



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Batista de Rezende, Raphael; Rasga Moreira, Marcelo
Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de
Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 5, mayo, 2016, pp. 1409-1420
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63045664009>

- 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

Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014

Relations between Representation and Involvement at the Rio de Janeiro Municipal Health Council (CMS): user sector, 2013-2014

Raphael Batista de Rezende ¹
Marcelo Rasga Moreira ¹

Abstract This article analyzes the influence of “Representative Configuration” of the Rio de Janeiro Municipal Health Council (CMS) on user counselor performance. Representative Configuration is defined as being a combination of two institutional rule axes: Axis 1 consists of eligibility and involvement rules, and Axis 2, of representation rules. The theoretical discussion was centered on the relationship between Representation and Involvement in its contemporary democratic context, and specifically relates to the Municipal Health Council (CMS). The study method focused on Participative Observation, Interviews, and Document Analysis. The results show that the district counsel representatives act based on the mandate of those they represent, since they create close ties with these institutions, whereas municipal counselors are more likely to lean towards autonomy in their representation, resulting in weaker ties with these bodies. The representatives’ mandate-based posture is combined with a more in-depth involvement in meetings and greater expression of their represented citizens’ interests.

Key words Health councils, Social participation, Representation

Resumo O artigo analisa a influência da “Configuração Representativa” do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na atuação dos conselheiros dos usuários. A Configuração Representativa é definida como a combinação de dois eixos de regras institucionais: o Eixo 1 é composto por regras de elegibilidade e participação e o Eixo 2, por regras de representação. A discussão teórica centrou-se nas relações entre Representação e Participação no contexto democrático contemporâneo, enfatizando os Conselhos Municipais de Saúde. O método do estudo articulou Observação Participante, Entrevistas e Análise Documental. Os resultados indicam que os representantes dos conselhos distritais atuam pautados pelo mandato de seus representados, pois firmam vínculos estreitos com tais instituições. Já os conselheiros das entidades municipais tendem a ter autonomia em sua representação, com relações mais tênues com suas entidades. A postura mandato dos representantes distritais associou-se a uma participação mais expressiva nas reuniões e maior vocalização dos interesses de seus representados.

Palavras-chave Conselhos de Saúde, Participação social, Representação

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. raphapt@gmail.com

Introdução

O atual arranjo democrático brasileiro conta com Conselhos Gestores que ampliam a participação da sociedade no processo decisório das políticas públicas e configuram-se em experiências marcantes na conjuntura de renovação das democracias contemporâneas¹⁻³. Os estudos sobre estes conselhos concentram-se em leituras acerca dos avanços e limites da participação de novos atores na condução das políticas⁴, mas trabalhos recentes também contemplam a reconfiguração da representação da sociedade em tais instâncias e seu papel na efetividade da participação^{3,5-7}.

Neste cenário, os Conselhos de Saúde destacam-se pela força de sua institucionalização e por suas atribuições deliberativas em todas as etapas do ciclo de políticas^{8,9}, garantidas pelas Leis Orgânicas do setor. Assim, os conselhos promovem a *participação social* no Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo segmentos diretamente vinculados ao mesmo: usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço¹⁰.

Boa parte das análises sobre Conselhos de Saúde abordam os avanços e (sobretudo) os limites da efetivação do *controle social* no SUS, relacionando-os às incapacidades dos órgãos de transformar a estrutura social capitalista¹¹ ou de modificar a cultura política tradicional das instituições nacionais superando suas tendências autoritárias e elitistas^{12,13}. Em descompasso com seus objetivos legais, tais críticas tendem a obscurecer as demais funções dos Conselhos na gestão da Saúde¹⁰, como a vocalização de demandas da sociedade e a deliberação de políticas do setor¹⁴.

Por outro lado, há poucos estudos sobre representação no âmbito dos Conselhos, o que mantém ainda inexploradas as relações entre conselheiros e seus representados. O presente artigo busca contribuir para preencher esta lacuna, estudando as relações entre Representação e Participação no domínio dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), sob a perspectiva das regras institucionais.

A hipótese trabalhada é a de que *regras de representação* que favorecem o contato dos conselheiros com seus representados propiciam uma participação mais intensa dos representantes no cotidiano do CMS (portanto, na política de saúde) e mais qualificada, por ser pautada pelas demandas dos representados. Em adição, na medida em que as *regras de elegibilidade* permitem o acesso democrático aos Conselhos e que as *regras de participação* induzem condições equitativas de atuação dos conselheiros, elevam-se as chances

para as demandas dos representados influenciarem a atividade dos órgãos.

Esta hipótese foi testada no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ), enfocando-se o segmento dos usuários. Para tal, elaborou-se um modelo analítico baseado na noção de “Configuração Representativa”, que agrega dois eixos de regras institucionais: o *Eixo 1* envolve as regras de elegibilidade – que definem entidades e conselheiros – e as regras de participação – que delimitam as possibilidades de atuação desses atores; o *Eixo 2* engloba as regras de representação das entidades, que orientam as relações com os conselheiros, delineando o caráter da representação praticada.

O objetivo do artigo é, pois, analisar a influência da “Configuração Representativa” do CMS-RJ na atuação dos conselheiros titulares dos usuários entre 2013 e 2014.

Aspectos metodológicos

Neste sentido, conduziu-se uma pesquisa de abordagem qualitativa na qual foram analisadas as regras de elegibilidade e participação do CMS-RJ – através do estudo dos documentos normativos do órgão e das entrevistas realizadas com os conselheiros – e as regras de representação das entidades dos usuários, com base em tais entrevistas. Também foi analisada a atuação dos conselheiros do segmento no CMS-RJ em 2013 e 2014 mediante Observação Participante e estudo das atas de reuniões e das entrevistas.

Todas as entrevistas foram orientadas por um roteiro com 12 questões abertas e devidamente gravadas. O material foi integralmente transcrito e, em seguida, os trechos mais relevantes foram sistematizados para viabilizar a análise, que centrou-se nos dados sobre elegibilidade dos conselheiros, relações entre eles e seus representados e atuação dos atores no CMS-RJ. A Observação Participante foi efetuada nas reuniões do Conselho de maio a dezembro de 2014 utilizando um roteiro específico para estudar a representação e a participação praticadas pelos conselheiros.

A opção por pesquisar o segmento dos usuários justifica-se pela inovação política expressada pela participação de representantes da sociedade nas decisões do SUS, inclusive como parte majoritária nos Conselhos de Saúde. No CMS-RJ, este segmento é composto por 20 conselheiros titulares. Dois deles não participaram (assim como seus suplentes) de nenhuma das plenárias do Conselho durante o período estudado, o que

circunscreveu o universo da pesquisa aos 18 conselheiros titulares que participaram de ao menos uma reunião.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz. Respeitando os princípios de Bioética, o estudo foi apresentado à plenária do CMS-RJ anunciando a presença do pesquisador nas reuniões e os conselheiros foram convidados a integrar a pesquisa após clara apresentação de seus objetivos. Assim, todos os 18 sujeitos decidiram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seguir, para contextualizar os resultados da pesquisa, apresenta-se o referencial teórico que fundamenta o modelo analítico das informações coletadas.

Democracia, representação e participação

O debate histórico sobre Democracia tem envolvido correntes de pensamento e movimentos políticos em conflitos teóricos e ideológicos pela hegemonia do 'ideal democrático' mais virtuoso para organizar as esferas política e social. Neste domínio, as noções e práticas de 'Participação' e 'Representação' figuram como elementos essenciais dos arranjos democráticos contemporâneos por indicarem, respectivamente, o contingente de cidadãos que participam da eleição do governo e de suas instâncias políticas^{9,15} e o mecanismo que operacionaliza a participação nas democracias de massas através da atuação de representantes nas arenas decisórias^{15,16}. Por outro lado, os modelos de 'Democracia Representativa' e 'Democracia Participativa' travam uma disputa prescritiva em torno do formato de organização dos sistemas políticos, tendo o primeiro se firmado como proeminente nas últimas décadas¹.

Neste campo, destaca-se o modelo poliárquico de Robert Dahl¹⁵, que assinala a capacidade do governo de ampliar continuamente sua responsividade às demandas dos cidadãos como expressão do ideal democrático. Para o autor, o desenvolvimento institucional dos regimes nacionais ampliando o número e a variedade de cidadãos com interesses representados no governo conduz à formação de *Poliarquias*. Esta transição demanda garantias para a igualdade política distribuídas nos eixos de *inclusividade*, que reflete a extensão de participantes da competição política, e de *liberalização*, que reúne as regras e condições institucionais para viabilizar esta competição.

Dahl aponta três caminhos principais para a Poliarquia: (i) desenvolvimento simultâneo dos dois eixos; (ii) avanço da liberalização antes da

inclusividade, possibilitando a legitimação das instituições democráticas previamente à ampliação da participação dos cidadãos; (iii) avanço da inclusividade antes da liberalização, o que requer a formação de tais instituições em ambientes de grande conflito dada a diversidade de atores¹⁵. Enquanto o segundo caminho, trilhado pelas poliárquias tradicionais, é considerado pelo autor como mais exitoso para estabelecer a democracia, o último percurso, mais próximo à história brasileira, revela-se instável para a consolidação democrática.

Para além do nível dos regimes nacionais, Dahl ressalta a relevância das regras institucionais para delinear os rumos da participação e representação nas instâncias democráticas¹⁵, o que permite a aplicação de suas ideias em análises dos Conselhos de Saúde.

Wanderley Guilherme dos Santos elenca a *elegibilidade* como um terceiro eixo do modelo poliárquico, destacando seu papel na estabilidade democrática já que mudanças nas regras de elegibilidade demarcam o número de participantes, tanto no sentido democratizante quanto no oposto¹⁷.

Trabalhos recentes direcionam críticas ao modelo representativo, questionando as dificuldades de promover efetiva participação dos cidadãos na esfera política e de concretizar a representação das demandas sociais, apontando alternativas de revitalização democrática baseadas na complementação da estrutura representativa com mecanismos inovadores que ampliem a participação e a representação da população nas decisões públicas^{15,18,19}. No cenário brasileiro, os CMS despontam como experiências de relevo em razão de sua criação em todos os municípios do País como órgãos com funções deliberativas nas políticas de saúde⁸.

As articulações entre Representação e Participação no campo democrático são apuradas contemplando a concepção de representação política como *atividade concreta* de Hanna Pitkin¹⁶, na qual a atuação dos representantes nas instâncias políticas e sua relação com os representados são determinantes para consolidar a representação de pessoas e grupos.

Pitkin indica que nas ideias radicais da *corrente mandato* os representantes atuam expressamente de acordo com os interesses dos representados, assumindo posições mais coadjuvantes no processo político. Já nas visões extremas da *corrente autonomia*, o caminho para atingir o interesse geral é conferir independência para os representantes atuarem conforme seus julga-

mentos sobre o bem-estar da população, sendo o governo uma questão de deliberação racional pela classe política, pouco influenciada pela vontade popular¹⁶.

Para a autora, estas perspectivas polares, além de não concretizarem a representação por prescindirem de relações representantes-representados, configuram uma disputa teórica e prática insolúvel, nomeada de *controvérsia mandato-autonomia*. Assim, a representação envolve elementos das duas tendências, demarcando um dilema para os representantes: perseguir os interesses dos representados através da *postura mandato* ou buscar o interesse geral segundo suas visões, adotando a *postura autonomia*? Nestes limites, a efetivação e legitimação da representação compreende a atuação razoavelmente independente de representantes que conjuguem suas visões políticas aos interesses dos representados, definida como *postura mandato-autonomia*¹⁶.

Considerando que a discussão exposta aponta que Representação e Participação estão indissociavelmente relacionadas na realidade das instituições democráticas, este raciocínio será projetado para o contexto dos CMS.

Representação e participação nos Conselhos Municipais de Saúde

A experiência dos CMS é registrada por uma série de estudos que descrevem seu funcionamento em variadas situações locais. Alguns pontuam entraves na participação, relacionados à assimetria de recursos dos conselheiros²⁰, predomínio do discurso técnico dos gestores²¹ e persistência da cultura política autoritária nos conselhos^{22,23}. Outros enfocam as atribuições deliberativas, associando-as a temas diversos como a dinâmica de atuação dos conselheiros²⁴, peculiaridades do associativismo no País²⁵ e modelos de avaliação funcional²⁶. Já os aspectos da representação têm despertado raras análises consistentes, destacando-se as sugestões de publicização da seleção dos representantes e adoção de mecanismos mais inclusivos da variedade de organizações da sociedade²⁷.

Ademais, alguns trabalhos enfatizam os desafios de efetivação do *controle social*, explicando-os por: restrições na representação dos usuários na conjuntura neoliberal²⁸, domínio da agenda pelos gestores²⁹, elitização e burocratização dos conselhos³⁰ e baixa divulgação das ações e afastamento entre representantes e bases³¹.

Revisando tais estudos, Moreira e Escorel⁸ indicam que os CMS contribuem para a demo-

cratização da política municipal de saúde ao ampliar e diversificar os atores que participam das decisões no SUS, mas isto não garante que eles protagonizem este processo decisório para torná-lo efetivamente democratizado. Ao estudarem o conjunto nacional de CMS com um modelo analítico baseado na teoria da Poliarquia¹⁵, os autores concluem que as regras institucionais são exitosas para elevar a participação, mas insuficientes para incentivar a consolidação institucional dos conselhos. Esta situação estimula os CMS a assumirem posturas *veto player* nas deliberações do setor, o que desperta reações dos gestores no sentido de privar os órgãos de recursos para sua atuação⁸.

Incrementando esta perspectiva à luz do conceito de controvérsia mandato-autonomia¹⁶, Moreira¹⁰ analisou a representação dos segmentos nos CMS brasileiros, caracterizando os usuários pela condição de “multiplicidade dispersa” – entidades com interesses variados e distintos entre si – que incentiva os conselheiros a adotarem posturas do tipo mandato e se articularem através de vetos às propostas de outros atores. Igualmente, a representação dos demais segmentos tende a ser efetuada por posturas mandato, ainda que seus interesses sejam mais homogêneos e que a atuação dos conselheiros envolva alianças com outros segmentos.

Almejando refinar os resultados dos estudos nacionais^{8,10}, elaborou-se um modelo analítico das relações Representação-Participação em CMS específicos baseado na noção de “Configuração Representativa”, que foi aplicado à realidade dos usuários no CMS-RJ.

Representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Fundado em 1991, o CMS-RJ integra a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), reunindo atribuições deliberativas na gestão das políticas setoriais, atualmente dispostas na Lei Municipal 5104/2009. O Conselho possui sede própria, espaço fixo para reuniões, Secretaria Executiva, linhas telefônicas, computadores com acesso à internet e *site* para divulgar informações sobre seu funcionamento. Isto contribui para que a instância esteja dentre os CMS de melhor desempenho funcional no País⁸.

A Lei 5104/2009 determina que o CMS-RJ tenha formações quadrienais com 40 entidades distribuídas segundo o princípio de paridade da representação dos usuários. Esta Lei também es-

tabelece que os 20 assentos dos usuários sejam divididos entre os 10 Conselhos Distritais de Saúde (CODS) – localizados nas Áreas de Planejamento (APs) de saúde da cidade³² – e 10 entidades de base municipal. Na atual formação do CMS-RJ, a composição do segmento inclui as entidades listadas no Quadro 1.

Embora as missões institucionais destas entidades sejam distintas entre si, reproduzindo a situação de “multiplicidade dispersa”¹⁰ dos usuários nos CMS brasileiros, o que de fato caracteriza o arranjo representativo do segmento no CMS-RJ é a clivagem em dois grupos peculiares: os CODS e as entidades municipais.

Enquanto os conselheiros das entidades municipais são escolhidos e balizam sua atuação por meio de um “duplo mecanismo de representação” (representam suas entidades e o segmento dos usuários¹⁰), os conselheiros distritais fazem-no por um *triplo mecanismo de representação*, já que representam suas entidades, os CODS e o segmento dos usuários. Este terceiro nível de representação (o do Conselho Distrital) introduz

especificidades que interferem na Configuração Representativa do CMS-RJ e, por conseguinte, na representação e participação dos usuários e na atuação do próprio Conselho, conforme analisado a seguir.

Para expor os resultados centrais da pesquisa, reafirma-se a Configuração Representativa como categoria que articula dois eixos de regras: o *Eixo 1* envolve as regras de elegibilidade, que definem as entidades e os conselheiros participantes, e as regras de participação, que delimitam as possibilidades de atuação desses atores; o *Eixo 2* engloba as regras de representação das entidades, que orientam as relações com os conselheiros, delineando o caráter da representação praticada.

Eixo 1 da configuração representativa: regras de elegibilidade e participação

As regras de participação do CMS-RJ – definidas na Lei 5104/2009 e no Regimento Interno – configuram condições equitativas para a atuação dos conselheiros nas plenárias e para a eleição dos cargos de maior poder decisório no órgão

Quadro 1. Entidades representantes dos usuários no CMS-RJ (2012-2015).

1 CODS AP 1.0 (Centro, Zona Portuária, São Cristóvão, Rio Comprido, Santa Tereza, Ilha de Paquetá e adjacências)
2 CODS AP 2.1 (Copacabana, Botafogo, Lagoa, Rocinha e adjacências)
3 CODS AP 2.2 (Tijuca, Vila Isabel e adjacências)
4 CODS AP 3.1 (Penha, Ramos, Complexo do Alemão, Maré, Vigário Geral, Ilha do Governador e adjacências)
5 CODS AP 3.2 (Méier, Inhaúma, Jacarezinho e adjacências)
6 CODS AP 3.3 (Anchieta, Irajá, Madureira, Pavuna e adjacências)
7 CODS AP 4.0 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá, Cidade de Deus e adjacências)
8 CODS AP 5.1 (Bangu, Realengo e adjacências)
9 CODS AP 5.2 (Campo Grande, Guaratiba e adjacências)
10 CODS AP 5.3 (Santa Cruz e adjacências)
11 Associação Carioca de Distrofia Muscular (ACADIM)
12 Associação de Movimentos dos Renais Vivos e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro (AMORVIT- RJ)
13 Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos dependentes (APAZ)*
14 Grupo Unidos de Apoio aos Portadores de Hepatite C*
15 Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM)
16 Associação Carioca de Diabéticos (ACD)
17 Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de hepatite C
18 Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (FAFERJ)
19 Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro (FAM-Rio)
20 Instituto Afro Brasil Cidadão (IABC)

* Entidades excluídas do estudo pela ausência dos representantes nas reuniões do CMS-RJ acompanhadas.

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>

(Presidente, Substituto do Presidente e Comissão Executiva), sem induzir privilégios seletivos e preservando a paridade da representação.

Ao contrário, as regras de elegibilidade do CMS-RJ promovem situações distintas para os representantes dos usuários, exigindo, portanto, um exame aprofundado. Elas determinam assentos vitalícios para os 10 CODS e disputa para as outras 10 vagas em eleições nas Conferências de Saúde, para as quais podem se candidatar as diversas entidades com abrangência municipal de atuação. Por isso, considera-se que a última condição configura regras do tipo “eleitoral”, em oposição às do tipo “Não eleitoral” destinadas aos CODS.

A escolha dos conselheiros por regras internas de elegibilidade das entidades evidencia um segundo filtro que acentua as disparidades entre os usuários. Neste nível, as entidades municipais selecionam os conselheiros por regras do tipo “Não eleitoral”, isto é, por indicação da presidência ou diretoria, o que revela processos restritos às cúpulas das entidades que limitam as possibilidades para os membros pleitearem o cargo de conselheiro e, normalmente, transcorrem com mínima concorrência. Por sua vez, todos os CODS possuem regras do tipo “eleitoral” para selecionar os representantes municipais, ou seja, existem eleições abertas à candidatura dos usuários desses órgãos. O Gráfico 1 ilustra a oposição no arranjo das regras de elegibilidade nos dois grupos.

O Gráfico 1 atesta que a seleção dos representantes dos CODS resulta da combinação de regras do CMS-RJ “Não eleitorais”/ regras internas “eleitorais”; inversamente, a escolha dos conselheiros das entidades municipais se dá pela sequência de regras do CMS-RJ “eleitorais”/ regras internas “Não eleitorais”. Como as regras de elegibilidade, além de delimitar o leque de atores que participam do CMS-RJ, constituem um primeiro dispositivo de relação entre representantes e representados, é possível articular tais regras às práticas de representação dos conselheiros seguindo a concepção de Hanna Pitkin¹⁶.

Eixo 2 da Configuração Representativa: Regras de Representação

Neste sentido, foram analisadas as regras de representação das 18 entidades estudadas, que orientam as interações com seus representantes no CMS-RJ configurando posturas de representação, classificadas em: mandato, autonomia e mandato-autonomia. Esta análise foi conduzida com base nas entrevistas com os conselheiros, já que os estatutos das entidades municipais e os regimentos dos CODS não explicitam tais regras.

Valorizando a influência das regras de representação no balanço dos elementos mandato e autonomia, consideram-se posturas do tipo *mandato* aquelas influenciadas *preponderantemente* pelos interesses das entidades e grupos representados, sendo as regras internas profícuas para estreitar os laços entre conselheiros e enti-

Regras Entidades (γ)	+ (“Eleitoral”)
CODS AP 1.0; CODS AP 2.1; CODS AP 2.2; CODS AP 3.1; CODS AP 3.2; CODS AP 3.3; CODS AP 4.0; CODS AP 5.1; CODS AP 5.2; CODS AP 5.3	+
- (“Não eleitoral”)	(x) Regras CMS-RJ ACD; AFDm; FAFERJ; FAM-Rio; IABC; AMORVIT; ACADIM*; Grupo Otimismo*
-	-

Gráfico 1. Eixos de Regras de Elegibilidade aplicadas aos usuários do CMS-RJ.

* Entidades indicadas pela SMS-RJ para integrar o CMS-RJ, apesar das orientações das regras de elegibilidade.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos documentos normativos do CMS-RJ e nas entrevistas com os conselheiros atuantes nos anos de 2013/2014.

dades. Posturas do tipo *autonomia* expressam a representação *majoritariamente* orientada pelos julgamentos do conselheiro sobre a condução das políticas de saúde, em um contexto no qual as regras das entidades têm baixa capacidade para definir práticas de representação dos interesses dos representados. Já as posturas *mandato-autonomia* indicam situações em que as regras de representação possibilitam aos conselheiros combinar *de forma equilibrada* as duas tendências de modo a representar os interesses das entidades em articulação com questões ligadas ao interesse geral dos usuários do SUS, simbolizado pelo lema *Saúde como direito* destacado por Moreira¹⁰.

Verificou-se que, embora as entidades municipais realizem reuniões com seus representados para tratar das demandas de saúde, apenas nos casos da ACD, FAFERJ, FAM-Rio e IABC os encontros contribuem para sinalizar os interesses dos grupos de modo a embasar a atuação dos representantes. Além disso, somente os conselheiros da FAFERJ e do IABC relataram que as reuniões têm debates específicos dos assuntos do CMS-RJ e da transmissão da participação no órgão. Portanto, poucas entidades possuem regras que favoreçam práticas de representação efetivas no Conselho, sendo os exemplos mais categóricos ilustrados pela AFDM – que atualmente não realiza reuniões devido a dificuldades estruturais – e pela AMORVIT-RJ e Grupo Otimismo, cujos representantes afirmaram que a atuação no CMS-RJ não contribui para os objetivos das entidades.

Tais características das regras de representação refletiram-se em um cenário no qual todos os conselheiros das entidades municipais (exceto a representante da FAM-Rio) revelaram ter atuação consideravelmente orientada por suas visões sobre os interesses das entidades e necessidades do SUS, o que traduz a influência da *tendência autonomia de representação*.

Por sua vez, todos os CODS possuem regras objetivas para organizar plenárias mensais que, pela própria natureza das instâncias, envolvem deliberações específicas de assuntos de saúde das respectivas APs, incluindo temas diretamente relacionados à agenda do CMS-RJ. Além disso, 6 entrevistados do grupo indicaram a utilização de instrumentos práticos de representação, como relatórios de participação no CMS-RJ, ofícios manifestando requerimentos dos CODS e declarações de posicionamento.

As regras de representação dos CODS também incluem a realização mensal de reuniões interdistritais entre os presidentes e os representantes municipais dos dez órgãos, que ambientam

discussões das pautas do CMS-RJ e de questões relativas à situação de saúde nas APs. Conforme ressaltado por 9 entrevistados, isto possibilita agregar os interesses dos usuários firmados nos CODS e configurar posições comuns em relação aos temas debatidos.

Neste contexto, tais regras motivam relações sólidas entre os CODS e seus representantes de modo que todos os conselheiros do grupo, com exceção do representante da AP 2.1, revelaram ter atuação significativamente pautada pelos interesses dos usuários pactuados no âmbito destes conselhos, o que expressa a influência da *tendência mandato de representação*.

Para expor estes achados de modo específico, o Quadro 2 traz os desfechos da análise das regras e relações de representação das 18 entidades estudadas em associação com a disposição das regras de elegibilidade, caracterizando a Configuração Representativa do CMS-RJ.

Nas entidades municipais, o arranjo *Eleitoral/Não eleitoral* de regras de elegibilidade (Eixo 1) não favorece a aproximação entre entidades e conselheiros. Isto porque as regras “eleitorais” do CMS-RJ demonstram certa fragilidade – pois duas instituições foram indicadas pela SMS-RJ e outras duas (excluídas do estudo) sequer se fizeram presentes no Conselho – e as regras internas das entidades orientam a escolha dos conselheiros por processos que não abrangem a participação de seus membros ou dos usuários do SUS. Associando esta trajetória às regras de representação (Eixo 2), os conselheiros deste grupo tendem a ter *autonomia* para atuar no CMS-RJ, conforme apontado na distribuição de posturas de representação: 4 tipos autonomia, 3 mandato-autonomia e 1 mandato.

Já nos CODS, a sequência *Não eleitoral/Eleitoral* de regras de elegibilidade orienta a escolha dos representantes municipais por eleições que envolvem os membros dos usuários nas respectivas APs. Isto se associa a um padrão de regras de representação que incentiva relações firmes entre conselheiros e instâncias, além de aproximar o conjunto de representantes em reuniões interdistritais, conformando um modelo de representação do tipo *mandato*, demonstrado pela composição das posturas dos atores do grupo: 7 tipos mandato, 2 mandato-autonomia e 1 autonomia.

Relações entre representação e participação nos usuários do CMS-RJ

O cenário da representação foi articulado a participação dos conselheiros no CMS-RJ, cuja

Quadro 2. Disposição da Configuração Representativa nos usuários do CMS-RJ.

Entidade	Eixo 1: Regras de Elegibilidade CMS-RJ	Eixo 1: Regras de Elegibilidade da entidade	Eixo 2: Regras de Representação
ACADIM	Tipo “Eleitoral” *	Tipo “Não eleitoral” (presidente)	Autonomia
Otimismo	Tipo “Eleitoral” *	Tipo “ Não eleitoral” (presidente)	Autonomia
Amorvit-RJ	Tipo “Eleitoral”	Tipo “ Não eleitoral” (presidente)	Autonomia
AFDM	Tipo “Eleitoral”	Tipo “ Não eleitoral” (diretoria)	Autonomia
ACD	Tipo “Eleitoral”	Tipo “ Não eleitoral” (diretoria)	Mandato-Autonomia
FAFERJ	Tipo “Eleitoral”	Tipo “ Não eleitoral” (diretoria)	Mandato-Autonomia
FAM-Rio	Tipo “Eleitoral”	Tipo “ Não eleitoral” (diretoria)	Mandato
IABC	Tipo “Eleitoral”	Tipo “ Não eleitoral” (diretoria)	Mandato-Autonomia
CODS AP 1.0	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CODS AP 2.1	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Autonomia
CODS AP 2.2	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CODS AP 3.1	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CODS AP 3.2	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CODS AP 3.3	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CODS AP 4.0	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato-Autonomia
CODS AP 5.1	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato-Autonomia
CODS AP 5.2	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CODS AP 5.3	Tipo “ Não eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato

* Entidades indicadas pela SMS-RJ apesar da orientação das regras de elegibilidade do CMS-RJ.

Fonte: Elaboração dos Autores a partir dos documentos do CMS-RJ e das entrevistas com os conselheiros atuantes nos anos de 2013/2014.

análise envolveu o acompanhamento das 24 reuniões ordinárias e 3 extraordinárias de 2013 e 2014. Para isto, foi explorada a pauta de discussões do Conselho, valorizando os três pontos que despertaram debates intensos e geraram oportunidades para os conselheiros participarem do processo decisório da Saúde: (i) apresentações sobre patologias, situações e ações de saúde; (ii) esclarecimentos da SMS-RJ; (iii) apresentações de instrumentos de gestão da SMS-RJ. Também foram valorizados os informes dos conselheiros

que, embora não incentivem deliberações consistentes, constituem importante atividade na atuação dos usuários.

Desta maneira, foram contempladas 38 apresentações, sendo 31 realizadas por membros da SMS-RJ (alguns também conselheiros). Dentre elas, ocorreram: 11 exposições de instrumentos de gestão (planos da SMS-RJ, diretrizes orçamentárias, prestações de contas e relatórios administrativos) com apenas 5 votações, que resultaram na aprovação das matérias; 6 esclarecimentos da

SMS-RJ e 14 apresentações sobre patologias, situações e ações de saúde. Isto indica uma liderança do segmento dos gestores na condução das pautas, enquanto no período do estudo apenas 3 apresentações foram realizadas por conselheiros dos usuários.

Na análise da participação destes atores, considerou-se a *força da atuação* como principal parâmetro. Os critérios adotados definem a atuação de nível (+) como simples acompanhamento das reuniões e participação nas votações do CMS-RJ. O nível (++) indica a atuação que, além do exercício do voto, envolve a realização de informes relevantes para o conselho e participações esporádicas nos pontos centrais da pauta, sem contemplar os instrumentos de gestão da SMS-RJ. Já a atuação de intensidade (+++) é caracterizada por intervenções mais frequentes nas principais pautas com atuação irregular nos instrumentos de gestão. Por fim, a intensidade (+++++) indica a participação com intervenções consistentes e constantes nas deliberações do CMS-RJ, incluindo tais instrumentos.

Outro parâmetro utilizado na pesquisa foi o *perfil da atuação* dos conselheiros, que permitiu classificar os atores segundo a prática participativa mais característica nos seguintes perfis: (i) votante: atuação restrita ao voto; (ii) informativo: busca de informações sobre ações de saúde; (iii) vocalizador: vocalização dos interesses das entidades; (iv) reivindicativo: reivindicação de melhorias nos serviços do SUS; (v) avaliativo: avaliações (e críticas) relativas à condução das políticas pela SMS-RJ. O Quadro 3 apresenta os resultados da análise da participação dos conselheiros no CMS-RJ junto aos achados referentes à representação.

O Quadro 3 revela as disparidades entre os grupos dos usuários: enquanto todos os conselheiros das entidades municipais (exceto o representante da ACD) foram classificados com força de atuação (+) ou (++), 6 conselheiros distritais atuaram nas reuniões com intensidades (+++) ou (+++++) e nenhum foi categorizado com (+). Ou seja, metade dos atores do primeiro grupo participou das reuniões unicamente pelo exercí-

Quadro 3. Relações Representação-Participação nos usuários do CMS-RJ.

Grupo	Entidade	Postura de representação	Força da atuação	Perfil da atuação
Representantes das Entidades Municipais	ACADIM	Autonomia	++	Vocalizador
	Grupo Otimismo	Autonomia	+	Votante
	AMORVIT-RJ	Autonomia	++	Avaliativo
	AFDM	Autonomia	+	Votante
	ACD	Mandato-autonomia	+++++	Reivindicativo
	FAFERJ	Mandato-autonomia	++	Vocalizador
	FAM-Rio	Mandato	+	Votante
	IABC	Mandato-autonomia	+	Votante
Representantes dos Conselhos Distritais	CODS AP 1.0	Mandato	++	Reivindicativo
	CODS AP 2.1	Autonomia	+++	Avaliativo
	CODS AP 2.2	Mandato	++	Reivindicativo
	CODS AP 3.1	Mandato	+++	Reivindicativo
	CODS AP 3.2	Mandato	++	Informativo
	CODS AP 3.3	Mandato	+++	Vocalizador
	CODS AP 4.0	Mandato-autonomia	+++++	Avaliativo
	CODS AP 5.1	Mandato-autonomia	+++	Vocalizador
	CODS AP 5.2	Mandato	++	Vocalizador
	CODS AP 5.3	Mandato	+++++	Reivindicativo

Fonte: Elaboração dos Autores a partir do acompanhamento das reuniões do CMS-RJ e das entrevistas com os conselheiros atuantes nos anos de 2013/2014.

cio do voto, ao passo que todos os representantes dos CODs integraram em algum momento as deliberações centrais do CMS-RJ.

Como os perfis de atuação reivindicativo, vocalizador e avaliativo caracterizam os 6 atores distritais mais atuantes, entende-se que as reivindicações por aprimoramentos no SUS, a projeção de demandas das entidades e as avaliações das atitudes de gestão da SMS-RJ traduzem a própria atuação dos usuários no Conselho.

Considerando que o Quadro 3 elucida as relações Representação-Participação nos 18 conselheiros estudados, avanços no conhecimento destas relações no âmbito do CMS-RJ demandam analisar os grupos dos usuários. Com este intuito, o Quadro 4 sintetiza os achados da pesquisa, expondo a influência da Configuração Representativa na atuação do segmento.

O Quadro 4 demonstra que nas entidades municipais a disposição *Eleitoral/Não eleitoral* de regras de elegibilidade e as regras de representação resultam em um modelo de representação do tipo autonomia, que desencadeou uma participação tênue no CMS-RJ, classificada com intensidade (+/++). Já nos CODs, o arranjo *Não eleitoral/Eleitoral* de regras de elegibilidade em combinação com regras de representação objetivas para o CMS-RJ configura um modelo mandato de representação, que deflagrou uma atuação mais expressiva no conselho, caracterizada por (+++/++++).

O protagonismo dos conselheiros distritais é corroborado pela ocupação de cargos de grande poder decisório no CMS-RJ, que oferecem maiores possibilidades para interferir nas pautas e na condução das reuniões. No intervalo do es-

Quadro 4. Influência da Configuração Representativa na atuação dos usuários.

	Conselhos Distritais	Entidades Municipais
Eixo 1: Regras de elegibilidade do CMS-RJ	Tipo “Não eleitoral”: Assento vitalício para todos os 10 CODs	Tipo “Eleitoral”: Eleição de 10 entidades nas Conferências Municipais de Saúde
Eixo 1: Regras de elegibilidade das entidades	Tipo “Eleitoral”: Eleição do representante municipal entre os usuários dos CODs	Tipo “Não eleitoral”: Indicação do conselheiro pela diretoria/ presidência das entidades
Eixo 2: Regras de Representação	Reuniões mensais com assuntos diretamente vinculados ao SUS e à agenda do CMS-RJ; aproximação representante-CODs e reuniões interdistritais; Tendência Mandato	Regras frágeis para orientar reuniões com debates sobre o CMS-RJ e práticas de representação no órgão; distanciamento conselheiro-entidade; Tendência Autonomia
Força da Atuação	(+++ /++++) Ocupação preferencial de cargos de destaque no CMS-RJ	(+/++)
Alianças e Conflitos	Alianças fortes nas reuniões interdistritais; Articulações com gestores buscando concretizar o atendimento das demandas dos usuários	Alianças com os usuários restritas às votações centrais e eleições do CMS-RJ; Alianças e conflitos pouco expressivos com os demais segmentos
Atuação: Representação-Participação	Protagonismo na participação no plano do segmento dos usuários, hegemонizando a representação dos interesses dos usuários das APs; importância no âmbito geral de funcionamento do CMS-RJ	Participação secundária no plano do segmento dos usuários, com restrições na representação das entidades; Papel discreto na dinâmica de funcionamento do CMS-RJ

Fonte: Elaboração dos Autores a partir do acompanhamento das reuniões do CMS-RJ e das entrevistas com os conselheiros atuantes nos anos de 2013/2014

tudo, as duas formações da Comissão Executiva do CMS-RJ contaram com 6 representantes de CODS e somente 2 conselheiros de entidades municipais. Além disso, os dois substitutos do Presidente eleitos neste período representavam os conselhos das APs 5.1 e 5.3.

A análise das alianças e conflitos revelou que as articulações mais consistentes entre os usuários são praticadas pelos representantes dos CODS nas reuniões interdistritais, que confluem para a formação de um bloco de atuação no CMS-RJ. Por sua vez, as alianças entre conselheiros das entidades municipais demonstraram-se pouco expressivas e as alianças entre os dois grupos dos usuários restritas às votações de temas prioritários e às eleições para Presidência e Comissão Executiva.

No plano das relações entre segmentos, enquanto os conselheiros de entidades municipais assumiram posturas mais neutras tanto na busca de articulações como na manifestação de conflitos, os conselheiros distritais (com exceção dos representantes das APs 2.1 e 4.0) inclinaram-se para formar alianças com o segmento dos gestores no intuito de perseguir os interesses dos usuários das respectivas áreas e conquistar melhorias nos serviços do SUS. Em associação, foram observados conflitos entre representantes dos CODS e do segmento dos trabalhadores, que firmaram persistente oposição ao modelo de gestão por Organizações Sociais adotado pela SMS-RJ.

Portanto, os achados indicam que os conselheiros dos usuários mais atuantes não assumem posturas *veto player* em relação aos gestores porque pautam sua atuação pelos interesses dos representados e por pactuações interdistritais. Isto corrobora o modelo analítico de Moreira e Escorel⁸, pois na medida em que os usuários não vetam sistematicamente as propostas da SMS-RJ, os gestores tendem a não reagir com restrições de recursos, o que se revela na posição do CMS-RJ entre aqueles com melhores condições de funcionamento.

Considerações finais

Os resultados apresentados sugerem que a proeminente participação dos conselheiros distritais no CMS-RJ aponta para uma significativa representação dos interesses dos usuários estabelecidos no domínio dos CODS a ponto de sobressair no âmbito municipal. Isto sinaliza a importância da posição política e estratégica dos CODS no processo decisório das políticas municipais de saúde, tanto por ambientar deliberações relevantes sobre a gestão dos serviços do SUS, quanto por hegemonizar suas propostas no CMS-RJ.

Também é pertinente pontuar que a análise da Configuração Representativa – conjunto articulado de regras de elegibilidade, participação e representação – e sua influência constatada na atuação empírica dos conselheiros gerou avanços na compreensão das relações Representação-Participação no âmbito dos CMS por meio do estudo específico do Rio de Janeiro. Neste ponto, o artigo contribui para incrementar os conhecimentos sobre participação social no SUS, sobretudo por apresentar achados objetivos acerca das interações entre conselheiros e entidades.

A partir disso e considerando as frequentes críticas direcionadas à atuação política dos conselhos, pode-se propor que conselheiros, estudiosos e gestores debatam sobre as relações entre conselheiros, entidades e população a fim de aperfeiçoar os laços de representação dos usuários do SUS e incentivar uma participação social efetiva e transformadora. A perspectiva trabalhada na pesquisa motiva a discussão do impacto das regras institucionais em tais desfechos, sugerindo a elaboração de regras assertivas para delinear processos democráticos de seleção dos conselheiros e práticas de participação representativas dos interesses dos usuários.

Colaboradores

RB Rezende e MR Moreira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Santos BS, Avritzer L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS, organizador. *Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 39-82.
2. Fung A. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 173-209.
3. Lüchmann LHH. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova* 2007; 70:139-170.
4. Almeida C, Tatagiba L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serv Soc Soc* 2012; 109:68-92.
5. Gurza Lavalle A, Houtzager PP, Castello G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. *Lua Nova* 2006; 67:49-103.
6. Avritzer L. Sociedade civil, Instituições Participativas e Representação: da autorização à legitimidade da ação. *Dados* 2007; 50(3):443-464.
7. Lüchmann LHH. Associações, participação e representação: combinações e tensões. *Lua Nova* 2011; 84:141-174.
8. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):795-806.
9. Escorel S, Moreira MR. Participação Social. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 853-883.
10. Moreira MR. *Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
11. Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. *Serv Soc Soc* 2012; 109:126-150.
12. Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gershman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 353-383.
13. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):537-547.
14. Côrtes SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(7):1626-1633.
15. Dahl RA. *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Edusp; 2012.
16. Pitkin HF. *The Concept of Representation*. California: University of California Press; 1967.
17. Santos WG. Poliarquia em 3D. Rio de Janeiro: *Dados*. 1998; 41(2):207-281.
18. Urbinati N. O que torna a representação democrática? *Lua Nova* 2006; 67:191-228.
19. Lima Júnior OB. *Instituições Políticas Democráticas – o segredo da legitimidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1997.
20. Fuks M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. *Rev Sociol Polit* 2005; 25:47-61.
21. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1621-1628.
22. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):797-805.
23. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2455-2464.
24. Côrtes SV, Michelotti FC, Goldoni AC, Santos LA. Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: Côrtes SV, organizadora. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 145-176.
25. Avritzer L. Associativismo e Participação na saúde: uma análise da questão na região nordeste do Brasil. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p. 151-174.
26. Vieira M, Calvo MCM. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(12):2315-2326.
27. Coelho VSP. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 255-269.
28. Gershman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1670-1681.
29. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2431-2436.
30. Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A participação de Conselhos Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saude Soc* 2006; 15(1):49-57.
31. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2437-2445.
32. Instituto Pereira Passos (IPP). *Anuário Estatístico da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IPP; 2000.

Artigo apresentado em 16/11/2015

Aprovado em 27/01/2016

Versão final apresentada em 29/01/2016