



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Pereira Neto, André de Faria

A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 441-462

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838254003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate

|¹ André de Faria Pereira Neto |

Resumo: Os Conselhos de Saúde, institucionalizados no início da década de 1990, foram concebidos como alternativas ao modelo tradicional de representação de interesses. Eles passaram a ter o poder legal de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Hoje em dia, todos os municípios e estados do Brasil têm um Conselho de Saúde, com representantes dos usuários, profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde. Os usuários têm representação paritária em relação aos outros dois segmentos. O objetivo deste artigo é avaliar as motivações que os representantes dos usuários têm para participar dessa instância pública de representação de interesses. Metodologicamente, foram entrevistados doze Conselheiros representantes dos usuários no Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife. Os indícios encontrados nas palavras dos representantes dos usuários entrevistados indicaram a ratificação de práticas patrimonialistas. Este artigo se soma ao esforço analítico de alguns pesquisadores que, nos últimos anos, têm avaliado a experiência de organização e atuação dos Conselhos de Saúde, e inova ao avaliar o ponto de vista dos representantes dos usuários.

► **Palavras-chave:** conselhos de saúde; controle social; representação comunitária.

¹ Pesquisador Titular, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
Endereço eletrônico: apereira@fiocruz.br

Recebido em: 23/02/2011
Aprovado em: 21/12/2011

Introdução

Nos últimos anos, alguns autores têm assinalado as deficiências da democracia política formal e suas instituições tradicionais, como o Parlamento e os partidos políticos, no que diz respeito à tomada de decisões que contemplam os interesses das maiorias (PATEMAN, 1992; PUTNAM, 1996). Nesse sentido, várias propostas têm sido apresentadas e adotadas visando aproximar as comunidades dos processos de decisão. Essas iniciativas, em geral, constroem arenas públicas descentralizadas que buscam incorporar a sociedade civil organizada, que passa a ter poder de deliberação sobre as políticas públicas setoriais. Com isso, cria-se a expectativa de que decisões tomadas sejam mais equitativas (LABRA, 2002).

No Brasil, uma alternativa ao modelo tradicional de representação de interesses encontrou na Reforma Sanitária uma de suas mais notáveis traduções: trata-se da institucionalização dos Conselhos de Saúde (CARVALHO, 1998). Conceitualmente sua criação está assentada sobre uma noção particular de controle social. Tradicionalmente, essa expressão traduz o controle *do Estado sobre a sociedade*. Com a Reforma Sanitária, o termo passou a traduzir exatamente o contrário, ou seja, passou a significar o controle *da sociedade sobre o Estado* (ALVAREZ, 2004). Historicamente, a gênese do controle social na saúde no Brasil está associada à luta pela participação no processo decisório e ao processo de democratização recente da sociedade brasileira, que culminou com a promulgação da Constituição de 1988. Desde então, foram promulgadas leis e normas que conferiram um arcabouço jurídico ao controle social na saúde (BRASIL, 1990a; 1990b; 1992; 1993; 1996; 2002). Os Conselhos de Saúde passaram a ser compostos por representantes de usuários, profissionais e gestores dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis Municipal, Estadual e Federal. Os usuários passaram a ter representação paritária em relação aos outros dois segmentos.

Atualmente, todas as unidades da federação e todos os municípios do país possuem Conselhos de Saúde, que se reúnem pelo menos uma vez por mês e mobilizam cerca de cem mil pessoas (CORREIA, 2000; VAN STRALEN, 2006). Desde então, têm sido realizadas as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, onde diferentes segmentos da população avaliam e traçam as diretrizes para as políticas de saúde.

Segundo a Lei Orgânica nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, e as demais normas e leis promulgadas posteriormente (BRASIL, 1990), o Conselho de Saúde

tem caráter deliberativo. Ele tem o poder de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Segundo essas determinações, a decisão do Conselho de Saúde deve ser homologada pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. As competências do Conselho de Saúde podem ser subdivididas em duas categorias: proposicional e fiscalizadora.

No primeiro caso, inscrevem-se as competências de estabelecer ou formular estratégias, diretrizes, medidas ou critérios, examinar propostas e promover estudos. Essas proposições e suas decisões, elaboradas e aprovadas em fóruns competentes, como as Conferências de Saúde, devem ser homologadas pelo representante do poder executivo. O estudo de Vazquez e seus colaboradores (2003) revela que, em geral, as proposições aprovadas nestes fóruns não têm sido homologadas pelo poder competente. Se o forem, não se transformam em uma realidade palpável para a maioria da população que frequenta o SUS; ou seja, elas tiveram baixo alcance ou efetividade. Jacobi (2002) sugere que a burocracia do aparelho estatal e a centralização do poder político explicam o descompasso existente entre a homologação e a efetivação das deliberações dos Conselhos de Saúde.

No segundo caso, inscrevem-se as competências de fiscalizar o funcionamento e a prestação de serviços, que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, em instituições públicas ou privadas vinculadas de alguma forma com o SUS. A fiscalização dos serviços de saúde é uma das atividades mais recorrentes realizadas pelo conselheiro. Para tanto, é nomeada uma comissão para visitar uma instituição de saúde e verificar se ela está funcionando adequadamente. Em geral, essa visita não é agendada previamente. O elemento surpresa é considerado um fator fundamental nessa atividade. Assim, os Conselheiros têm a expectativa de que a fiscalização seja realizada em um momento de funcionamento regular do serviço de saúde.

Este artigo se soma ao esforço analítico de alguns pesquisadores, que nos últimos anos têm avaliado a experiência de organização e atuação dos Conselhos de Saúde (SPOSATI; LOBO, 1992; DALLARI et al., 1996; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; JACOBI, 2002; VAZQUEZ et al., 2003; GUIZARDI, 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2004; GERSCHMAN, 2004; MORITA, 2006; VAN STRALEN et al., 2006; COTTA, et al., 2009; OLIVEIRA;

ALMEIDA, 2009; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; LACAZ; FLÓRIO, 2009; COTTA, et al., 2010; KLEBA et al., 2010; MOISÉS et al., 2010).

Seu objetivo é avaliar as motivações que os representantes dos usuários têm para participar dessa instância pública de representação de interesses. Ele discute a importância que os poderes proposicional e fiscalizador têm nessa motivação. Para sua realização, foram feitas entrevistas com conselheiros representantes dos usuários. A principal questão formulada durante a entrevista foi a seguinte: Qual é motivação que leva uma pessoa a querer se candidatar a ser representante dos usuários no Conselho Municipal da Saúde em sua respectiva cidade?

Material e Métodos

O estudo envolveu 12 conselheiros – representantes de usuários – que integram três Conselhos Municipais de Saúde diferentes. Foram escolhidas três capitais localizadas em diferentes regiões do país: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife.

Este artigo é, portanto, um “estudo de caso” (YIN, 2001). Esse tipo de investigação se caracteriza pela análise detida de uma experiência singular que guarda, de alguma forma, íntimas relações com uma tendência ou realidade mais ampla (MENEZES, 2009). Quando um pesquisador opta pelo estudo de caso, este pode ser único ou múltiplo. Yin (2001) acredita que, para ser possível criar generalizações científicas, o ideal é que seja desenvolvido um estudo de caso múltiplo. Por essa razão, escolhemos três Conselhos Municipais de Saúde, que vivem a mesma experiência: a representação dos usuários no controle social. Os indícios identificados nas três capitais sugerem tendências que podem ser observáveis em outras oportunidades e condições semelhantes. Sendo assim, o papel do entrevistador, analista dos depoimentos, foi decisivo na seleção dos trechos que serão encontrados abaixo. A contribuição de determinados atores foi imprescindível, daí sua inclusão ter sido intencional (HAGUETTE, 1987).

Metodologicamente, o trabalho foi amparado em entrevistas segundo os parâmetros da “história oral” (FERREIRA, 1996), que valoriza a memória e as recordações do indivíduo. De maneira geral, ela se opõe aos métodos tradicionais generalizantes que enfatizam os grandes processos e estruturas, colocando o sujeito em segundo plano. Além disso, a valorização do depoimento oral representa uma crítica à supremacia do documento escrito. A história oral é, portanto, uma metodologia de pesquisa que consiste em realizar entrevistas gravadas com

testemunhas de acontecimentos, conjunturas, instituições, comportamentos ou outros aspectos da vida contemporânea (ALBERTI, 2004). Ela registra a memória viva e valoriza as emoções de pessoas das mais diversas origens socioculturais. Assim, ela propicia que se resgate o depoimento de um indivíduo sobre seu cotidiano, entendendo-o como uma parte do todo (POLLAK, 1989).

O critério de inclusão dos conselheiros foi o de serem oficialmente representantes dos usuários em cada um desses Conselhos no momento da realização da pesquisa e de terem se mostrado disponíveis e interessados em oferecer seu depoimento de forma livre e independente a este trabalho. Todos foram eleitos em Conferências Municipais de Saúde, e seus nomes foram homologados e promulgados no Diário Oficial de sua respectiva cidade pelo prefeito municipal. A investigação foi realizada por meio de entrevistas conduzidas pelo pesquisador, a partir de um questionário semiestruturado. Elas foram realizadas nas dependências do Conselho, em ambientes públicos, ou na residência dos conselheiros, conforme o caso. A duração média das entrevistas foi de trinta a quarenta minutos. Diante das cerca de doze horas gravadas, foram selecionados alguns trechos que respondessem à pergunta que motivou a realização deste trabalho. Por essa razão, não foi aproveitada a íntegra de todos os depoimentos. Observou-se certa redundância ou repetição nas respostas à principal pergunta da pesquisa, caracterizando-se uma “amostragem por saturação” (FONTANELLA et al., 2008).

Antes do início das entrevistas, respeitando os aspectos éticos conformes à Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Oswaldo Cruz, que o aprovou¹, recomendando que o nome dos entrevistados fosse mantido em sigilo. Por essa razão, foram colocadas apenas referências indicativas. Os conselheiros de saúde que prestaram o depoimento assinaram o termo de consentimento livre esclarecido com todas as informações sobre o estudo. Todos os conselheiros estavam cientes de que a entrevista poderia ser utilizada em algum artigo científico.

O propósito da pesquisa que redundou neste artigo não foi comparar as respostas obtidas em cada realidade e procurar intuir razões que poderiam explicar suas possíveis diferenças. Por essa razão, não houve necessidade de identificar a origem regional do conselheiro. Pelo contrário, o objetivo foi encontrar as

convergências de opinião entre os conselheiros sobre a questão que orientou a investigação, buscando possíveis generalizações.

Elas permitiram que fosse analisada a motivação pela participação nessa esfera particular de decisão política, evitando que a análise se perdesse na infinidade disforme dos seus aspectos concretos. Por isso, este estudo recorreu, como base teórica, ao conceito de “tipo ideal” cunhado por Max Weber (1992). Esse construto teórico seleciona explicitamente a dimensão do objeto analisado, apresentando-o desrido de suas nuances concretas. Ele permite operar uma espécie de abstração que converte a realidade em objeto categorialmente construído. O tipo ideal é elaborado mediante acentuação mental de determinados elementos da realidade, considerados, do ponto de vista do investigador, relevantes para a pesquisa. A construção do “tipo ideal” se assemelha ao método comparativo. Ao comparar fenômenos sociais complexos, o pesquisador cria tipos ou modelos ideais, construídos a partir de aspectos essenciais desses fenômenos. A característica principal do tipo ideal é não existir na realidade, mas servir de modelo para a análise de casos concretos. O adjetivo *ideal*, nesse caso, não confere nenhum tipo de valor, nem significa que o tipo em questão seja bom ou nobre. *Ideal* se refere ao que não está concretamente exemplificado na realidade.

A originalidade deste artigo reside no fato de ter sido analisado o ponto de vista dos próprios conselheiros, representantes dos usuários. Além disso, não pôde ser identificada uma pesquisa que tenha tido a mesma preocupação: verificar a(s) razão(ões) que leva(m) um cidadão a se candidatar e ser eleito representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde. Nos seis principais periódicos científicos nacionais de Saúde Coletiva² foram encontrados 20 artigos com a palavra-chave *controle social*. Nenhum deles fez do depoimento dos representantes dos usuários a base de sua análise, nem procurou saber por que razão esses cidadãos se sentiam mobilizados para ocupar o cargo e desempenhar a função que ele oficialmente lhe confere.

Resultados

De uma maneira geral, os depoimentos dos conselheiros das três capitais revelaram que um dos motivos para a participação no Conselho Municipal de Saúde está relacionado com o proveito pessoal que o exercício da atividade pode conferir ao cidadão eleito conselheiro de saúde. Os conselheiros afirmaram, por exemplo,

que a simples ameaça de encaminhar uma queixa ao Conselho Municipal pode servir como uma arma que permite que um conselheiro representante do usuário consiga uma vaga em um Posto de Saúde ou uma internação em um Hospital para si ou para um parente, amigo ou protegido.

Esse poder se materializa simbolicamente. Os membros do Conselho de Saúde têm um documento, um crachá, uma carteira que registra sua condição de conselheiro. Alguns revelaram, durante a entrevista, a prática corrente da “carteirada”, que em Porto Alegre assumiu feição regional, que a denomina “carteiraço”. Essa expressão traduz, na cultura política brasileira, o uso, indevido e ilegal, de uma prerrogativa ou condição conferida pela posição ou status que um cidadão passa a ter, representada simbolicamente pela carteira de identificação que possui.

O cidadão que “dá a carteirada” ou o “carteiraço” aproveita-se, por exemplo, do fato de ser conhecido na mídia, de ser (filho, parente ou amigo de um) político, ter prestígio no meio social, ser agente público, policial, promotor, juiz ou conselheiro municipal de saúde para auferir benefícios - para si ou para os seus - que não são oferecidos a um homem comum, e não estão previstos na lei ou nas regras vigentes. Essas vantagens ou privilégios podem ser traduzidos das mais diversas formas. As pessoas que recebem o benefício decorrente da “carteirada” podem ser tratadas por determinados vocativos, ter atendimento diferenciado em determinadas instituições e situações, não enfrentar filas; deixar de ser autuadas por infringir normas de trânsito, ou podem entrar de graça em determinados locais que exijam o pagamento do ingresso.

Esta prática ilícita ocorre, segundo a conselheira E, da seguinte forma:

Um conselheiro chega lá na Policlínica e diz assim: ‘quero uma consulta para o dentista’, que é muito difícil. Aquele tratamento é muito bom, por isso ele é muito, muito procurado. E aí ele olha e diz: ‘quero tal e tal’. Aí tem uma resistênciazinha. Ele se identifica - diz que é Conselheiro Municipal de Saúde. A resistência continua. Então, ele pega o celular e liga pro Distrito de Saúde e diz assim: ‘Diretora, essa Policlínica está uma bagunça. Eu vou denunciar’. A diretora fica temerosa, lógico, não é? Fica temerosa de chegar denúncia lá no controle maior social do municipal? Aí ela pergunta: ‘Qual o problema?’.../ Para amenizar ela consegue o atendimento para ele (Conselheira E).

No caso descrito, o poder de fiscalização do conselheiro em relação a uma unidade de saúde transforma-se em ameaça. O representante do usuário usa sua condição para conseguir uma vaga no atendimento público para si ou para terceiros. Inicialmente, o responsável pelo serviço de saúde oferece uma pequena

resistência. O representante do usuário se identifica e mostra o documento indicativo de que pertence ao Conselho de Saúde daquela cidade. Apesar disso, o responsável pelo serviço continua resistindo, pois não pretende burlar as normas institucionais vigentes. Diante dessa resistência, o conselheiro recorre às instâncias superiores. A diretora daquele Distrito de Saúde teme que aquele serviço seja denunciado em uma reunião do Conselho. Ela receia perder seu cargo ou sofrer alguma retaliação de seu superior. Por essa razão, ela atende à demanda do conselheiro e agenda a consulta solicitada para o representante do usuário, seu amigo, parente ou protegido. Assim a tal “resistenciazinha” se desfaz.

Procedimentos ilícitos semelhantes foram mencionados por representantes dos usuários das três capitais onde esta pesquisa foi realizada. Todos os conselheiros afirmaram que essa prática é corrente, apesar de admitirem exercê-la.

Sposati e Lobo (1992) avaliaram, em artigo publicado no início da implantação do controle social, que os movimentos e as representações populares no interior dos Conselhos de Saúde permitiriam que fosse construída uma forma de democracia direta que se “defronta não só com a cultura elitista e burocrática [...] mas também com a tradicional cultura casuística e tutelar [...]”(SPOSATI; LOBO, 1992, p. 373).

Os depoimentos obtidos durante a pesquisa sugerem que as práticas políticas tradicionais, mencionadas por Sposati e Lobo (1992) suplantaram as expectativas inovadoras, pois não corrigiram “as lacunas da democracia representativa” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 376). Os indícios encontrados nas palavras dos representantes dos usuários entrevistados traduzem a ratificação de práticas autoritárias, elitistas, paternalistas e clientelistas condenadas pelos idealizadores do princípio do controle social na saúde⁴. Boa parte dos sujeitos da pesquisa tem origem popular. Apesar disso, a prática política que exercem parece não ter ampliado a democracia representativa ou a democracia social, como preconizaram Sposati e Lobo (1992).

As respostas obtidas durante as entrevistas e a sua análise parecem introduzir uma nova dimensão para a avaliação da experiência do controle social na saúde: a atuação dos conselheiros, que ainda não foi abordada pela literatura especializada no tema. Uma das contribuições deste artigo é analisar o fenômeno da “carteirada”, uma prática política que assume diferentes versões e atende a interesses variados. Nesse sentido, pode ser construída uma tipologia da “carteirada” seguindo o paradigma analítico de tipo ideal de Weber. Assim, foram construídos quatro “tipos ideais” de “carteirada”.

A primeira seria a “carteirada para si”. Ela visa beneficiar o próprio representante do usuário. Um dos exemplos dessa primeira modalidade pode ser identificado nas palavras do Conselheiro Z, que não atua no mesmo Conselho que a conselheira E, mencionada acima. Ele afirmou:

A gente teve um representante do usuário que precisava fazer cirurgia de próstata. Aí ele foi até o gerente de regulação que estava na plenária e falou sobre seu problema. Disse que não conseguia vaga para operar. Esse é o problema de muita gente, não é? Os dois realmente conversaram. Algum tempo depois fiquei sabendo que o cidadão furou a fila e fez a cirurgia, não é? Um tempo depois, ele veio para a plenária, isso está gravado em alguma ata, e agradeceu o gestor, por ter feito a cirurgia, e resolvido o problema dele (Conselheiro Z).

A segunda modalidade de “carteirada” beneficia uma terceira pessoa: trata-se da “carteirada para o outro”. Esse segundo tipo ideal pode ser bem exemplificado através da cena apresentada acima, descrita pela conselheira E, que descreve a chegada de um representante do usuário a um serviço de saúde pública. Graças ao poder que deriva de sua condição, ele consegue uma vaga para o atendimento odontológico, e que pode ser oferecida a alguém que tenha votado nele na plenária distrital ou na Conferência Municipal que o indicou representante daquela região ou associação civil no Conselho de Saúde daquela cidade. Nesse caso, estabelece-se uma troca de favor. Depois de eleito, o representante do usuário retribui a ajuda conseguindo uma vaga no consultório odontológico para seu eleitor, seja ele seu parente, amigo ou protegido.

Na terceira modalidade, a contrapartida do usuário com seu representante é pecuniária. Trata-se da “carteirada subvencionada”. Assim, um representante do usuário, ao conseguir uma vaga para outra pessoa em um posto de saúde ou hospital, pode ser recompensado financeiramente. Segundo o conselheiro I, que mora e atua politicamente em uma cidade diferente dos dois conselheiros anteriores:

A troca de favores não tem compromisso nenhum com o sistema de saúde. Ela tem compromisso com o bolso do conselheiro. Ela tem compromisso com os seus interesses particulares (Conselheiro I).

Ao mencionar o “compromisso com bolso do conselheiro”, o entrevistado refere-se ao fato de alguns representantes dos usuários nos três Conselhos de Saúde analisados trocarem, por exemplo, a vaga no tratamento odontológico por dinheiro. Ainda segundo o entrevistado, existem razões econômicas para a “carteirada subvencionada”. Ele nos relatou que, no caso de uma cirurgia, por

exemplo, o conselheiro diria ao usuário: “Pode deixar que eu te arrumo uma operação”. Se o conselheiro obtiver êxito, o usuário “dá um benefício para ele. Dá um dinheiro pra ele” (Conselheiro I). Assim, alguns representantes de usuários, durante as entrevistas, reportaram que alguns conselheiros se aproveitam das prerrogativas que o cargo lhes oferece para beneficiar determinadas pessoas em detrimento de outras, recebendo ou não uma contrapartida pecuniária. Essa prática é tão corrente que “tem gente que só quer ser conselheiro pra dar carteirada” (Conselheiro I).

Existe, ainda, uma quarta modalidade de relação entre o conselheiro e seu representado, intermediada por um “político”: a “carteirada com o político”. A tarefa do representante do usuário, nesse caso, é associar a concessão de um determinado benefício à atuação de um vereador, deputado, prefeito ou gestor ou seu representante, que denominaremos, de forma geral, de “político”. O representante do usuário se transforma em um elo entre as duas partes. Nesse caso, ele apresenta o seguinte argumento a seu protegido: “[...] pode deixar, eu conheço lá fulano e tal, uma pessoa e tal” (Conselheiro I). Constitui-se uma rede de troca recíproca de favores que beneficia as três partes envolvidas: cidadão, representante do usuário e “político”.

O cidadão consegue a vaga no hospital ou no posto de saúde, graças à intermediação do conselheiro representante do usuário que obtém este benefício através de um “político”. Em contrapartida, aquele se sentirá devedor desse préstimo, passando a engajar-se na eleição do representante do usuário e do “político”.

O “político” precisa ter alguém que o represente naquela região da cidade, e que esse indivíduo o informe sobre o que está acontecendo no Conselho Municipal de Saúde e em outros fóruns onde a sociedade civil se faz representar através de conselheiros. Nesse caso, o representante do usuário se transforma em uma espécie de cabo eleitoral: um indivíduo que trabalha para um “político” em troca de dinheiro ou favores.

E quais são os favores que ele recebe do “político”? Entre os conselheiros houve quem mencionasse que era possível conseguir “um emprego para uma pessoa da família na Secretaria da Saúde” (Conselheiro N), “algum lugar, em alguma empresa terceirizada” (Conselheiro E) ou “os mais diversos cargos para seus parentes, amigos e vizinhos” (Conselheiro I). Cada um dos três entrevistados reside em uma cidade diferente. Essa visão coincidente permite deduzir que

nas três cidades estudadas o processo de troca de favores entre o “político” e o representante do usuário tende a ser uma prática corrente.

Segundo os conselheiros, não se desenvolve apenas um movimento do “político” no sentido de cooptar os representantes dos usuários. Existe também um movimento no sentido contrário. Há representantes de usuários que negociam com políticos seu apoio em troca desses favores - empregos, cargos comissionados e dinheiro. Os depoimentos abaixo foram dados por conselheiros de cidades diferentes.

Tem conselheiro que é assim: hoje ele está aqui do teu lado, mas chegou o governo ali ele se transforma. [...] Ele se vende fácil, por qualquer dinheirinho. Para seu benefício, ele faz qualquer coisa, para tirar a vantagem própria. Assim, é isso aí que acontece. Acontece muito (Conselheiro M).

As pessoas vão para um partido do político que dá mais vantagem. [...] Eles migram depois que o partido ganhou. Eles, pelo menos, não são bobos. Só são pobres, burros não! Só são pobres e têm uma falha de caráter, mas burro não tem ninguém, com certeza absoluta. Depois que o político ganhou e está no poder, daí eles migram (Conselheiro B).

Na maioria das vezes ele, o conselheiro, sai ou tenta arrumar um jeito. O jeito que ele arruma é aceitar ser cooptado. Ele é cooptado não só pelo governo como pelos políticos. Como é que o político coopta? Ele chega e diz: Você vai trabalhar para mim que eu vou te dar uma bolsa de alimentação, vou te dar um trocado por mês (Conselheiro O).

Esses e outros depoimentos sugerem que não existe um vínculo de fidelidade ideológico ou programático entre o conselheiro representante do usuário e o “político”. Se esse ou aquele vereador, deputado ou prefeito não consegue se reeleger, o conselheiro procura ou é procurado para negociar cargos, empregos e apoio financeiro com outro “político”, gestor ou seu representante. Nesse sentido, esse trabalho procura ir além da mera ideia de cooptação e controle do Estado sobre a representação em espaços institucionais (DALLARI et al., 1996).

Discussão

Sposati e Lobo (1992) teceram longos comentários sobre o conceito de “alteridade” no processo de construção da participação popular no controle social. Segundo elas, a organização do controle social permitiria marcar a presença de um sujeito que teria força e presença para pressionar e protagonizar o processo; isto é, um cidadão que conseguiria ser sujeito e não sujeitado. A expectativa que as autoras revelaram nesse artigo pioneiro, publicado quando a experiência do controle social na saúde era nascente, era de que essa nova modalidade de representação teria

capacidade de se inserir de forma “substantiva na construção coletiva do direito à saúde” (SPOSATI; LOBO, 1992, p.372). Os depoimentos analisados neste trabalho sugerem que essa antevisão não corresponde com a realidade encontrada. Pelo contrário, os depoimentos coletados ratificam a existência de uma relação de aliciamento e dependência recíprocos entre conselheiros, cidadãos e “políticos”. Eles revelam que o representante do usuário está, sobretudo, preocupado consigo e com os seus. As coletividades, suas necessidades e demandas, não foram sequer mencionadas pelos conselheiros.

As mesmas autoras, entretanto, advertiram que o controle social, como resultado de uma “operação química que mistura vontades e interesses” poderia “apresentar resultados dos mais explosivos aos mais insossos” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 373). Um desses resultados seria a “alteridade cooptada”. Segundo elas:

A alteridade cooptada [...] ocorre em dois sentidos: primeiro pela fragilidade da representação que não possui informação e capacidade argumentativa, e, portanto, pouco opina; segundo, pela prática da cumplicidade, que, ao incluir o interesse restrito e imediato dos representantes populares, afasta-os da luta pela atenção mais ampla dos representados (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 373-374).

A falta de informação e a precária base de conhecimento e formação política foram alguns elementos, identificados pela literatura (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002), que justificariam a existência dessa “alteridade cooptada”. A mistura explosiva de interesses e vontades preconizada pelas autoras há dezoito anos atrás parece ter resultado em uma prática insossa caracterizada pela cumplicidade e pela troca recíproca de favores.

Diante dos indícios de uso privado de um cargo público foram feitas outras perguntas, procurando identificar se os conselheiros admitiam existir uma alternativa a essa prática espúria e ilegal. Segundo alguns, não há como resistir a essa troca recíproca de favores. Segundo a conselheira B:

Quando um líder comunitário diz “não” para algum candidato ou para algum político, ocorre a represália [...] os políticos fazem uma retaliação: se eles tiverem que dar bolsa de estudo, eles não oferecem para aquela comunidade, só para a outra que apadrinhou. Se eles tiverem alguma verba para os projetos daquela comunidade, o dinheiro demora a ser liberado porque as pessoas não disseram amém (Conselheira B).

Resistir a essa lógica pode gerar, portanto, consequências negativas para a comunidade a que o conselheiro estiver vinculado. Essa resistência parece

também ter consequências pessoais. Ao mencionar a troca de favores observada no consultório odontológico, mencionado anteriormente, a conselheira E nos disse:

Eu corri risco de vida. Eu corri risco de vida. Fomos ameaçados, não é? Aquele conselheiro nos ameaçou. Ameaçou meu esposo, não é? Chegou a dizer que dava tiro no pé, se a gente tivesse articulando contra. É, porque nós ficamos sabendo do comportamento dele lá no, no posto e orientamos as pessoas do posto, não é? Aquilo precisava ser denunciado. Aquilo e qualquer outra coisa. Ele ficou sabendo disso. E ele fez ameaça. Ele disse que: 'olha! Eu mando matar! Eu mato! Eu tenho quem faça por mim' (Conselheira E).

Apesar de reconhecer que “os conselhos foram criados por conta de uma luta dos sanitaristas”, o conselheiro N admite que o que temos hoje é um “conselho faz de conta”, onde “uma mão lava a outra” (Conselheiro N).

Outros autores já haviam identificado problemas semelhantes. Jacobi (2002), por exemplo, afirmou que:

Um dos grandes desafios era romper com a prática do clientelismo e da troca de favores, embora não se pudesse escamotear que a grande maioria das organizações sociais ou é relativamente frágil, ou extremamente especializada, e que a população em geral tende a estabelecer relações individuais e diretas com a administração (JACOBI, 2002, p. 448).

Este trabalho diferencia-se do desenvolvido por Jacobi (2002), na medida em que foram analisadas as palavras dos próprios conselheiros representantes dos usuários, as quais ratificaram a existência dessas práticas clientelistas.

Os indícios encontrados na investigação que redundou neste artigo sugerem que a presença dos representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde não está amparada no princípio da beneficência, caracterizado por condutas voltadas para fazer o bem e a caridade ao próximo, representando suas aspirações e problemas. O princípio que parece reger suas ações é o da benemerência – eles acreditam que merecem esses benefícios. Eles se esforçam, trabalham, conquistam uma vaga como conselheiros e acham que merecem uma recompensa por isso. O benemérito, nessa circunstância, é digno de honras, recompensas e aplausos por ocupar o lugar em que está e prestar os serviços que oferece.

Max Weber (1967), no seu clássico *A política como vocação*, identificou dois tipos de políticos: aqueles que vivem *para a* política e aqueles que vivem *da* política. Os primeiros não dependem financeiramente dela e, assim, dedicam-se a ela por razões de princípio. Os demais vivem dos recursos que extraem da própria atividade política. Esse parece ser o caso dos conselheiros representantes dos usuários entrevistados.

Conclusão

Dentre as inúmeras passagens das entrevistas que os conselheiros representantes dos usuários das três capitais ofereceram, uma delas sintetiza a rede de troca de favores recíprocos que parece se estabelecer entre o cidadão comum, o conselheiro e o “político”.

O conselheiro I concluiu sua entrevista afirmando:

O Conselho de Saúde é um “Conselho de Favores”. Você faz muito favor. Troca favor daqui e dali. [...] Então [...] alguns, algumas pessoas, principalmente coordenadores de Saúde da Prefeitura mandam e desmandam no Conselho. Dizem o que vai ser aprovado e o que não vai. Dizem que política vai ser adotada. Apesar da composição do Conselho ser 50% de usuários, quem manda na realidade são os 25% de prestadores de serviço. Então eles ditam o que tem que ser feito. Por quê? Porque eles empregam um usuário como vigia, conseguem um remédio, concedem uma operação para a mãe, para a filha, etc., e tal. E, com isso, principalmente a prefeitura e o próprio governo do Estado determinam o que o Conselho deve fazer. (Conselheiro I)

Conselho de Favores. O trecho acima sintetiza a visão de boa parte dos entrevistados sobre uma importante característica de atuação dos representantes dos usuários no controle social da saúde no Brasil. Apesar do conselheiro I formalmente excluir-se dessa prática, ela é descrita de forma minuciosa. Ele parece conhecê-la muito bem. Segundo a visão predominante nas entrevistas, o representante do usuário ocuparia, ou procuraria ocupar, uma vaga no Conselho Municipal de Saúde para receber, ou ter a possibilidade de receber, em contrapartida, alguns benefícios. Benefícios pecuniários, ou de outra ordem, para si, seus familiares, amigos ou protegidos.

Os resultados obtidos apresentam determinados indícios. Indícios, somente, pois a pesquisa não teve a pretensão de abranger a totalidade, afinal de contas, existem hoje no país cerca de cinco mil Conselhos Municipais de Saúde. A pesquisa entrevistou doze conselheiros representantes dos usuários em apenas três cidades. Alguns entrevistados mencionaram que a prática do favor orienta sua atuação política. Essa seria, segundo eles, a grande motivação para a participação na esfera de representação de interesses. A análise dos depoimentos e as conclusões apresentadas não implicam que essa mesma lógica de troca de favor predomine na prática política do conjunto dos Conselhos Municipais de Saúde de todo o país.

As conclusões deste trabalho se somam a algumas observações anunciadas anteriormente por outros autores. Uma delas está associada ao poder de cooptação

do “político” nas deliberações do Conselho de Saúde. Gerschman (2004) seguiu, em linhas gerais, o mesmo raciocínio, afirmando:

Cabe acrescentar que há uma modalidade autoritária de exercício da política por parte dos representantes do governo, que tendem a tutelar os representantes da sociedade civil nos Conselhos (Gerschman, 2004, p. 1674).

As conclusões deste trabalho diferem daquelas apresentadas por essa autora. Este artigo foi capaz de revelar que entre os representantes do governo e os usuários não existe apenas uma relação de tutela ou de influência, como mencionado acima, de uma parte em relação à outra. A autora sugere que os representantes da sociedade civil seriam vítimas dessa tutela. O que parece haver, na verdade, é uma troca recíproca de favores entre as partes envolvidas: o “político”, o representante do usuário e o cidadão. Todos os três vivem em constante negociação, visando atender seus interesses e satisfazer suas necessidades particulares.

A organização política dos Conselhos de Saúde parece estar assentada sobre uma “base díade”. As “organizações díades” caracterizam-se, para Foster (1977), pelo estabelecimento de relações interpessoais entre seus componentes, que interagem para atender objetivos delimitados em um determinado período de tempo. Essa relação é pessoal e direta, e envolve dois ou mais indivíduos. As “organizações díades” podem agrupar pessoas com status igual ou diferente. Uma aliança díade se traduz por um acordo voluntário entre dois indivíduos que visam ajudar-se mutuamente, quando necessário. Essas alianças envolvem, em geral, a troca de favores, vistos, nessas condições, como benefícios alcançados de uma maneira excepcional, diferindo daqueles benefícios conquistados no mercado e que são submetidos às leis comuns e universais.

Na “relação díade”, um componente depende do outro. Na troca de favores, cada integrante da relação tem condições de demonstrar seu interesse na aliança e sua disposição em fazer sacrifícios para seu par quando presta esse favor.

No caso estudado neste artigo, observa-se a existência de uma “relação díade” entre o cidadão, o representante do usuário e “político”. Um aliciamento recíproco que não parece restringir-se às três capitais estudadas. Segundo um dos Conselheiros:

A cooptação existe no próprio Estado, principalmente nas cidades do interior. O Conselho, em uma cidade do interior, existe sim, no papel. Mas na prática ele não existe. Eu posso falar isso porque eu conheço o Brasil. Eu conheço o Brasil. Eles fazem só as atas. [...] Todos os Conselhos Municipais de Saúde estão vinculados ao

governo que está no poder. E isso está mais forte no interior do que aqui. Na capital, existem ainda alguns Conselhos que são manipulados pelos coordenadores de saúde. Existem realmente pessoas comprometidas com o Sistema Único de Saúde e pessoas comprometidas com a sua própria sobrevivência (Conselheiro I).

Nessa “relação díade”, não há como dizer quem influi em quem, quem determina que comportamento, quem impõe os valores sobre quem. Não há como separar o joio do trigo. Não há como dizer se são os “políticos” que aliciam os conselheiros ou o contrário. Não há tampouco como dizer se são os cidadãos que são aliciados pelos conselheiros ou se a operação ocorre em sentido inverso. Não há como definir quem é a vítima e quem é o algoz, quem é o sádico e quem é o masoquista. Todas as partes envolvidas parecem ter alguma responsabilidade no processo. Elas parecem integrar uma engrenagem que funciona graças à participação das três partes envolvidas.

Ao concluir este trabalho, duas questões parecem pertinentes. Questões que não podem ser respondidas nos limites deste trabalho, mas que merecem ser formuladas. A primeira questão é a seguinte: A prática de favor recíproco é consequência do enfraquecimento dos movimentos sociais, perceptível nos últimos anos, ou é uma manifestação da cultura política brasileira que pode ser observada em outros contextos históricos?

A outra questão se relaciona com o sentido e o significado que os conselheiros atribuem a essa lógica amparada na troca de favores predominante entre o cidadão, o conselheiro representante do usuário e o “político”. Por que razão eles falaram dessa prática ilegal com tamanha desfaçatez? Será que eles consideram essa prática lícita, correta ou admissível? Quando o pesquisador se apresentou aos entrevistados, disse que aquela entrevista seria possivelmente utilizada em um artigo científico. Esse aspecto não os intimidou. Eles revelaram a estrutura e o funcionamento da lógica da troca de favores sem qualquer embaraço. Por essa razão, cabe perguntar: Será que os conselheiros não percebem que essa prática fere os princípios legais e parâmetros morais da sociedade?

Não foi percebido nos depoimentos qualquer sinal de inquietação em relação ao que estava sendo revelado. Talvez a certeza da impunidade garanta a tranquilidade necessária para que essas revelações sejam feitas nesse tom. Talvez a banalização da improbidade com o uso de um bem público, tão generalizada na vida política brasileira, permita que os representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde dessas três capitais ajam como alguns parlamentares e

demais autoridades públicas, que utilizam parte dos recursos disponíveis pelo Estado em benefício próprio.

Os representantes dos usuários são articulados aos “políticos” e aos cidadãos. Aliciam e são aliciados reciprocamente, de forma sistemática. Os Conselheiros Municipais de Saúde entrevistados falam sobre isso com a mesma naturalidade com que narram sua vida pessoal.

A banalização do uso indevido de uma prerrogativa e de um poder público se torna ainda mais surpreendente, uma vez que ele é exercido por cidadãos de origem popular. A maioria dos representantes de usuários que entrevistamos tem um perfil socioeconômico de baixa renda e uma residual escolaridade. O conselheiro N, por exemplo, reside em uma comunidade carente da presença do Estado na oferta de serviços públicos de saúde e educação. Como ele disse: “um dos bairros mais violentos da cidade” (Conselheiro N). Ele nos contou que seu pai chegou àquela comunidade “só com a roupa do corpo”. Como ele era fisicamente forte, foi absorvido nas atividades de estivador no cais da cidade.

A chave explicativa para esse comportamento político talvez possa ser encontrada em alguns dos clássicos da literatura sociológica brasileira como Sérgio Buarque de Holanda (1986) e Faoro (2001). Segundo os autores, o uso do cargo público para auferir benefício privado remonta, no Brasil, ao período colonial. Naquela época, os funcionários da corte que vinham atuar na colônia ocupando cargos públicos se mostravam corruptos e infiéis às ordens do Rei. Algumas vezes, esses cargos públicos eram vendidos. Os recursos advindos do patrimônio pessoal ou público eram gastos pelos funcionários da corte de maneira indistinta. Essa prática política foi denominada de *patrimonialista*, pois não estabelece distinção entre os limites do público e do privado. Essas práticas criaram raízes no Brasil, determinando a formação, o desenvolvimento e o modo de funcionamento do Estado e da burocracia.

Segundo Faoro (2001), os funcionários reais que ocupavam os cargos públicos se utilizavam de suas posições, como representantes do rei, para tirar proveito pessoal; ou seja: utilizavam-se dos cargos públicos, que lhes eram conferidos conforme suas ligações pessoais, para proveito próprio, de seus parentes e protegidos. Estes, por sua vez, se configurariam como uma *família*, no sentido ampliado do termo. Sérgio Buarque de Holanda (1986) já havia revelado que no Brasil existe uma enorme dificuldade em se desvincularem os

valores familiares das funções públicas. Para ele, os homens públicos de sucesso são aqueles que ocupam o poder buscando atender a seu interesse próprio, com finalidades pessoais e particulares, diferentemente do ideal de burocracia expressado por Weber (1966).

O controle social foi concebido como uma forma alternativa, e até complementar, de representação de interesses, que transcenderia a representação parlamentar tradicional. Esta pesquisa permite sugerir que existe um forte indício de uma prática política patrimonialista entre os conselheiros, representantes dos usuários no controle social da saúde. Os depoentes foram unâmines em admitir a prática da troca de favor visando ao uso privado. Essa parece ser a motivação que predomina no coração e na mente dos cidadãos que pretendem ser representantes dos usuários nos conselhos de saúde. Essa prática é característica de numa sociedade civil adaptada a uma ordem política corporativa e a uma ordem social clientelista, em que as relações sociais são exercidas de forma assimétrica através de estratégias particularistas como a obtenção ou troca de favores. Este trabalho sugere que o controle social que os Conselheiros entrevistados exercem na saúde, visa, sobretudo, atender a seus interesses particulares. Assim, a prática patrimonialista, na qual predomina o uso privado de um poder público, parece não se restringir às elites parlamentares ou executivas de nosso país.

Este trabalho se aproxima de outros esforços de investigação sobre a experiência do controle social na saúde, mas acrescenta-lhes uma análise enfatizando o ponto de vista dos representantes dos usuários sobre os motivos que os levam a candidatar-se a ocupar o Conselho de Saúde. Nem mesmo os artigos mais recentes (COTTA et al., 2010; KLEBA et al., 2010; MOISÉS et al., 2010) tiveram a preocupação que orientou este trabalho, nem utilizaram como base empírica os depoimentos dos representantes dos usuários. Apesar de ter um universo empírico restrito, a análise apresentada sugere que as raízes patrimonialistas podem ser identificadas nesta experiência representativa.

Referências

- ALBERTI, V. *Manual de História Oral*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
- ALVAREZ, M.C. Controle social: Notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em Perspectiva*, v.18, p.168-176, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas Operacionais Básicas*. Brasília: MS, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas Operacionais Básicas*. Brasília: MS, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 33*. Brasília: MS, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 333. Brasília: MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde 8.080*. Brasília: MS, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde 8.142*. Brasília: MS, 1990b.
- CARVALHO, A.I. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.3, p. 23-26, 1998.
- CORREIA, M.V.C. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
- COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; RODRIGUES, J.F.C. Participação, controle social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos Conselheiros de saúde. *Physis*, v.19, n.2, p.419-438, 2009.
- COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, p.2437-2445, 2010.
- DALLARI, S.G. et al. O direito à saúde na visão de um Conselho municipal de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.12, p. 531-40, 1996.
- FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato brasileiro*. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- FERREIRA, M.M. (org.). *Usos e abusos da História Oral*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1996.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.1, p.17-27, jan 2008.
- FOSTER, G.M. The dyadic contract: a model for the social structure of a Mexican peasant village. In: SCHMIDT, S.W. et al. (Ed.). *Friends, followers, and factions: a reader in political clientelism*. Berkeley: University of California Press, 1977. p. 15-28.
- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, p.1670-81, 2004.
- GERTH, H.H.; WRIGHT-MILLS, C. Max Weber: a política como vocação. In: GERTH, H.H.; WRIGHT-MILLS, C. (Ed.). *Max Weber: ensaios de Sociologia*, Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1967, p. 55-89.

- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.3, p.797-805, 2006.
- GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p. 15-39, 2004.
- HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HOLLANDA, S.B. *Raízes do Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.
- JACOBI, P.R. Políticas sociais locais e os desafios da participação citadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, p.443-54, 2002.
- KLEBA, M.E. et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.3, p.793-802, 2010.
- LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J.A. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos Conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, p.537-47, 2002.
- LACAZ, F.A.C.; FLÓRIO, S.M.R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.6, p.2123-2134, 2009.
- MENEZES, M.A.A. Do método do caso ao case: a trajetória de uma ferramenta pedagógica. *Educ. Pesqui.*, v.35, n.1, p.129-143, 2009.
- MOISÉS, M. et al. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, p.2581-2591, 2010.
- MORITA, I.; GUIMARÃES, J.F.C.; DI MUZIO, B.P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. *Saúde soc.*, v.15, n.1, p.49-57, 2006.
- OLIVEIRA, M.L.; ALMEIDA, E.S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde soc.*, v.18, n.1, p.141-153, 2009.
- PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- POLLAK, M. Memória, esquecimento e silêncio. *Estudos Históricos*, v.3, p.3-15, 1989.
- PUTNAM, R. *Comunidade e democracia*. A experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV, 1996.
- SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.8, p.366-78, 1992.
- VAN STRALEN, C.J.V. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, p.621-32, 2006.

VAZQUEZ, M.L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, p.579-91, 2003.

WEBER, M. *Metodologia das Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez, 1992.

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. (Org.). *Sociologia da burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, v.18, p.1621-28, 2002.

YIN, R. *Estudo de Caso. Planejamento e Método*. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Notas

¹ Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo nº. 469/08.

² Os periódicos investigados foram: *Cadernos de Saúde Pública*; *Revista de Saúde Pública*; *Ciência e Saúde Coletiva*, *Saúde e Sociedade*, *Physis: Revista de Saúde Coletiva e Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

Abstract

The users' representation in the Health Councils: a contribution to the debate

The Health Councils, institutionalized in the early 1990s, were designed as alternatives to the traditional model of lobbying. They have the legal power to formulate strategies and monitor implementation of health policy at the federal, state and municipal levels. Today, all municipalities and states in Brazil have a Health Council, with representatives of users, professionals and managers of the Unified Health System. Users have equal representation in the other two segments. This paper aims to assess the motivations that representatives of the users have to participate in this instance the public interest representation. Methodologically were interviewed 12 councilors, representatives of users in Rio de Janeiro, Porto Alegre and Recife. The evidence found in the words of the users' counselors surveyed indicated the ratification of patrimonial practices. This paper adds to the analytical efforts of some researchers in recent years have evaluated the experience of organization and actions of the Health Councils, and innovates to assess the views of users' counselors.

► **Key words:** Health Councils; social control; community representation.