9 conselheiros não atenderam às ligações telefônicas ou responderam aos e-mails, reduzindo, portanto, o número de entrevistados. A última limitação se deu pela opção de dois conselheiros em não participar das entrevistas.

4.2. INSTRUMENTO

Foram feitas entrevistas semiestruturadas que contemplavam duas partes: a primeira contendo seis questões fechadas que responderiam a características socioeconômicas dos indivíduos, como, por exemplo, nome, renda, escolaridade, filiação partidária, sexo e idade; e uma segunda parte composta por 10 questões abertas⁵, relacionadas à percepção do entrevistado em

5 1) Por que você participa do conselho? 2) Qual a importância e quais benefícios do conselho para a sociedade viçosense? 3) Quais são as suas principais preocupações como conselheiro? 4) O que o senhor/a espera das atividades realizadas por você dentro do conselho? 5) Quais ações são desenvolvidas no conselho? 6) Como são desenvolvidas as ações dentro do conselho? 7) Já propôs alguma atividade ou procedimento aceito pelo conselho? 8) Qual o principal objetivo do conselho municipal de saúde de Viçosa-MG? 9) Como ocorrem as decisões no âmbito do Conselho? 10) Quais são os principais assuntos dentro da Saúde Pública discutidos e deliberados pelo conselho?

relação ao papel do conselheiro e do conselho nas realizações das suas atividades no município.

4.3. COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA

O roteiro de entrevistas passou pelo crivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa no *campus* Viçosa em 2014 e teve sua aprovação confirmada, revelando o compromisso ético da pesquisa em respeito aos entrevistados. Por saber que a utilização de técnicas como questionários, entrevistas e gravação de áudio podem expor dados pessoais dos pesquisados ou mesmo inibi-los a responder de maneira fiel à realidade, foram observados alguns cuidados: explicação do objetivo, natureza do trabalho e motivo de escolha do entrevistado, garantia de anonimato e sigilo, ponderação sobre conteúdo das perguntas e liberdade para que o entrevistado se expressasse livremente ao longo da entrevista.

Além disso, os dados coletados foram tratados com sigilo, sendo analisados pelos pesquisadores envolvidos no estudo, podendo ser utilizados em outras pesquisas mantendo a mesma confidencialidade quanto às informações neles constantes. Cada entrevistado concordou em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, dando autorização para a entrevista.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

Após aplicação das entrevistas junto aos conselheiros, os áudios das 15 entrevistas foram transcritos. Em seguida, o *corpus* de cada entrevista foi preparado (desenvolvimento da linha de comando e retirada de pontuação) e submetido à análise pelo *software* Alceste (2012).

O Alceste é uma técnica de análise de dados textuais que possibilita a exploração da estrutura e organização do discurso dos atores sociais, bem como permite o acesso às relações entre os universos lexicais que, possivelmente, seriam difíceis de identificar com o uso da análise de conteúdo tradicional (ALBA, 2004).

Durante a análise dos dados, o *software* realiza quatro etapas para organização dos resultados: Etapa 1: Leitura do Texto e Cálculo dos Dicionários; Etapa 2: Cálculo das Matrizes de Dados e Classificação das Unidades de Contexto Elementar (UCE); Etapa 3: Descrição das Classes de UCEs; e, por fim, a Etapa 4: Cálculos Complementares (CAMARGO, 2005).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS CONSELHEIROS

Em relação ao perfil dos conselheiros, é possível identificar, pela análise do quadro de composição do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, que, entre todos os 26 membros que formam o conselho, 65% (17 conselheiros) são do sexo masculino e 35% (9 conselheiros) do sexo feminino. Dessa

forma, é possível perceber e confirmar que os homens ainda são maioria no que diz respeito às discussões e tomadas de decisões relacionadas às políticas de saúde no Conselho Municipal de Viçosa-MG.

Um dado importante é que 67% dos conselheiros têm idade superior a 50 anos, especificamente 47% na faixa etária entre 50 e 61. Quanto ao nível de escolaridade, 59% desses representantes têm curso superior ou pós-graduação, o que é explicado pelas características específicas do município de Viçosa-MG, cidade universitária que tem alto índice de pessoas com nível de graduação (IBGE, 2010).

Outro dado interessante é que 60% dos conselheiros têm renda mensal superior à renda per capita do município de Viçosa-MG, que, segundo o IBGE (2010), é de R\$ 1.078,86 reais. De acordo com os dados, essa parcela de conselheiros recebe de 5 a 7 salários⁶ ou mais por mês.

De acordo com Abers *et al.* (2008), quase todos os estudos sobre o assunto revelam que as pessoas que compõem os conselhos não são representativas das classes populares, fato comprovado tanto pelo nível de escolaridade quanto pela renda, ambos muito superiores à média dos usuários do SUS. De forma complementar, o trabalho de Santos Jr., Azevedo e Ribeiro (2004) confirma a discussão acima. Os autores aplicaram um survey junto aos membros de conselhos em sete áreas metropolitanas do Brasil e constataram que 62% deles têm escolaridade acima do nível médio e 65% têm renda maior que cinco vezes o valor do salário mínimo.

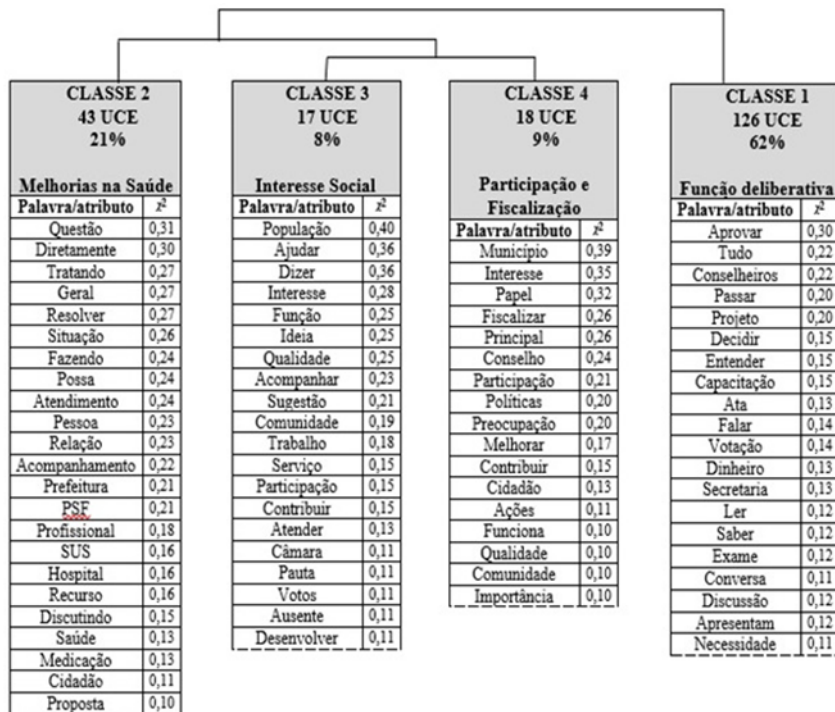
5.2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS

No processamento da análise padrão do software Alceste (2012), o corpus foi constituído de 15 Unidades de Contexto Inicial (UCI's), ou entrevistas, num total de 32 ocorrências, sendo 2.194 palavras diferentes, com média de 17.50 ocorrências por palavra. Para a análise, foram consideradas as palavras com $X^2 \geq 3,84$. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, foram encontradas 335 palavras reduzidas e analisáveis e 292 UCEs. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 69% do total das UCEs do corpus, organizado em quatro classes (Figura 1).

Como pode ser observado na Figura 1, o corpus sofreu 4 partições a partir do processamento do programa computacional. Percebe-se que houve, a princípio, uma repartição em 2 eixos temáticos: a primeira partição, que originou a Classe 1, chamada de *Função deliberativa*, ficou no eixo temático denominado *papel decisório*, e um segundo eixo, denominado *papel fiscalizador*, está representado pelas outras três classes. Essas classes, por sua vez, sofrem então mais duas subdivisões: em primeiro lugar, vem o agrupamento da Classe 2, denominada *melhorias na saúde*,

⁶ Salário mínimo em 2014 era de R\$724,00 (Decreto 8.166/2013).

Figura 1. Dendograma da Classificação Hierárquica.



Fonte: Elaboração própria de acordo com resultados do Software Alceste (2012)

que se separa das Classes 3 (*Interesse Social*) e 4 (*Participação e Fiscalização*), que permaneceram interligadas. Após essa etapa, houve a divisão dos subprodutos surgindo as Classes 3 e 4.

5.3. FUNÇÃO DELIBERATIVA

A Classe 1, denominada “Função Deliberativa”, envolveu 126 UCEs, com 51 palavras, significando 62% do *corpus*. As palavras que contribuíram para a discussão dessa classe foram “Aprovar”, “Decidir”, “Conversa”, “Votação” e “Discussão”, objetivando a ideia de deliberação.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituído na Constituição de 1988 como instância máxima de deliberação do SUS, tem como missão a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde, assim como devem fazer os Conselhos Municipais de Saúde. Detalha ainda sua competência (Resoluções 33, de 1992, e 333, de 2003), buscando, principalmente, estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e assim garantir a representação dos usuários.

Luchmann (2007) diz que em espaços como os conselhos, que

atuam com base na teoria da democracia deliberativa, dá-se centralidade à questão da participação com base em uma nova concepção sobre a legitimidade política. Isso mostra que ela advém de processos de discussão que proporcionam um reordenamento na lógica do poder, diferentemente da democracia representativa, que reduz a legitimidade do processo decisório ao resultado eleitoral - voto.

Os entrevistados 8, 11 e 12, respectivamente, retratam como acontece o processo de deliberação e aprovação de projetos dentro do conselho que não se restringe somente ao voto, mas dão oportunidade de discussão: “Conversamos, discutido e votamos ali”; “É por voto, né, nós votamos, leva para discussão e ali a maioria que decide. O estatuto fala que é obrigado a votar, os conselheiros ali presentes vão votar”; “Tudo é discutido e a plenária aprova, qualquer coisa que é feito lá, a gente faz eleição, contam-se os votos favoráveis e os que estão desfavoráveis, e aquelas pessoas que não querem votar, que se abstêm. Para aprovar, tem que ter a maioria do votos, qualquer ação lá, para ser definida, tem que ter a maioria de votos”.

Isso quer dizer que a representação social que os conselheiros fazem se ancora na ideia de deliberação, ou seja, para eles, não há possibilidade de aprovação de pautas ou de projetos sem que haja um processo deliberativo, envolvendo decisão da maioria. Os discursos proferidos nos trechos da entrevista revelam a função deliberativa que o conselho exerce de acordo com as normas do CNS instituída em 1988 com a chamada “Constituição Cidadã”. Além disso, revela que o fato de haver esse conhecimento em relação ao processo decisório por parte dos conselheiros acaba constringendo o poder municipal no cumprimento dos projetos e políticas de saúde, na medida que há envolvimento efetivo, participação e controle dos seus membros.

Esses resultados divergem daqueles encontrados por Martins (2013) sobre o desconhecimento dos conselheiros em relação a suas funções em geral, o que chama atenção para as particularidades regionais de cada conselho.

5.4. MELHORIAS NA SAÚDE

A Classe 2, denominada “Melhorias na Saúde”, envolveu 43 UCEs, com 71 palavras, significando 21% do *corpus*. As palavras que contribuíram para a discussão dessa classe foram “Atendimento”, “Situações”, “PSF”⁷, “SUS” e “Hospital”.

Outra representação feita pelos conselheiros se ancora no sentimento preocupação dos conselheiros em relação a melhorias do sistema de saúde do município, seja no atendimento em PSFs, seja nos Hospitais.

7 PSF - Programa Saúde da Família

É possível perceber pelas palavras e trechos de entrevistas a vontade de propor mudanças que beneficiariam a população usuária do SUS, conforme o que foi relatado pelo entrevistado 6: “[...] para que eles (pacientes) possam ser bem atendidos, no caso se for hospital, ter um preparo do profissional que vão atendê-lo e fazer suas triagens no atendimento das pessoas (pacientes) no hospital. Preparo (capacitação) para ela que atende as pessoas nos PSFs e possa encaminhá-la diretamente aonde que ele vai estar fazendo o tratamento [...], melhorar mais a situação de saúde da nossa cidade pra atender melhor as pessoas que têm menos condições de recurso financeiro para pagar uma consulta, que depende diretamente do SUS. Exclusivamente aquelas pessoas que têm menos conhecimento (escolaridade)”.

O entrevistado 11 relata algumas melhorias conseguidas por meio das reuniões no conselho, “agora são dezoito PSFs, antes eram quinze, esse ano foi duplicado em algumas comunidades como Bom Jesus que só pegava uma parte. O bairro não era todo contemplado, então agora foi contemplado”.

De acordo com as diretrizes do CNS, o monitoramento das políticas públicas de saúde é requisito principal na participação efetiva dos conselheiros no exercício de suas atividades, sendo possível perceber, com base na análise dessa classe, que essa é uma preocupação recorrente por parte dos conselheiros representantes dos usuários do SUS.

5.5. INTERESSE SOCIAL

A Classe 3, denominada “Interesse Social”, envolveu 17 UCEs, com 46 palavras, significando 8% do *corpus*. As palavras que contribuíram para a discussão dessa classe foram “Contribuir”, “Ajuda”, “Interesse”, “Comunidade” e “Qualidade”, levando à Classe 3 a ideia da importância do conselho para o bem comum.

Essa classe traz à luz os discursos que relatam a preocupação com as questões da saúde, o interesse social por trás da participação de cada conselheiro, ou seja, mostrar de fato o porquê de estarem participando como membros do conselho. O entrevistado 11 diz: “Eu penso muito nas crianças, no futuro. Se hoje nós não temos uma saúde adequada, imagina o amanhã. Então lá dentro do conselho eu posso discutir, posso dar opinião, e a gente pode votar, né, tem diversos meios pelos quais a gente pode ajudar e reivindicar um direito a mais para a nossa saúde, né?”.

Para o entrevistado 15, as questões de efetivação das políticas ainda não acontecem, contudo, se mostra determinando em sua participação como conselheiro: “eu tenho interesse na área de saúde pública. Eu acho que ela é determinante para consolidar as políticas de saúde no município. E a minha principal preocupação é fazer com que as políticas públicas sejam efetivadas no município, mas infelizmente isso ainda não acontece”.

O entrevistado 1 diz “participo porque eu gosto, eu quero ver o

melhor para comunidade, né? Já tem mais de 20 anos que eu milito nessa área de melhoria na qualidade de vida da comunidade, principalmente dos mais carente, né?”. O entrevistado 13, por sua vez, diz que o conselho possibilita “Discutir problemas com as pessoas certas, você vai no ponto onde pode encontrar solução, e dá sugestão também principalmente quando você conhece alguma coisa. Às vezes você pode contribuir para alguma coisa com alguma ideia com que você pode ajudar”

Percebe-se que os entrevistados revelam que participam porque têm interesse em estar por dentro dos assuntos tratados na saúde, ou porque gostam de estar discutindo todos os assuntos de interesse público, ou ainda porque querem ver mudanças no município.

Isso mostra os benefícios que o interesse social por parte dos representantes dos usuários do SUS traz para as discussões e soluções de problemas dentro do conselho, uma vez que esse interesse em ser um representante no conselho se apoia no aspecto da accountability, ou seja, espaço político que permite a vários atores sociais cobrar publicamente de instituições, organizações empresariais, autoridades ou lideranças políticas e condutas que gerem transparência e ajustamento de seus atos de acordo com o que o interesse individual, público e/ou coletivo, espera (OLIVEIRA, 2004).

5.6. PARTICIPAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

A Classe 4, denominada “Participação e Fiscalização”, envolveu 18 UCEs, com 45 palavras, significando 9% do corpus. As palavras que contribuíram para a discussão dessa classe foram “Conselho”, “Participação”, “Fiscalizar”, “Ações” e “Papel”.

Essa classe apresenta um discurso revelando que os conselheiros representam o conselho, ancorado sob a perspectiva dele como um órgão fiscalizador das atividades de saúde do município, seja orçamentária, condições físicas dos Hospitais e PSFs (Programa Saúde da Família), as compras de medicamentos, número de médicos, número de plantões, acompanhamento dos projetos e outros.

O entrevistado 8 relata o papel do conselheiro e sua participação e diz que “a pessoa tem que participar de tudo, se você não participa, o pessoal (poder municipal) faz o que quer. Então, mesmo participando já é difícil, né? Participando você consegue mudar as coisas. Eu sou contra conselheiro que chega ali e cala, só vota. Eu acho que a pessoa tem que participar, ver o que está errado, o que não está. O que eu vejo que está errado eu entro mesmo, não quero saber de nada. Então eu acho que a nossa obrigação é de participar”.

Já o entrevistado 3 relata sobre o papel fiscalizador: “O conselho é a participação de cada um. [...] cada um tem a sua função dentro daquela entidade que ele representa, tá? No conselho, eu ouço os relatórios, vejo

as palestras e faço questionamento, porque a gente quer é que eles (a administração Municipal) façam o trabalho bem feito”.

Gohn (2000) e Fuks (2006) dizem que muitos representantes do governo (conselheiros) apenas toleram os conselhos porque estão previstos institucionalmente na forma da lei. Na prática, são contrários a esta forma de controle social e, em consequência, agem buscando reduzir seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Essa pesquisa revela, entretanto, que a sociedade civil está buscando seu espaço nas tomadas de decisões e na participação. Para o entrevistado 14, o principal benefício do conselho é a “fiscalização, né, eu acho que coloca transparência nas ações da saúde. É uma forma muito boa de participação da sociedade, socializa as informações, os entendimentos, além de incluir a população. Assim ela pode ser ouvida naqueles seus interesses”, ou seja, diferentemente do que Gohn (2000) e Fuks (2006) dizem, nessa pesquisa o papel fiscalizador é visto como o principal benefício no conselho e não mera formalidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados advindos das entrevistas junto aos conselheiros representantes dos usuários do SUS nos revelam as representações sociais no que se refere ao papel do conselheiro e função do Conselho Municipal de Saúde. Essa pesquisa aponta que, na concepção desses conselheiros (os representantes da sociedade civil/Usuários do SUS), o Conselho Municipal de Saúde é benéfico para a população viçosense, não apenas um formalismo. Ou seja, emergem nos discursos dos entrevistados categorias que explicam as suas preocupações em relação às atividades que devem exercer na condição de conselheiros. Além disso, mostram que a análise desses espaços de participação é muito mais complexa do que simplesmente afirmar que são tolerados pelos governantes somente por estarem previstos em lei, como Gohn (2000) e Fuks (2006) apontam. Dessa maneira, o uso da teoria das representações sociais pode revelar o contrário, na medida em que dá voz aos próprios sujeitos da ação, trazendo à luz as peculiaridades das diferentes realidades desses conselhos, como no caso de Viçosa-MG.

Contudo, pelo fato de a teoria das representações sociais se fazer pela percepção do grupo entrevistado, pode não revelar algumas mazelas em relação às suas próprias atuações, uma vez que o grupo pode relatar aquilo que pensa realizar na qualidade de conselheiro, não aquilo que de fato realiza. Assim sendo, a intenção do trabalho não foi esgotar as discussões sobre o assunto, mas abrir novas possibilidades de debates. Para tanto, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas em associação com esse método, como, por exemplo, observação participante, análise documental das atas ou mesmo representações sociais dos usuários no que diz respeito

à atuação dos conselheiros e do próprio conselho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERS, R. N. et al. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. *Caderno CRH*, v. 21, n. 52, 2008.
- ALBA, M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones Sociales del espacio Urbano: El caso de la Ciudad de México. *Papers on Social Representations*, v. 13, n. 1, p. 01-20, 2004.
- ALCESTE (Analyse Lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte) [computer software]. *Manual d'utilisation* Toulouse: Image. 2012.
- ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. v.18, n.7. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232013000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de julho de 2017.
- AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova*, v. 50, p. 25-46, 2000.
- BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>. Acesso em: 11 de julho de 2017.
- BRASIL. *Lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro de 1991*. Em conformidade com as disposições estabelecidas nas Leis Federais nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde cria o Conselho Municipal de Saúde - CMS de Viçosa – MG. Acesso em: 11 de julho de 2017.
- BRAVO, M. I. S. et al. *Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.
- BUENO, Bárbara de Sousa de Oliveira. *A participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal: uma análise sobre a representação dos usuários*. 2012. 79 f. Monografia- Departamento de Serviço Social, UNB, 2013.
- CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P et al. (Org.).

- Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.*
EdUEPB: João Pessoa, p. 511-539, 2005.
- DOMINGOS, D. de C. *Teoria das representações sociais e participação social: estudo no COMDEMA de Florianópolis*, 2016. 159 f.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Administração, Florianópolis, 2016.
- DUVEEN, T. Introdução. In: MOSCOVICI, S. (Org.), *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. 5ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes. p. 7-28, 2007.
- FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 60, p. 67-81, 2006.
- GOHN, M. da G. *Mídia, terceiro setor e MST: impacto sobre o futuro das cidades e do campo*. Petrópolis, Vozes, 2000.
- GOHN, M. da G. *Conselhos Gestores e participação sociopolítica*. Coleção Questões da Nossa Época, v. 84, 2003.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. *Cidades*, 2010. [online]. Disponível na internet via: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=_EN&codmun=317130&idtema=105&search=minas-gerais|vicosa|2010-population-census:-results-of-the-sample-education-. Arquivo consultado em 11 de outubro de 2014.
- JODELET, D. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ. p.17-66, 2001.
- JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociologia e Estado*. v. 24, n. 3, 2009, p. 679-712. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 setembro de 2016.
- LUCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*, v. 70, p. 139-170, 2007.
- LUCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. *Caderno CRH*, v. 21, n. 52, p. 87-97, 2008.
- MARTINS, C. S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde debate*, v. 37, n. 98, p. 437-445, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 setembro de 2016
- MERCADANTE, O. Z. Evolução das políticas e do sistema de saúde. In: FINKELMAN, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 236-313, 2002.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia*

- social*, 5ª ed, Petrópolis, RJ: Vozes. 2007.
- OLIVEIRA V.C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde e sociedade*. v. 13, n.2, p.56-69, 2004.
- PEREIRA NETO, A. F. As representações dos usuários nos conselhos de Saúde: Uma contribuição para o debate. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 441 – 462, 2012.
- POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG*, v. 35, 2001.
- RANGEL, M.; *'Bom aluno': real ou ideal?: o quadro teórico da representação social e suas contribuições à pesquisa*. Petrópolis: Vozes. 1997.
- SÁ, C. P. de. *A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- SANTOS JR, O. A. dos; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. de Q.; Democracia e Gestão local: A experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JR, O. A. dos; RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S.; *Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos Municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, p.11-56, 2004.
- SHIMIZU, H. E. et al.; Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.