



# Participação Social, Relações de Poder e Autonomia em Conselhos Distritais de Saúde

*Social Participation Power Relations and Autonomy in District Health Councils*

Luciana Kind<sup>1</sup>  
João Leite Ferreira Neto<sup>1</sup>  
Mariana Antunes Henriques<sup>1</sup>  
João Henrique de Sousa Santos<sup>2</sup>  
Ana Carolina Campagnole dos Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

<sup>2</sup> Faculdade de Estudos Administrativos

<sup>3</sup> Centro Universitário UNA

**Resumo: Objetivo:** Relata-se neste artigo uma pesquisa que teve por objetivo conhecer processos de subjetivação subjacentes ao exercício participativo em Conselhos Distritais de Saúde do município de Belo Horizonte. Os conselhos são compreendidos como instâncias participativas instituídas por lei, marcados por relações de poder e de autonomia. Os dados empíricos produzidos envolvem 17 entrevistas semiestruturadas com conselheiros trabalhadores e usuários dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte e observação participante de reuniões e eventos de dois Conselhos Distritais de Saúde. Os resultados são discutidos em três categorias centrais: O Conselho Distrital de Saúde; Ser conselheiro de saúde; Jogos políticos. São expostos hibridismos e múltiplas facetas nos modos de ser conselheiro, relacionados com as possibilidades de participação no contexto dos conselhos distritais. Mostram-se processos de negociação em que alianças estratégicas são formadas entre os segmentos, ora entre gestores e trabalhadores, ora entre gestores e usuários.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Participação Social; Poder; Autonomia.

**Abstract:** This paper reports a research that aimed to comprehend subjectivation processes underlying the participatory exercise in District Health Councils, in the city of Belo Horizonte. Councils are comprised as participatory instances established by law, marked by power relations and autonomy. Empirical data were carried on through 17 semi-structured interviews with workers and users counselors of the nine health districts of Belo Horizonte, and by participant observation of meetings and events in two District Health Councils. The results are presented in three main categories: The District Health Council; Being health counselor; Political games. There are hybridisms and multi-faceted ways of being a health counselor, in connection with the possibilities of participation in the context of district councils. We discuss the negotiation processes, in which are formed strategic alliances between the segments, either between managers and workers or between managers and users.

**Keywords:** Public Health; Participation; Power; Autonomy.

## 1. Introdução

Os conselhos de saúde no Brasil são fruto de longo processo de construção da participação comunitária preconizada por organismos internacionais desde os anos 1960 e validada na Declaração de Alma-Ata em 1978. Na década de 1960 as condições de saúde da população como um dos principais indicadores de desenvolvimento social foi pauta amplamente discutida no âmbito da Organização Pan-Americana de Saúde, produzindo-se o incentivo para que países latino-americanos introduzissem a participação comunitária em suas políticas de saúde<sup>1</sup>.

Participação social foi denominação que se tornou mais habitual em documentos governamentais e textos acadêmicos. Paulatinamente, participação social ganhou força como proposta a ser, então, institucionalizada, como mecanismo de democratização das políticas e

ações de saúde no Brasil. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a participação social figurou como condição de possibilidade para saúde ser garantida como direito. Dentre os 27 itens apontados para a reformulação do sistema de saúde do Brasil, o Relatório Final da 8ª Conferência recomendava a formação de “conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitissem a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde”<sup>2</sup>.

O tema da participação, portanto, afirmou-se com central para manutenção dos processos democráticos experimentados na construção do Sistema Único de Saúde. Os textos da Constituição Federal de 1988<sup>3</sup> e da Lei 8.080<sup>4</sup>, acolhem a diretriz de “participação da comunidade” nos processos de formulação e acompanhamento das políticas de saúde, mas não introduzem dispositivos concretos para sua efetivação. Três meses após a sanção da Lei 8.080, os Conselhos e as Conferências de Saúde foram delimitados como instâncias colegiadas que operacionalizariam a participação no SUS. Stralen<sup>5</sup> alerta para o fato de que a Constituição Federal não é consequência linear da 8ª CNS. Ao contrário, entre a Conferência e o texto constitucional houve uma “ampla mobilização num esforço pela superação das resistências dos diversos segmentos do setor privado da saúde contra a criação de um Sistema Único de Saúde.”<sup>5</sup>. Como resultado dessa mobilização, os Conselhos de Saúde, ao lado das Conferências de Saúde, foram sancionados pela Lei 8.142 como instâncias colegiadas a serem instituídas em cada esfera de governo<sup>6</sup>.

A composição dos conselhos de saúde foi delimitada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 33 de 23 de dezembro de 1992, na qual constam as recomendações de modo a garantir a seguinte distribuição: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado). Sobre a indicação dos representantes de usuários, preconiza-se que sejam “indicados impreterivelmente pelas suas entidades”<sup>7</sup>.

Se nas discussões que movimentavam o campo da saúde nos anos 1970 a 1990 se direcionavam para os processos organizativos na constituição de grupos e coletivos, o tema da subjetividade começou a ser discutido nos anos 1990<sup>8</sup>. Com variadas apreensões teóricas, os conceitos de sujeito e subjetividade são reincorporados para a compreensão de processos coletivos. Mais comumente, trabalha-se com concepções de subjetividade como o entrelaçamento de processos simultaneamente individuais e coletivos.

Apesar desta incorporação da noção de subjetividade, as discussões sobre conselhos de saúde e processos participativos na saúde pública brasileira, por mais que se pautem em pesquisas empíricas voltadas para os atores ali envolvidos (representantes de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores), localizam suas questões nos dilemas da representação, o papel institucional da participação no Sistema Único de Saúde (SUS), na organização política e associativismos, na efetividades dos conselhos ou na capacitação de conselheiros, para levantar alguns eixos de reflexão<sup>9,10,11,12</sup>. Volumosa e concentrada em periódicos de saúde coletiva, essa vertente de discussões foi mapeada de modo crítico por Paiva; Stralen; et al<sup>13</sup>.

Como proposta de discussão mais próxima da Psicologia, esta pesquisa teve por objetivo conhecer processos de subjetivação subjacentes ao exercício participativo de conselheiros de saúde, em espaços marcados por relações de poder e investidos da noção de autonomia. Pautados pelas concepções de Foucault<sup>14,15,16</sup>, discutimos sobre relações de poder e práticas de autonomia na cena complexa dos conselhos de saúde, entendendo que essas dimensões são constitutivas de modos de subjetivação. No curso *Segurança, Território, População*, ministrado em 1978, Foucault<sup>17</sup> inicia uma virada na direção dos estudos da subjetividade, que se consolidaram na década de 1980, como novo e derradeiro eixo de seu trabalho. No seminário ele prenuncia dois sentidos para a subjetivação, em sua discussão sobre o poder pastoral que antecipa a governamentalidade. O primeiro, fala da constituição “de um sujeito que é subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta”<sup>17</sup>. O segundo sentido aponta como essa ação de poder possibilita um apelo de resistência, de “como se tornar sujeito sem ser sujeitado”<sup>17</sup>. Esse segundo aspecto, tomado como acontecimento e não um estado definitivamente alcançado, tornou-se a preocupação maior em seus estudos desde então. Assim, ao discutirmos a participação social na perspectiva de relações de poder e autonomia, estamos alinhados com a preocupação

foucaultiana com as condições de produção, mesmo parcial, "acontecimental" e provisória, de sujeitos não sujeitados, a partir das relações de poder em interação no processo participativo.

Os conselhos, como espaços políticos de participação social, foram tomados como dispositivos instituídos para se decidir sobre o planejamento e execução de políticas públicas de saúde, acentuando-se, nesta pesquisa, os engendramentos entre participação e produção de subjetividades. Prado Filho e Martins<sup>18</sup> sintetizam os contornos da ideia de subjetividade em Foucault como algo que estaria distante de um projeto de interioridade. Nas palavras dos autores, "[a] subjetividade se produz na relação das forças que atravessam o sujeito, no movimento, no ponto de encontro das práticas de objetivação pelo saber/poder com os modos de subjetivação."<sup>18</sup>

No plano das relações de poder, a abordagem foucaultiana é aproximada dos cenários participativos dos conselhos de saúde por algumas autoras<sup>19,20,21</sup>. Quase sempre operando com múltiplas referências, sendo Foucault apenas uma delas, essas autoras apoiam-se com frequência no polo poder-resistência. Embora a máxima foucaultiana "onde há poder, há resistência"<sup>14</sup> tenha sido reproduzida à exaustão, a polarização poder-resistência é apenas aparente. Acompanhando o pensamento do filósofo, resistência não pode ser pensada em exterioridade ao poder, mas como algo que lhe é imanente. Neste trabalho, acentua-se a discussão sobre práticas de liberdade, "condição ontológica da ética", como enuncia Foucault<sup>15</sup>, não como um polo do poder, mas como algo que está presente nas composições de força e é inerente às relações de poder.

As discussões apresentadas neste artigo, tocam em tema que propicia conexões importantes com a discussão latino-americana e em países onde a participação em saúde tem sido debatida. Delgado-Gallego e Vázquez-Navarrete<sup>22</sup>, em seu estudo sobre participação em saúde na Colômbia, discutem a confiança de usuários em seu potencial para modificar as políticas e serviços de saúde. As autoras também relatam a complexidade das cenas participativas e os múltiplos interesses e atores que nem sempre atuam de modo convergente. As reflexões teóricas produzidas por Serapioni e Romani<sup>23</sup> em torno do tema avaliam o alcance da experiência participativa na Itália, Inglaterra e Brasil. Flores e Gómez-Sánchez<sup>24</sup> discorrem sobre os atores, seus posicionamentos e vínculos estratégicos e as assimetrias de poder na complexa estrutura de conselhos guatemalteco.

Observa-se poucos trabalhos na área da Psicologia dedicados a estudar os processos de subjetivação nos conselhos de saúde, ainda que seja vasta a publicação em periódicos de Saúde Coletiva. A busca na biblioteca virtual Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePsic) utilizando os descritores "conselho de saúde" ou "controle social", resulta em três textos que relacionam a Psicologia com esse contexto. Carvalho; Santana; et al<sup>25</sup> focalizam a atuação do psicólogo como ouvidor hospitalar em processos de controle social no âmbito da Política Nacional de Humanização. Arraes; Dimenstein; et al<sup>26</sup> discutem a participação de usuários em etapas locais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal. Reis e Guareschi<sup>27</sup> relatam a experiência sobre participação no Centro de Referência em Políticas Públicas (CREPOP) do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, em prática vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Na coleção da Scientific Electronic Library Online (SciELO), há maior volume de publicações com os mesmos termos, mas quando combinadas com "Psicologia", "subjetividade" ou "subjetivação" o resultado é nulo para relatos que efetivamente se debruçam sobre a experiência participativa em conselhos de saúde.

Esta pesquisa, portanto, apresenta contribuições para a Psicologia, na medida em que busca compreender processos de subjetivação, implicados na análise das relações de poder e autonomia, em um cenário ainda pouco explorado em periódicos desse campo. O trabalho também oferece importante contribuição na interface entre Psicologia e Saúde Coletiva, por se dedicar a compreender processos participativos em conselhos distritais, cujas experiências são mais raramente estudadas.

## 2. Percurso metodológico

A pesquisa se caracteriza como uma investigação qualitativa, lidando com a interface entre as ciências humanas e ciências da saúde, com amparo em estratégias metodológicas afinadas com ambos as áreas<sup>28</sup>. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, com o objetivo de mapear as discussões atuais sobre conselhos de saúde e dilemas da participação paritária no sistema de saúde brasileiro. Foram também produzidos dados empíricos por meio de entrevistas e sessões de observação, no período entre abril e dezembro de 2012, com interrupções nesse período em decorrência do processo de eleições municipais.

A entrada em campo foi cuidadosamente trabalhada, preparando-se carta de apresentação enviada às mesas diretoras do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e dos nove Conselhos Distritais de Saúde (CDS) do município. Após essa comunicação, em que se apresentava a equipe de pesquisa, instituiu-se um fluxo de trabalho de campo cumprindo-se os seguintes passos: o contato com as mesas diretoras de cada CDS; o recolhimento de indicações; o contato com os conselheiros; e agendamento das entrevistas. Seguindo esses passos, com pequenas variações em alguns casos, entrevistou-se 10 (dez) conselheiros usuários e 8 (oito) conselheiros trabalhadores. Um dos distritos, a despeito de variadas tentativas de contato, teve dificuldades de efetivar a indicação de conselheiro trabalhador. Em outro distrito, uma conselheira usuária insistiu na participação da irmã, também conselheira, na pesquisa.

Para o trabalho de observação participante foi feito o contato com a mesa diretora de um distrito sanitário, que recebeu a equipe prontamente e convidou os pesquisadores a participarem de todas as reuniões promovidas pelo CDS. A mesa diretora de outro CDS convidou os pesquisadores para participarem de uma reunião ordinária. Foram observadas 2 (duas) reuniões ordinárias desses dois CDS, 1 (uma) reunião extraordinária na qual se deu a posse das novas comissões locais de saúde e representantes do CDS no CMS e 1 (um) Conselho na Praça, evento que tem por finalidade dar visibilidade às ações do CDS e estimular a participação social. Os fragmentos de entrevista são acompanhados dos nomes fictícios dos entrevistados e entrevistadas, a identificação do segmento que representa e o Distrito Sanitário onde atua, codificado pela numeração sequencial entre 1 e 9 (CDS 1 a CDS 9). As notas de observação são acompanhadas da especificação da sessão observada.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado com questões que abordavam a trajetória de participação no conselho distrital de saúde, o cotidiano da inserção nos conselhos, a relação com os representados, a narração sobre processos deliberativos e a relação entre segmentos que compõem os conselhos de saúde. Foi também utilizado um roteiro para as sessões de observação, que visava antecipar o foco dos eventos que seriam registrados, a saber: manejo da reunião, dinâmica de participação e circulação da palavra entre os presentes, encaminhamentos e modos de fechamento das reuniões.

A análise de conteúdo<sup>29</sup> subsidiou o trabalho com os dados, operando-se com os processos de codificação e categorização de unidades temáticas presentes no material transcrito das entrevistas e observações. No processo de codificação e construção de categorias de análise utilizou-se o ATLAS.ti, versão 730. Serão apresentadas e discutidas neste texto as três categorias centrais produzidas por meio da análise: 1) O Conselho Distrital de Saúde; 2) Ser conselheiro de saúde; 3) Jogos políticos.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC Minas e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob CAAE n. 0176.0.213.410-11.

## 3. Resultados e discussão

As categorias e subcategorias aqui trabalhadas ordenam os dados de modo a ampliar a compreensão sobre como os conselhos distritais de saúde são desenhados pelos entrevistados, como os sujeitos constroem a si mesmos nos relatos pautados pelo exercício participativo e como se dá o jogo político do qual fazem parte. O Quadro 1 esquematiza a relação entre categorias e subcategorias que serão apresentadas e discutidas a seguir.

### Quadro 1: Categorias e subcategorias do estudo

Categories	Subcategorias
<b>O Conselho Distrital de Saúde</b>	Relação com outras instâncias
	Espaço de aprendizagem
<b>Ser conselheiro de saúde</b>	Atributos dos conselheiros
	Formação de conselheiros
	Hibridismos
<b>Jogos de poder</b>	Relação com representados
	Processos decisórios
	Cooptação política

Fonte: Dados da pesquisa

O diálogo com a literatura consultada acompanhará a apresentação dos fragmentos de dados. Como fio condutor das três categorias centrais, discute-se relações de poder e autonomia no exercício participativo em conselhos distritais de saúde.

### 3.1 O Conselho Distrital de Saúde

Essa categoria, e respectivas subcategorias, coloca em discussão como conselheiros veem a relação dos conselhos distritais com outras instâncias participativas e como os dimensionam como “espaços de aprendizagem”.

Na estrutura organizativa dos conselhos de saúde, as comissões locais e os conselhos distritais costumam ser espaços de “aprendizagem política”, especialmente para os usuários de saúde. Alguns autores comentam sobre o esvaziamento político de instâncias deliberativas intermediárias entre comissões locais e conselhos municipais de saúde, mas valorizam a potência de formação de conselheiros nesses espaços<sup>31,32</sup>. Em Belo Horizonte, a criação das instâncias participativas previstas na Lei 8.142<sup>6</sup> foram substituídas pela Lei 5.903<sup>33</sup>. Nos termos da Lei 5.903, compete aos conselhos distritais de saúde, criados em cada uma das 9 (nove) regionais administrativas de Belo Horizonte, “formular planos de ação, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas necessárias e propostas para seu Distrito Sanitário” e “organizar as Comissões Locais”.

Sobre a *Relação com Outras Instâncias*, os conselhos distritais figuram, nas ponderações dos entrevistados, como um braço do Conselho Municipal de Saúde (CMS/BH) e uma instância “ordenadora” das comissões locais, como se lê na afirmativa de Marcos: “o que que é o conselho distrital? Ele é um braço do Conselho Municipal.” (Marcos, usuário, CDS 3). A fala de Maria questiona o potencial do conselho distrital em processos decisórios.

*O distrital eu percebo que ele não tem autonomia própria, porque ele fica muito alienado a toda a legislação do municipal e eu não vejo ele discutindo o seu distrito. [...]o conselho distrital não envolve nas finanças do distrito, como é que está sendo investida, em que pé estão o controle e avaliação. (Maria, trabalhadora, CDS 1).*

A hierarquia entre comissões locais, conselhos distritais e CMS está atestada na lei municipal que cria essas instâncias. Entretanto, os caminhos de inserção em cada uma delas se dá de modos distintos. Todos os conselheiros usuários envolvidos na pesquisa tiveram ou têm experiência de participação nas comissões locais e alguns deles, tanto usuários quanto trabalhadores, já tinham sido representantes de seus segmentos no CMS. Nas anotações de campo referentes à reunião de tomada de posse das comissões locais e da nova mesa diretora em um dos CDS do município, uma das pesquisadoras registrou comentários com um conselheiro do CMS:

*Converso com um conselheiro municipal de saúde. Ele comenta que nunca participou da comissão local do seu bairro, nem do conselho distrital. Diz que sua representação se dá via sindicato e que não se sente representando o distrito ou sua comissão local no CMS. Avalia que o papel do CDS é de apoio à gestão e ironiza a posse das comissões locais, como algo que tem pouca repercussão no CMS. (Notas de observação, reunião extraordinária do CDS).*

As relações entre conselhos distritais e conselhos municipais são relatadas em outros trabalhos<sup>34,35</sup>. Guardadas as especificidades do que Silva<sup>34</sup> relata sobre os conselhos regionais no Distrito Federal e Coelho<sup>35</sup> expõe a respeito de conselhos locais em subprefeituras de São Paulo, também este estudo mostra que os conselhos distritais em Belo Horizonte comportam modos heterogêneos de relação com o CMS e com a gestão municipal. Dois conselhos distritais parecem se contrapor ao CMS, discutindo de modo mais autônomo as pautas indicadas pelo nível municipal. Como ilustração sobre isso, quatro conselheiras – duas usuárias e duas trabalhadoras – mencionaram as discussões em torno de uma Parceria Público Privada (PPP) para reestruturação das unidades básicas de saúde, que estava em discussão quando da coleta dos dados. Houve oposição dos trabalhadores e adesão dos usuários à proposta de pareceria como feita pela gestão municipal. Rachel fala especificamente sobre como a PPP foi pautada nos conselhos distritais

*A gente conseguiu o novo escopo da PPP. A gestão chegou em cima da hora, na mesma semana queria que a gente discutisse em todas as câmaras técnicas e que fosse para plenário. Nas câmaras técnicas a gente conseguiu conscientizar o pessoal. [Os demais conselheiros do CDS] não conheciam o processo todo, como se deu, tinham dúvidas. Então por que é que vai assinar um parecer favorável? Por que que vai votar? A gente está conseguindo, pelo menos trazer eles para a discussão. (Rachel, trabalhadora, CDS 9).*

O “pessoal” a que Rachel se refere são particularmente os usuários. Nos registros de campo e em outras entrevistas a PPP, encampada pela gestão, é reportada como uma polêmica disputa entre gestores e trabalhadores pelo voto dos usuários nessa questão. A Resolução n. 332 do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte<sup>36</sup> menciona a aprovação de novo escopo para a PPP, incluindo a legitimação de Comissões de Acompanhamento também em nível distrital e local.

### 3.2 Ser Conselheiro de Saúde

A subcategoria *Atributos dos conselheiros* reúne excertos das entrevistas que explicitam avaliações dos conselheiros sobre características pessoais que favorecem ou não o exercício participativo. Saber usar o espaço de fala, gostar ou não, ter jeito ou não para participar, são alguns dos “modos de ser” que se relacionam com a posição de conselheiro. As falas de Marisa e Rosa sintetizam alguns desses elementos:

*Eu já nasci no controle social. Eu já nasci falante. Eu sou bastante intrépida, sabe? Eu não sou pessoa que tem medo da verdade. Eu não tenho medo de me expor. Ou você gosta [de participar] ou você não gosta. Se você gosta você fica; se você não gosta você pode até ir, ficar um tempo, mas você não fica por muito tempo. (Marisa, trabalhadora, CDS 7).*

*A palavra conselho é totalmente diferente do que a gente está fazendo. Nós estamos denunciando o povo. Conselheiro tem que sentar, aconselhar, conversar. Só que as pessoas não dão valor, sabem muito reclamar das filas, da demora, de tudo. Mas também participar elas não querem. (Rosa, usuária, CDS 1).*

A questão apontada por Rosa, das denúncias feitas por usuários, se alinha com o que Elizabeth nomeia como “denuncismo”: “Um dos exemplos [da participação de conselheiros] é de ficar denunciando, esse denunciamento. Eu denuncio que está faltando remédio, que a gestão é ruim. E precisa apurar, uai! Não é bem assim.” (Elizabeth, trabalhadora, CDS 4).

O uso que Elizabeth faz da ideia de denunciamento, é extensiva a usuários e trabalhadores. Outros conselheiros trabalhadores – e mesmo alguns usuários, como insinua Rosa, em fragmento anteriormente citado – falam desse aspecto atribuindo apenas aos usuários a postura de quem reclama. Cláudia explicita sua posição sobre isso: “Usuário só reclama. Como reclama! Eu acho que reclama, mas não aponta solução. A crítica ela é boa quando é construtiva, aí tem que criticar mesmo.” (Cláudia, trabalhadora, CDS 5).

Como efeito de poder, o discurso sobre os usuários como “aquele que só sabe reclamar” foi frequentemente encontrado em nossos dados. Tomamos por empréstimo a desconfiança presente nas discussões de Coelho<sup>35</sup> de que, embora seja inovadora, a experiência democrática nos conselhos de saúde implica em conseguir operar com “não-aliados”. O que se nomeia como denúncia ou reclamação podem ser modalidades de confronto dificilmente reconhecidas por trabalhadores ou gestores.

Sobre a *Formação de conselheiros*, os processos de capacitação de conselheiros são vastamente descritos na literatura consultada. Em pesquisa realizada com conselheiros municipais de Belo Horizonte, Santos; Vargas et al<sup>37</sup> avaliam que a baixa escolaridade dos usuários os leva a buscarem constantes capacitações e meios de ser formar melhor para o exercício participativo. Cabe ressaltar que, para além da escolaridade, as especificidades técnicas das pautas discutidas nos conselhos exigem processos de capacitação para qualificar o debate. Diferentes perspectivas de formação foram expostas pelos envolvidos nesta pesquisa. Nos fragmentos a seguir encontramos a parceria com instituições formadoras, mas também o estímulo à participação de outros usuários, em estratégias diretas, projetando-se a renovação constante dos conselhos.

*A última capacitação que a gente tinha foi feita através do [Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, UFMG]. Já tem bastante tempo que a gente vem apontando que precisaria de uma nova capacitação para conselheiros. Foi feita uma parceria com a [Escola de Saúde Pública] para duas mil vagas. [Esta] seria uma forma [de] ter outras pessoas. (Rachel, trabalhadora, CDS 9).*

*Nesse meu trabalho de ACS, eu estou dentro do domicílio das pessoas, eu estou na rua sendo abordado e abordando [...] estou ali pregando, filosofando... Dizendo o que é: "Ah! Por que lá no posto aconteceu isso outro dia, e aquele posto não presta." Falei: "Vai lá! Vai na comissão local de saúde [...] vai lá no conselho distrital também, porque lá é um espaço ainda maior." (Jorge, Usuário, CDS 2).*

*Quando há a abertura oficial do Conselho na Praça no palco montado e com presença de poucas pessoas, a presidente anuncia: "Trabalho há quase 28 anos na saúde pública. O primeiro Conselho na Praça desse distrito aconteceu [há alguns anos]. Nosso objetivo é mostrar para a comunidade o papel do controle social. É muito importante que a gente ocupe nosso lugar. A população, o povo, não sabe a força que tem. É importante garantir os direitos do SUS." (Notas de observação, Conselho na Praça).*

A ênfase no estímulo à formação de novos conselheiros que transparece nesses dados é alimentada pela autocrítica que tanto trabalhadores como usuários fazem da permanência das mesmas pessoas nos espaços instituídos de participação. Rachel revela certa ocupação política no conselho distrital: *"O CDS 9 está mais como reduto político mesmo. [...] Ele funciona, mas ele tem que ser renovado, porque são sempre as mesmas pessoas que estão lá." (Rachel, trabalhadora, CDS 9).* Regina faz uma reflexão emblemática de uma hipótese que aparece em várias entrevistas sobre o fato de as pessoas não se interessarem pelos processos participativos.

*O conselho está envelhecendo... o controle social está envelhecendo. [...] Porque nós vamos ter que sair, nós vamos ter que parar com isso. Eu fico pensando é isso: nós vamos ter que parar, nós vamos ter que sair, e como é que vai ficar se ninguém tá querendo participar? É complicado..." (Regina, usuária, CDS 5).*

Um outro aspecto do "ser conselheiro" que analisamos nas entrevistas foram os variados *Hibridismos* presentes no exercício participativo. Aqui destacamos um deles: conselheiros que são agentes comunitários de saúde (ACS), configurando-se um "segmento híbrido" usuário-trabalhador. Em determinado momento de sua entrevista Jorge, representando o segmento de trabalhadores como ACS, lamenta o baixo interesse dos colegas pelas pautas que discute na função de conselheiro. Como contraponto, ele produz um interessante turno num mesmo assunto: *"... e agora, falando como usuário..." (Jorge, trabalhador [ACS], CDS 2).* "Como usuário", Jorge afirma que há o mesmo grau de desinteresse de usuários em participar, semelhante ao que observa nos trabalhadores. Tânia, também ACS, demonstra a mesma clareza de que tem posicionamentos diferentes pelo fato de ser usuária-trabalhadora:

*Como trabalhadora eu tenho que ficar neutra, eu não posso me envolver. Tem coisas que eu tenho que ficar no meu limite... às vezes eu ajudo escondido, não vou mentir para você. Ajudo mesmo o povo escondido, sem ninguém saber que eu estou ajudando. Porque, como trabalhadora, eu não posso; minha cabeça vai a prêmio. (Tânia, trabalhadora [ACS], CDS 6).*

Temendo desequilíbrio no arranjo paritário dos conselhos, Sandra reflete: *"Se a gente for parar para pensar, tem muito trabalhador que é usuário do SUS também..." (Sandra, trabalhadora [técnica de enfermagem], CDS 3).* Esse hibridismo é pouco discutido nos textos consultados. As falas de Tânia e Sandra são elucidativas de que a posição dupla e a possibilidade de circular diferentemente nos processos decisórios em função disso, não é algo negligenciável.

### 3.3 Jogos de Poder

As assimetrias nas relações de poder nos conselhos são diversificadas. O modo como os usuários de cada segmento falam sobre seus pares e sobre os outros é revelador de tensões específicas que atravessam o exercício participativo. Wendhausen<sup>19</sup>, em diálogo com formulações foucaultianas, avalia que há certa “tendência de fixação das relações de poder” entre segmentos nos conselhos de saúde, o que reforça tensionamentos entre eles. A autora assinala que os discursos especializados dos segmentos de cunho técnico específico – gestores e trabalhadores – produzem silenciamento em torno da participação dos usuários. A fala de Luiz e a anotação de campo que se seguem, mostram sintonia de alguns dados produzidos nesta pesquisa.

*[O gestor] tem um curso superior e a maior parte dos conselheiros não tem curso superior, tem primário, por exemplo... às vezes no máximo um segundo grau. Aí, quer dizer, com aquela sabedoria deles, acaba tentando passar por cima, e acaba muitos aceitando. Eu não aceito, mas tem muitos que acabam aceitando e com isso o usuário acaba sendo prejudicado. (Luiz, usuário, CDS 2).*

*[...] a trabalhadora retoma o assunto da pauta que deveria ser elaborada pelas comissões locais, antes de chegar ao Conselho Distrital. E diz: “eu fiz uma sugestão e gostaria que fosse votado aqui”. A presidente reafirma que as demandas são trazidas pelas comissões locais e a trabalhadora insiste: “seria legal fazer uma construção na comissão local para trazer uma pauta na comissão distrital, a fim de que haja mais participação dos usuários e trabalhadores. Com isso, a gente vai ter esse lugar aqui muito mais cheio. E a gente vai sair do lugar de meros ouvintes para participar realmente da construção do SUS.” Diz que gostaria de colocar em votação a sugestão. A própria plenária, ao que parece os conselheiros mais experientes, se posiciona a favor da mesa, dizendo que não é assim que funciona uma votação: “a mesa que coordena”, afirma um usuário. (Notas de observação, reunião ordinária de um CDS).*

A fala de Luiz e o fragmento da reunião observada poderiam ser interpretadas como se os “lugares” de poder estivessem definidos. Preferimos falar em “efeitos de cristalização” e marcação de hierarquias nas relações entre conselheiros de diferentes segmentos, uma vez que os aspectos formativos expostos anteriormente podem modificar as possibilidades de circulação de poder entre segmentos. A experiência acumulada de muitos dos entrevistados, lhes dá a oportunidade de desconfiar do que lhes é apresentado como jogos de verdade, entrando no exercício das relações de poder com a legitimidade que o conselho permite aos usuários, como expõem os experientes Marcos e Rita. Marcos reage à indagação sobre como vê a participação de cada segmento. Rita se reporta à questão feita pela entrevistadora sobre como se dão os processos decisórios no conselho distrital.

*Nós aprovamos dois bilhões e duzentos mil, certo? Eu sou o coordenador da câmara técnica de financiamento. Por exemplo, se eu não der a assinatura aprovando, o Ministério da Saúde cancela tudo. Então nós temos um poder na mão, mas temos que saber usar, né? (Marcos, usuário, CDS 3).*

*Nós usuários temos um poder muito grande, porque nós somos cinquenta por cento. Se nós unirmos vinte e cinco por cento do prestador e do gestor, temos setenta e cinco. Se unirmos mais vinte e cinco do trabalhador, cem por cento. (Rita, usuária, CDS 4).*

Não obstante a dimensão concreta expressa por Marcos sobre sua participação em processos decisórios, há entrevistados que manifestam desconfiança quanto à consciência dos usuários sobre sua possibilidade de participação. Marisa sintetiza essa desconfiança: “Eu costumo dizer para os usuários que eles não fazem uso, eles não se apossam do direito deles, que se o usuário soubesse, era ele quem decidiria tudo.” (Marisa, trabalhadora, CDS 7). Demonstrando uma desconfiança de outra ordem, Elizabeth afirma peremptoriamente: “O jogo de poder, não pode ser ingênuo nesse jogo não, porque você leva ferro. [...] Ninguém é puro ali não, cada um está defendendo o seu lado.” (Elizabeth, trabalhadora, CDS 4).

Em um conjunto de definições de sua analítica do poder, Foucault<sup>15</sup> convida-nos a “buscar o esquema das modificações que as correlações de força implicam através de seu próprio jogo.” No que se observa nas falas dos conselheiros, o jogo de interesses específicos e as defesas que cada segmento faz no exercício participativo antecipa posicionamentos, mas também comporta possibilidades mais fluidas de coalisão e embates. O conhecimento tácito dessa fluidez nas possibilidades de se posicionar nas relações de poder é patente na fala de Marisa.

*A nossa grande luta tem sido de unir o trabalhador e o usuário, principalmente. [...] Se o trabalhador se separar literalmente do usuário, aí não tem como você conseguir nada, sabe? Então, isso aí tem que ser uma relação pacífica e, se possível, até amistosa, porque aí um vai defender o interesse do outro e nós temos que nos entrelaçar nessa defesa. Não adianta o trabalhador ficar sozinho defendendo interesse de*



*trabalhador, mesmo porque o trabalhador é vinte e cinco por cento. [...] O usuário é a maioria, então, seria muita burrice você não se aliar ao usuário. (Marisa, trabalhadora, CDS 7).*

São numerosos os textos que capturam a fala de conselheiros usuários em suas fragilidades no exercício participativo, acentuando o despreparo, falta de formação, baixa escolaridade, o uso da função para garantir benefícios pessoais, dentre outros, como apontam revisões de literatura abrangentes<sup>12,13</sup>. Muitos relatos de pesquisas empíricas também acentuam essas dificuldades, destacando-se as discussões de Pereira Neto<sup>38</sup> que analisa de modo específico o “fenômeno da carteirada”. Essa dimensão aparece nesta pesquisa. Elisabeth diz: “*Eu acho que é interessante vocês estudarem o conselho. Tem outras coisas ali, porque tem gente que sai do conselho municipal a candidato a vereador.*” (Elisabeth, trabalhadora, CDS 4). Nas observações, vimos um uso partidário da posição de conselheiro:

*A reunião do CDS acontece num equipamento da assistência social. No corredor lateral do auditório, um conselheiro representante de usuários, candidato a vereador, distribui santinhos. A secretária executiva e uma técnica do distrito o reprimem. Ele para a distribuição de santinhos, mas continua a cumprimentar quem chega falando da sua candidatura. (Notas de observação, reunião extraordinária de um CDS).*

A aproximação com a política partidária em nossa pesquisa aparece de dois modos bem distintos: como forma de se sentir “prestigiado” por conversar de igual para igual no encontro com políticos e no entendimento de que algumas aproximações são, de fato, tentativas de cooptação política.

*Tenho contato direto com o prefeito, com o secretário, com o governador, e a gente conversa de igual para igual, sem frescura. [...] Eu nunca me imaginei estar no meio desse povo, assim, conversando de igual para igual. É muito bacana, porque você conhece pessoas fantásticas, não só políticos, [mas também] palestrantes, médicos fabulosos... É muito bacana nesse sentido... (Marcos, usuário, CDS 2).*

*Normalmente é uma guerra de foice, porque tudo que é gabinete quer ter um presidente do conselho. Por isso que eu fiquei fora da questão partidária. [...] Normalmente alguém que tem essa trajetória, que tem, está ganhando cinco mil por mês como assessor parlamentar. Aí falam assim “ô Boris você é bobo né...porque você não pegou?” (Boris, usuário, CDS 8).*

No âmbito do Conselho Municipal de Belo Horizonte, Machado e Lucas<sup>39</sup> tecem a instigante hipótese sobre o poder deliberativo dessa instância na análise das resoluções que geram maior embate com o Executivo, mas que não foram assinadas pelo prefeito. As autoras avaliam o risco político que se corre no veto oficial a resoluções aprovadas nessa instância deliberativa. Guardadas as especificidades de cada estudo que se dedica à interface entre modos de subjetivação e conselhos de saúde – uma vez que trabalhamos com conselhos distritais de saúde, em um município brasileiro – identificamos modos de circulação do poder em que se reconhece a legitimidade e certa combatividade em todos os segmentos. Ao mesmo tempo, efeitos de cristalização também produzem modos assujeitados de participar.

#### **4. Considerações finais**

Por analogia com as práticas de liberdade, a autonomia foi abordada nesta pesquisa como componente dos jogos de força e modos de subjetivação que se apresentam no exercício participativo. No contexto específico dos conselhos, a configuração histórica dos múltiplos arranjos, lutas e regras que fizeram valer sua institucionalização e legitimidade como instância participativa no sistema de saúde brasileiro, contribuiu para a constituição de modos de subjetivação entretecidos no cotidiano da participação.

A discussão dos dados oferece um desenho dos jogos de poder marcado por variabilidades, que mobilizam, em diferentes momentos, faces cristalizadas e possibilidades de construção de um exercício autônomo da participação nos conselhos distritais de saúde. Os hibridismos variados – múltiplos espaços de participação, representação híbrida, acoplamento de política partidária – mostram a complexidade deste cenário.

Em concordância com Cornwall e Shankland<sup>40</sup>, este trabalho se inscreve como peça de diálogo sobre as possibilidades de aprendizagem com a experiência brasileira, no que diz respeito à institucionalidade participativa nas políticas de saúde. Nossa pesquisa aponta que as relações de poder e as de autonomia nos conselhos estudados, são posições que se alternam, com a prevalência da primeira.

## 5. Agradecimentos

Agradecemos o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), por meio da aprovação da pesquisa no Edital 01/2010 – Demanda Universal, processo SHA – APQ-01207-10.

## 6. Referências bibliográficas

1. Kind L, Stralen C, Goncalves L. La emergencia de concepciones de participación en salud pública. *Rev chil. salud pública* 2012; 16(3): 288-98.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf) Acesso em 09.10.2015.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em 09.10.2015.
4. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 09.10.2015.
5. Stralen CJV. Gestão participativa de políticas públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. *Rev Psicol Pol* 2005; 5(10):313-44.
6. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 09.10.2015.
7. Brasil. Resolução CNS Nº 33 de 23 dez 1992. [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_92.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm). Acesso em 09.10.2015.
8. Ferreira Neto JL, et al. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(5): 831-42.
9. Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, et al. (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.353-83.
10. Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC (org.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 102-28.
11. Moreira M, Escorel S. Dilemas da participação em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. *Saúde Soc* 2010; 34(84): 47-55.
12. Cavalcanti MLT, Cabral MHP, Antunes LR. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(7): 1813-23.
13. Paiva FS, Stralen CJV, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19(2): 487-98.
14. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfuss H, Rabinow P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p.231-49.
15. Foucault M. *História da sexualidade I*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2003.
16. Foucault M. A ética do cuidado de si com prática da liberdade. In: Foucault M. *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. p. 264-287.
17. Foucault M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
18. Prado Filho K, Martins S. A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). *Psicol Soc* 2007; 19(3): 14-9.
19. Wendhausen ALP. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80(6): 697-704.

20. Fleury S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In Fleury S, Lobato LVC. (org.), Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 24-46.
21. Silveira AR. (Tese). Construção de sujeitos políticos: Trajetórias de conselheiros municipais de saúde. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFMG, Belo Horizonte. 2014.
22. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete L. Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales. Rev Salud Pública 2006; 8(2):128-40.
23. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22(11): 2411-21.
24. Flores W, Gómez-Sánchez I. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. Rev Salud Pública 2010; 12(1): 138-50.
25. Carvalho DB, Santana JM, Santana VM. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. Psicol Ciênc Prof 2009; 29(1): 172-83.
26. Arraes AKM, et al. Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). Rev Psic Pol 2012; 12(23): 71-85.
27. Reis C, Guareschi NMF. Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. Psicol Ciênc Prof 2010; 30(4): 854-67.
28. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
29. Bardin, L. Análise de conteúdo. 2ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
30. Friese S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014.
31. Barreto Mielke F, Cossetin A, Olschowsky A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enf 2012; 21(2): 387-94.
32. Matos MC. (Dissertação). Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.
33. Brasil. Lei nº 5.903 de 3 de junho de 1991. [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&tax=17866&lang=pt\\_BR&pg=7122&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&tax=17866&lang=pt_BR&pg=7122&taxp=0&) Acesso em 09.10.2015.
34. Silva CV. (Dissertação). A percepção de conselheiros de Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca dos domínios do empoderamento. Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, Brasília, DF. 2013.
35. Coelho VSP. Brazilian health councils: including the excluded? In: Cornwall A, Coelho VSP (org.). Spaces for change? Londres: Zed Books; 2007. p. 33-54.
36. Brasil. Resolução nº 332. <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=71834&chPlc=71834>
37. Santos SF, Vargas AMD, Lucas SD. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. Saúde Soc 2011; 20(2): 483-95.
38. Pereira Neto AF. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. Physis 2012; 22(2): 441-62.

39. Machado JA, Lucas SD. Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010. Ciênc Saúde Coletiva 2013; 18(8): 2401-11.

40. Cornwall A, Shakland. Engajamento com cidadãos: lições aprendidas na construção do Sistema Único de Saúde. Psicol Rev 2013; 19(3): 519-42.

---

Artigo Recebido: 11.10.2015

Aprovado para publicação: 25.05.2016

**Luciana Kind**

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Av. Itaú, nº 525 - Bairro Dom Cabral - Belo Horizonte/MG - CEP: 30535012.

Email: lukind@gmail.com

---