

A representação política nos conselhos de saúde: desafios empíricos e analíticos
Political representation on the boards of health: empirical and analytical challenges
Representación política en los consejos de salud: desafíos empíricos y analíticos

Recebido: 17/08/2020 | Revisado: 22/08/2020 | Aceito: 09/09/2020 | Publicado: 11/09/2020

Renata Lopes de Siqueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4776-146X>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: renata.educacao@gmail.com

Jeferson Boechat Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0729-8378>

Universidade Federal de Viçosa, Brasil

E-mail: jb_soares@hotmail.com

Pedro Siqueira Cruz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8755-991X>

Universidade Federal de Viçosa, Brasil

E-mail: pedro.siqueira@ufv.br

Izabela Maria Montezano de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1680-3137>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: i.montezano.c@gmail.com

Rosângela Minardi Mitre Cotta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5331-9734>

Universidade Federal de Viçosa, Brasil

E-mail: rmmitre@ufv.br

Resumo

Em função do caráter deliberativo, os Conselhos de Saúde (CS) são instâncias privilegiadas de participação social por meio da representação política. Entretanto, há inúmeras evidências científicas que apontam dificuldades no exercício da representação conselheira. O objetivo deste artigo foi compreender a noção de representação política que orienta a atuação dos conselheiros. Trata-se de um Estudo de caso, conduzido através de entrevistas semi-estruturadas com os membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, no

período de abril a junho de 2012. Os depoimentos foram analisados por meio de “Análise Temática”, conforme procedimento proposto por Bardin (2008). Em relação ao contexto de estudo, os resultados demonstraram distanciamento dos pressupostos teóricos da representação política revelando situações de defesa de interesses particulares em detrimento de interesses coletivos, desconhecimento e/ou omissão das demandas das bases de representação e incipiente articulação com as mesmas. Em acréscimo, observou-se que os instrumentos e mecanismos *accountability* e responsabilização, responsáveis pelas sanções no sistema de tradicional de representação política parlamentar, revelaram-se inadequados para a realidade do CS, comprometendo a integralidade da representação política e, por conseguinte, da participação social.

Palavras-chave: Democracia; Participação social; Conselhos de saúde.

Abstract

The Council of Health (CoH) are privileged instances for social participation through political representation, given its deliberative character. However, there are numerous scientific evidences that show difficulties in the exercise of councilor representation. The objective of this paper is to comprehend the notion of political representation that leads the activities of councilors. It is a case study, conducted by semi-structured interviews with the members of the City Council of Health, Viçosa, Minas Gerais, from April through June of 2012. The testimonials were analyzed through "Thematical Analysis", according to the procedure proposed by Bardin (2008). The results show a distancing from the theoretical assumptions of political representation, revealing occasions of defense of private interests over community interests; lack of knowledge and/or omission from demands of the representation bases; incipient articulation with them. It has been observed that the instruments and mechanisms of accountability, responsible for sanctions in the traditional system of parliamentary political representation, proved inadequate for the reality of CoH, compromising the integrality of the political representation and, therefore, the social participation in the CoH.

Keywords: Democracy; Social participation; Health councils.

Resumen

Debido a su carácter deliberativo, los concejos de salud son instancias privilegiadas de participación social por medio de representación política. Sin embargo, existen innumerables evidencias científicas que indican dificultades en el ejercicio de la representación de los concejos. El objetivo de este artículo fue comprender la noción de representación política que

orienta la actuación de los concejeros. Se trata de un estudio de caso, conducido por medio de entrevistas semiestructuradas con los miembros del Concejo Municipal de Salud de Viçosa, Minas Gerais, en el periodo de abril y junio de 2012. Las entrevistas fueron analizadas por medio del “Análisis Temático”, propuesto por Bardin (2008). Los resultados demuestran distanciamiento de los presupuestos teóricos de la representación política revelando situaciones de defensa de intereses particulares en detrimento de intereses colectivos; desconocimiento y/u omisión de las demandas de las bases de representación e; incipiente articulación con las mismas. También se observó que los instrumentos y mecanismos accountability y responsabilización, responsables por las sanciones en el sistema tradicional de representación política parlamentaria, se revelaron inadecuados para la realidad de los CS, comprometiendo la integralidad de representación política y, por consiguiente, de la participación en los CS.

Palabras clave: Democracia; Participación social; Concejos de salud.

1. Introdução

No atual contexto político, em que as instituições democráticas brasileiras vêm sendo ameaçadas por alguns segmentos civis e governamentais, a representação cidadã no controle social das políticas públicas persiste como tema de estudo relevante a ser aprofundado, pois a mesma constitui em um dos aspectos elementares para a consolidação de uma sociedade mais justa e democrática, conforme almejada pela Constituição Federal de Brasileira de 1988.

Promulgada em 1988, esta CF recebeu o cognome de constituição cidadã por ter estendido os direitos sociais e políticos, ampliando e assegurando legalmente a participação popular na gestão das políticas públicas (Escorel, 2012; Gomes, 2015; Siqueira, Cotta & Soares, 2015; Rezende & Moreira, 2016).

Destarte, paralelo ao processo de consolidação do sistema democrático representativo, desencadeou-se um processo de diversificação dos espaços e mecanismos de participação e representação social por todo território nacional. Este processo ocorreu em ritmo variável decorrentes das circunstâncias políticas administrativas locais, conformando um cenário de pluralização e de complexificação da representação política (Lüchmann, 2007; Avritzer, 2016; Muller Neto & Artmann, 2014; Gomes, 2015; Rezende & Moreira, 2016).

Nesse contexto, os conselhos gestores emergiram como instâncias de representação oficial da sociedade civil em políticas setoriais (Muller Neto & Artmann, 2014; Gomes, 2015; Avritzer, 2016; Rezende & Moreira, 2016; Pereira et al., 2019; Barddal, 2020).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos três níveis federativos, instituíram-se os Conselhos de Saúde (CS) como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, com a função de colaborar na formulação e controle da execução da política de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990; Siqueira, Cotta & Soares, 2015; Rezende & Moreira, 2016). Apesar de instituídos legalmente em 1990, estudos evidenciam que foi no decorrer dos anos 2000 que a maioria dos conselhos foram criados (Sobione, 2016; Barddal, 2020). Atualmente existem cerca 5.581 CS distribuídos nas esferas federal, estadual e municipal (Datusus, 2020).

Quando os conselhos foram criados, prevalecia a expectativa de que os conselheiros conhecessem os distintos grupos sociais a que representariam e, por conseguinte, teriam capacidade argumentativa para integrar suas demandas nas deliberações do conselho, o que resultaria em um sistema de saúde mais responsivo aos interesses coletivos (Gomes, 2015; Rezende & Moreira, 2016; Shimizu & Moura, 2015).

Ademais, quando idealizados enquanto instâncias alternativas de representação democrática, a partir de uma perspectiva harmônica de sociedade civil, pressupunha-se que a participação nesses colegiados seria naturalmente percebida como uma ação de relevância pública, em que os conselheiros representantes dos diferentes grupos sociais permaneceriam a encargo exclusivo da defesa do bem comum e não de interesses particulares ou corporativos (Luchmann, 2008; Sabione et al., 2018; Shimizu & Moura, 2015; Lima, 2020).

Não obstante, no decorrido quase 30 de criação dos CS, inúmeros estudos ainda evidenciam, dentre outros problemas, fragilidades no exercício da representação política. Esta fragilidade se expressa na dificuldade dos conselheiros de perceber, compreender, articular e compatibilizar - dentro de um contexto deliberativo de igualdade de oportunidades e pluralidade de ideias e interesses – os interesses das bases de origem com os interesses gerais da população, fazendo, por vezes, prevalecer proposições particulares ou corporativas, em detrimento de proposições consensuais em prol da coletividade (Luchmann, 2008; Sabione et al 2018; Rezende & Moreira, 2016; Carvalho, 2020; Barddal, 2020; Lima, 2020).

Corroborando esta análise, Gomes (2015) ressalta que a expansão quantitativa dos conselhos gestores não significou necessariamente o sucesso dessa nova institucionalidade na superação dos desafios a ela interpostos. Segundo este autor, levando em consideração o aspecto qualitativo, deficiências quanto à representatividade dos conselheiros ainda são sinalizadas com frequência na literatura sobre o tema (Gomes 2015).

Consequentemente, os estudos apontam a necessidade de uma discussão mais profunda sobre a noção de representação política presente nos conselhos gestores como forma

de assegurar a efetiva participação social (Luchmann, 2008; Shimizu & Moura, 2015; Lima, 2020). Para Resende & Moreira (2016) ressaltam que seguem pouco exploradas cientificamente as relações entre conselheiros e seus representados.

Em acordo, o objetivo deste artigo foi compreender a noção de representação política que orienta a atuação dos conselheiros no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (CMS/Viçosa), Minas Gerais.

A expectativa é que compreensão da noção de representação políticas dos conselheiros detectada no contexto específico da pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento teórico analítico desta dimensão conselheira. Consequentemente, espera-se fornecer subsídios para o diagnóstico, compreensão e superação dos entraves à participação social na gestão das ações, políticas e programas de saúde.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso (EC) que, segundo Yin (2010), é uma modalidade de investigação empírica na qual os limites entre o fenômeno de pesquisa e o contexto de estudo não estão claramente definidos, mas intrinsecamente associados. O EC é uma abordagem particularmente indicada para apresentar informações em profundidade sobre uma unidade, um programa, uma instituição, um conjunto de pessoas sem a necessidade de generalizar informações. Nesta perspectiva, o EC foi eleito pela possibilidade de colaborar para o debate sobre representação conselheira a partir da apresentação de uma experiência local, sem pretensão de formular inferências generalizadoras e de caráter a-histórico.

Para coleta de dados, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com os membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (CMS/Viçosa), Minas Gerais, no período de abril a junho de 2012. Optou-se pela entrevista semi-estruturada por tratar-se de uma ferramenta de caráter processual que permite, quando necessário, a introdução de novas questões à captação do real (Minayo, 2006).

As entrevistas ocorreram no período de abril a junho de 2012. Foram realizadas de forma individualizada, mediante agendamento prévio, em ambiente privado e escolhido pelos conselheiros, ocorrendo em ambiente domiciliar, local de trabalho ou sede da instituição representativa. As entrevistas duraram aproximadamente 2 horas.

Em acordo com os procedimentos metodológicos propostos por (Yin, 2016), as entrevistas seguiram um roteiro de questões semi-estruturadas relativas a dinâmica de funcionamento e organização do CS, atribuições dos conselheiros e eventuais obstáculos para

o cumpri-las e questões acerca das competências técnicas e representativas necessárias e adquiridas no exercício do conselho.

O conteúdo das entrevistas foi gravado e transcrito na íntegra, totalizando 150 horas de transcrição, executada de junho a outubro de 2012. Estabeleceu-se como critério de inclusão estar com o mandato regularmente vigente durante o período da pesquisa. Como critério de exclusão, ter extinguido o período de mandato e a recusa do conselheiro em participar.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio de “Análise de Temática”, que consiste na descoberta dos núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico em questão (Bardin, 2000). Complementarmente, realizou-se a observação participante das reuniões do CMS/Viçosa, o que possibilitou maior interatividade com o contexto de estudo e percepção da proximidade entre o discurso e a prática cotidiana.

Em cumprimento ao disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFV, protocolo N° 056/2012. A pesquisa iniciou após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos conselheiros, mediante informação dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Seguindo o princípio ético de preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa, os depoimentos foram codificados por segmento representativo e numerados aleatoriamente, conforme estabelecido: RU (representante dos usuários), RTS (representante dos trabalhadores da saúde), RPS (representantes dos prestadores de serviço) e RG (representante do governo). Os nomes dos conselheiros mencionados foram substituídos por nomes fictícios.

3. Resultados e Discussão

O CMS Viçosa (CMSV) foi criado pela Lei Municipal n° 815, de 27 de setembro de 1991, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990).

A composição do CMS obedece ao critério de paridade disposto na Lei Municipal 2.118, de 06 de abril de 2011. O CMSV é constituído por 28 membros titulares, distribuídos da seguinte forma: 50% são ocupadas por entidades representantes dos usuários do distribuídos da seguinte forma: 05 representantes de associações de moradores, 01 representante de associações de portadores de necessidades especiais e de doenças crônicas, 01 representante de clubes e serviços ou entidades similares, 03 representantes de entidades

filantrópicas cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e 04 representantes de sindicatos e associações de classe (PMV, 2011).

Um quarto das vagas restantes se refere às entidades representantes dos trabalhadores de saúde subdivididas em 01 representante dos profissionais de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde, 01 representante dos profissionais de nível médio da Secretaria Municipal de Saúde, 01 representante dos demais servidores da Secretaria Municipal de Saúde, 01 representante de sindicatos de trabalhadores em saúde, 02 representantes de associações de classe da área de saúde e 01 representante da área de saúde da Universidade Federal de Viçosa.

Os 25% restantes das vagas são compartilhadas entre os representantes de governo e prestadores de serviços ao SUS, que, no período da pesquisa estavam distribuídas da seguinte maneira: 02 representantes do poder executivo, entre eles, o Secretário Municipal de Saúde, 01 representante de serviço de saneamento, 02 representantes dos hospitais filantrópicos e 02 representantes de laboratórios locais conveniados com o SUS.

Para cada membro titular, há um membro suplente, somando-se ao todo 56 Conselheiros de Saúde.

O tempo regimental de mandato de cada conselheiro é de dois anos, podendo ser reconduzido por mais dois anos. Não obstante, observou-se que 9,8% dos conselheiros estão exercendo seu mandato pela terceira vez, 5,9% pela quarta e 3,9% pela quinta e sexagésima vez consecutiva.

Em relação ao sexo, 45,1% pertencem ao sexo feminino e 54,9% ao masculino. A Tabela 1 apresenta a distribuição por faixa etária.

A tabela 1 apresenta a perfil dos conselheiros de acordo com a faixa etária.

Tabela 1 - Faixa etária dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Faixa etária	Frequência	Percentual (%)
18 a 25 anos	2	3,9
26 a 35 anos	9	17,6
36 a 45 anos	7	13,7
46 a 55 anos	21	41,2
Maior que 56 anos	12	23,5
Total	51	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

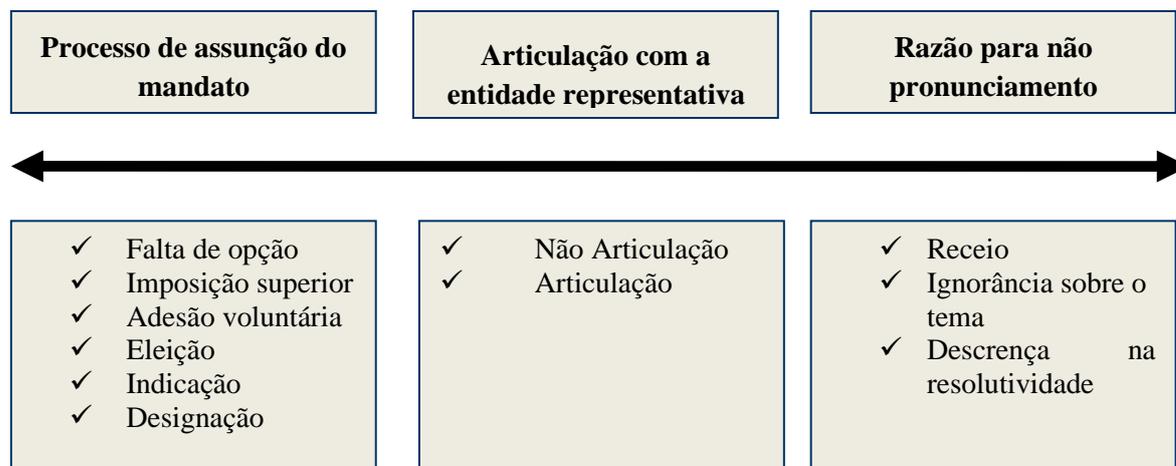
Quanto ao grau de escolaridade, 17,6% cursaram o ensino fundamental, 19,6% o ensino médio, e 62,8% possuíam diploma de curso superior. Ressalta-se que o critério de distribuição das vagas dos profissionais de saúde por nível de escolaridade, constitui-se uma norma local, não prevista na Resolução n.º 453/12, que estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (Brasil, 2012).

Do total de 56 conselheiros, 51 foram entrevistados, uma vez que, três alegaram terem solicitado desligamento formal do Conselho no período da entrevista e dois não atenderam às tentativas de contatos para agendamento da entrevista. Entre os conselheiros entrevistados, 27 eram titulares e 24 suplentes. Quanto à distribuição por segmento, 27 eram representantes dos usuários; 13 dos trabalhadores da saúde; 04 do governo; e 11 dos prestadores de serviço.

Inicialmente, identificaram-se três unidades de análise relativas à prática de representação conselheira nas falas dos conselheiros: a primeira, referente ao processo de assunção do mandato; a segunda, relacionada à articulação com a entidade representativa e; a terceira, relativa ao ato de pronunciamento ou não nas reuniões do CMS/Viçosa e por quais motivos.

Posteriormente, procedeu-se à categorização das respostas em núcleos de sentido cujo número variou de acordo com a unidade de análise, conforme ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Unidade de análise e respectivos núcleos de sentidos identificados nos depoimentos dos Conselheiros Municipais de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013.



Fonte: Autores.

Na primeira unidade de análise reuniram-se os relatos sobre como os sujeitos de pesquisa assumiram o mandato, tornando-se conselheiros. As respostas foram categorizadas em seis núcleos de sentido: por falta de opção; por imposição superior; por adesão espontânea; por eleição; por indicação da entidade representativa ou por auto-designação condicionada ao cargo de direção/presidência.

No núcleo falta de opção, observaram-se situações em que os conselheiros alegaram terem assumido o mandato por não haver mais ninguém dentro da entidade que se prontificasse voluntariamente para representar o segmento, e/ou, quando a pessoa não detinha autoridade para determinar que alguém fosse em seu lugar (depoimento RTS1).

No núcleo por imposição superior, constataram-se as circunstâncias em que os sujeitos se tornaram conselheiros por indicação de chefia/diretoria sem direito à recusa (depoimento RPS1).

No extremo oposto, a adesão espontânea foi percebida nos depoimentos nos quais os conselheiros, por interesse profissional ou afinidade, se prontificaram espontaneamente a representar o segmento no Conselho (Depoimento RTS2). Voluntariamente também assumiram alguns conselheiros por possuírem experiências prévias, acessos privilegiados à informação e conhecimentos mais profundos sobre o tema (depoimento RPS2).

Em número proporcionalmente restrito, identificaram-se os processos em que os conselheiros se tornaram representantes via eleição, após amplo debate em reunião de plenária da entidade, seguido de votação pelos membros participantes. Nessa condição, dois, entre os cinquenta e um conselheiros entrevistados relataram a realização de um processo de eleição

em assembleia realizada antes da Conferência Municipal de Saúde, quando foi formalizada a nova composição do CMS/Viçosa (Depoimento RU1).

Constatou-se ainda a ocorrência de casos em que os conselheiros alegaram ter assumido o mandato por designação da entidade, sem ocorrência de processo eleitoral. A escolha dos conselheiros foi realizada por um ou mais membros da entidade, em geral, ocupantes de cargos de diretoria, chefia ou presidência (Depoimento RU2). Diferentemente da situação de mandato por imposição, os conselheiros foram abordados previamente e tiveram a alternativa de recusa.

Também foram identificados processos relativos à autodesignação condicionada ao fato de o conselheiro estar ocupando o cargo de diretor, chefe ou presidente da entidade, tomando para si a responsabilidade de representar a entidade no Conselho (Depoimento RU3).

O Quadro 2 detalha depoimentos analisados dos conselheiros municipais de saúde no presente estudo.

Quadro 2 - Depoimento dos Conselheiros Municipais de Saúde sobre processo de assunção de mandato, Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Núcleo de sentido	Conteúdo temático
Falta de opção	RTS ₁ : “Eu fui quase que obrigada [...] porque na época que falaram que iriam montar o conselho, convidaram para ir na reunião, só que para ir na reunião, não falaram que era para eu participar do conselho. Aí, no dia da reunião como fui só eu como técnica de nível médio no caso, aí eu fui indicada [...] fiquei calada e aceitei, porque fiquei sem jeito de recusar”.
Imposição superior	RPS ₁ : “Eles [<i>donos da empresa prestadora de serviço</i>] não selecionam, perguntam ou questionam quem quer participar, ou se alguém pretende [...]. Então informa e simplesmente coloca o nome, e fala: “a partir de tal dia tem uma reunião em tal local.” Aí você vai. Depois chega lá fica sabendo que você foi indicado pra ser membro de um conselho, mas você não tem aquele livre arbítrio pra falar assim: ah não quero’.”
Adesão espontânea	RTS ₁ : “É, quando eu comecei a participar de algumas reuniões do conselho, antes de ser conselheiro, né? Minha formação, eu sou enfermeiro, trabalho na área de saúde coletiva, né? E essa área, a área de saúde publica é de meu interesse tanto profissional, quanto pra auxiliar nas minhas aulas, então eu, eu busquei, né?” RPS ₂ : “Eu ajudei a fundar o conselho, porque eu tinha consciência da necessidade em fazer a municipalização da saúde. Tinha essa consciência é porque já tava sabendo do movimento nacional, que deveria existir a municipalização da saúde, de que forma que ela deveria ser composta [...], a gente acompanhava isso de perto, com informações da federação né? Desses órgãos que, que dão orientação para os hospitais.”
Eleição segmento representativo	RU ₁ : “É eu, eu me interessei e fui, me candidatei [...] Fui votado, fui votado. Teve várias votações né? E eu fui um dos votados”.
Indicação segmento representativo	RU ₂ : “Então eu comecei a participar e como eu sou muito assídua nas reuniões da UMAM [...], aí eles indicam e eu fui indicada. Aí eu falei eu quero, porque eu quero entender. Fui de cara. Que aí a diretoria da UMAM é que escolhe. Faz o convite pra gente porque o conselho convida a UMAM a levar membros da UMAM*”.
Auto-designação condicionada ao cargo	RU ₃ : “É porque a instituição tem que tá mandando um representante, aí por ser a diretora, eu tomei posse”.

*UMAM: União Municipal das Associações de Moradores de Bairro e Distrito de Viçosa.

Fonte: Autores.

A segunda unidade de análise investigou a articulação que o conselheiro mantém com a entidade a qual representa. A questão partiu do pressuposto de que para os conselheiros terem condições de conhecer, encaminhar e integrar aos processos decisórios do Conselho às demandas dos grupos sociais a que representam, esses devem manter algum grau de

articulação com a entidade ou segmento representativo.

Contrariando este pressuposto, os conselheiros informaram, predominantemente, que não discutem antecipadamente com a entidade/segmento que representam a pauta do CMS, conforme exemplificou o depoimento a seguir:

Não, não, não chego a discutir a pauta com a entidade, porque tem muito assunto, pra falar verdade, tem muitos assuntos que a eles não interessam. (RU4).

Quando indagados se após reunião do Conselho apresentavam as suas deliberações para a entidade, mais uma vez predominaram as assertivas negativas, conforme o relato a seguir:

Nem pergunta. Nem pergunta, e às vezes, eu leio por mim, sabe assim? A maioria da gente aqui [do sindicato] nem sabe o quê que eu vou fazer lá [no conselho de saúde] (RU5).

Questionados sobre os motivos que os levavam à não articulação, o argumento predominante foi de que os membros da entidade a qual representavam raramente se reuniam e se mobilizavam para debater demandas. Falta de interesse, descrédito quanto à resolutividade do CMS/Viçosa e falta de tempo, foram outras justificativas recorrentes:

É, eu, eu num sei, se é pela falta de interesse, se é pela falta de tempo. Eu acredito que tudo isso esteja meio relacionado. Deveria articular, mas, infelizmente, não é articulado (RG1).

Os depoimentos evidenciaram que além de predominar a não articulação das ações do CS com as entidades de origem, as próprias entidades internamente se encontravam em um estado incipiente de organização e integração:

A você dizer que existe uma organização entre os prestadores, tipo uma associação, né? Onde ocorre uma reunião periódica, onde se delibera periodicamente, se busca caminhos em conjunto, isso formalmente não acontece não. Não, isso não existe formalmente, você tá entendendo? (RPS3).

Dentro desse cenário, frequentemente, o que se observou foram situações em que os conselheiros assumiram um mandato plenamente autônomo, em que deliberavam de forma completamente independente da entidade:

Os assuntos que eu julgo assim que vai interessar a entidade, aí eu passo [...]. Aí tem que ser ao meu critério mesmo, porque não tem jeito, porque não tem como eu reunir a entidade e repassar pra ela (RU4).

Diagnosticaram-se ainda situações em que os conselheiros optaram por assumir uma representação nula, alheia às questões de debate. Esta postura indiferente à causa foi observada especialmente entre os conselheiros que se tornaram representantes por imposição, conforme demonstra o depoimento a seguir:

Eles precisavam de alguém, porque o hospital estava sem nenhum representante. Aí eles pegaram e colocaram meu nome, eu vou, igual eu tô te falando, eu tô imposta a ir. Então eu vou, mas eu não acrescento lá em nada [...]. Eu não tenho conhecimento na parte de saúde. Então assim: eu não me considero participando da reunião, eu me considero indo lá representando o hospital, entendeu? (RPS4).

Em alguns casos, os próprios conselheiros colocaram em suspensão o interesse da entidade em discutir os problemas de saúde do município e questionaram a razão pela qual ocupavam uma vaga no CS. O relato a seguir é bastante ilustrativo:

É um dos grandes problemas nosso, nossa representatividade [...]. Na verdade, a gente tá lá representando, mas a gente não consegue ouvir dos próprios discentes as dificuldades, quais são as demandas. [...] Eles não tem conhecimento da demanda da população, não tem conhecimento das dificuldades de saúde que tem na cidade, por que os estudantes, eles não utilizam o serviço público da cidade (RTS3).

Acerca deste último depoimento, cabe esclarecer que Viçosa é uma cidade universitária, e parcela significativa de sua população é constituída por estudantes que residem na cidade somente durante o período de formação acadêmica. Estes estudantes, em geral, possuem planos de saúde privados ou usufruem do serviço de saúde gratuito assegurado aos mesmos pela universidade.

A terceira unidade de análise diz respeito ao ato de pronunciamento ou não nas reuniões do CMS/Viçosa e por quais motivos. Esta unidade se fundamenta nas referências teóricas que inferem que o exercício da representação pressupõe, além da articulação com o segmento representado, que os conselheiros se sintam motivados e manifestem suas demandas e emitam suas opiniões sobre diversas questões tratadas no Conselho (Gomes, 2015; Rezende & Moreira, 2016; Sabione et al., 2018; Lima, 2020).

Quando indagados sobre se pronunciarem ou não nas reuniões, e por qual motivo, o primeiro núcleo de sentido identificado foi o receio. Alguns conselheiros relataram que não opinavam por medo de sofrerem retaliações e serem prejudicados profissionalmente. Tal postura foi observada, predominantemente, entre os representantes dos trabalhadores da área da saúde ou do estado, os quais ocupavam cargos nomeados:

Não me pronuncio muito [...], justamente porque eu sou uma profissional com o contrato limitado, aí eu tenho medo, assim, de eu expressar minha opinião lá no Conselho e isso me prejudicar. Aí eu prefiro me ausentar (RTS1).

O depoimento de outra profissional da saúde, na mesma condição contratual, expressa que esse receio é também um reflexo de como o atual poder público local relaciona-se com o Conselho:

Eu vou, fico mais calada por que eu fico com medo de falar, né? Que eu sou contratada, então, não posso também ficar lá, [...] o que eu quiser falar, eu vou diretamente no prefeito e falo com ele [...], sou amiga dele e eu tento fazer o que eu posso, então não quero, expor nem ele [o prefeito](RTS4).

Contudo, também entre representantes dos usuários, observou-se o receio de prejuízo por se pronunciar:

A gente vai na reunião lá, a gente chega lá, inclusive, nós não falamos nada porque lá igual eu falei com ele [suplente]: olha José [nome fictício] aqui é uma reunião que é o seguinte: quem fala aqui é os graúdos, nós somos miúdos, nós estamos só ouvindo, o que eles estão falando, sabe como é. [...] tem muitas vezes que você fala alguma coisa que prejudica, né? (RU5).

Ressalta-se que nesse relato, além do temer o prejuízo, há uma percepção de uma desigualdade de poder, apesar do caráter paritário do Conselho.

No segundo núcleo de sentido, ignorância sobre o tema de discussão, a justificativa bastante recorrente para não expressar a opinião foi o constrangimento de emitir opiniões equivocadas:

Porque às vezes eu não tenho aquele conhecimento que eu deveria ter, então eu prefiro escutar do que falar as coisas, e falar as coisas erradas (RU6).

Finalizando, destacam-se os relatos em que os conselheiros atribuíram à descrença na resolutividade, isto é, capacidade do CMS de solucionar os problemas de saúde o motivo de não participarem das reuniões:

Eu já fui mais ativa. Hoje eu tô bem cansada. Vou falar assim das coisas que você faz, faz, faz, e continua do mesmo jeito. Quando você acha que as coisas vão evoluir. Não vai pra frente, aí você começa cansar (RG2).

A noção de representação política está vinculada à teoria sobre democracia, oriunda do pensamento europeu. As primeiras formulações teóricas emergiram no processo de constituição e consolidação dos estados modernos, iniciado no século XV (Pitkin, 2006). Naquele contexto, as análises sobre representação política buscavam explicar as novas formas de organização política administrativa que, de maneira gradativa e não uniforme, foram assumidas pelos estados que, além de modernos, passaram à condição de democráticos (Avritzer, 2016).

Sob o argumento recorrente do aumento populacional e/ou da abrangência geográfica, o regime democrático foi considerado como viável somente na modalidade representativa (Avritzer, 2007; Gomes, 2015; Avritzer, 2016). Nesse sentido, a representação foi justificada como uma fatalidade, uma opção incontornável à qual seria necessário recorrer por não ser mais possível a democracia direta (Lavalle & Vera, 2011; Nelson & Sena, 2019).

Assim, inicialmente a teoria democrática estabeleceu uma associação restrita do conceito de democracia a governos representativos, caracterizados por instituições parlamentares, em que, por meio de processo eleitoral, definiam-se quem são os agentes governamentais autorizados e detentores do monopólio da defesa dos interesses da nação (Gomes, 2015; Avritzer, 2016; Pitkin, 2006).

Contudo, contradições estruturais expressas, entre outras, pela corrupção, pela extensão da pobreza, pela desconfiança dos cidadãos com relação às instituições políticas, pela perda da centralidade dos partidos, pelo recuo das medidas de promoção do estado de bem-estar social e pela ampliação e diversificação das demandas sociais, levaram à desconfiança quanto ao monopólio de representação pelos agentes estatais (Luchmann, 2008; Lavalle, & Vera, 2011; Avritzer, 2016; Shimizu & Moura, 2015).

Esta desconfiança desencadeou um processo de pluralização da representação, levando à ampliação e diversificação dos espaços, das estratégias, das finalidades e dos atores da representação (Luchmann, 2011; Sabione et al 2016; Sabione et al, 2018; Shimizu & Moura, 2015; Rezende & Moreira, 2016).

Para além do espaço parlamentar, redes e movimentos sociais, organizações não governamentais, entidades de advocacy, associações comunitárias e de assistência social e até mesmo personalidades com visibilidade pública passaram a assumir o papel de representantes de interesses individuais e, ou, coletivos revelando múltiplas possibilidades de representação política (Avritzer, 2007; Luchmann, 2011; Almeida & Tatagiba, 2012; Avritzer, 2016).

Nesse universo, os CS emergiram como uma modalidade de representação coletiva por entidades, cujo modelo brasileiro ganhou notoriedade internacional pela forte participação dos movimentos sociais (Avritzer, 2016; Rezende & Moreira, 2016; Bardal, 2020; Lima, 2020).

Para averiguar a legitimidade da representação política nos espaços de representação, dentre os quais se inserem os CS, os especialistas destacam três parâmetros: 1) a representatividade; 2) os mecanismos de *accountability* e; 3) a responsabilização (Pitkin, 2006; Gomes, 2015; Shimizu & Moura, 2015; Rezende & Moreira, 2016).

A representatividade diz respeito à correspondência entre vontade ou interesse do representado e as decisões do representante, devendo essa última agir no interesse dos representados de forma responsiva a eles o que implica, por sua vez, a opção por políticas associadas às sinalizações emitidas pelos representados (Shimizu & Moura, 2015; Rezende & Moreira, 2016; Pitkin, 2006).

Desta forma, para que haja representatividade, é necessário que os representantes conheçam e defendam as preferências e os interesses de seus representados, e os representados detenham acesso a informações e capacidade de processamento para demandar e avaliar a política que atenda a seus interesses.

Entretanto, existem evidências científicas de que estas duas condições são difíceis de serem alcançadas em contextos de desigualdade socioeconômica, de vigência de uma cultura de pós moderna hiperindividualista e descredito em relação aos representantes

governamentais (Siqueira, Cotta & Soares, 2015; Rezende e Moreira, 2016; Sabione et al, 2016, Pereira et al., 2019; Lima, 2020; Bitencourt & Reck, 2020)

Os depoimentos dos conselheiros (RG1, RPS3 e RTS3) corroboram estas análises refletindo a pouca disponibilidade das bases representativas em conhecer e controlar as decisões administrativas, em participar da vida pública e da gestão dos seus interesses. Especificamente, as falas de RTS3 sobre o descaso da população universitária acerca da situação de saúde local corroboram as análises de Barddal & Torres (2020). Segundo as autoras, os setores mais abastados da sociedade ignoram o espaço público de participação social, por não precisar mais dele para alcançar seus interesses particulares (Barddal & Torres, 2020).

Desta forma, embora muitas vezes empregados como sinônimos, os termos representação e representatividade possuem sentidos distintos, sendo possível ocorrer representação destituída de representatividade (Luchmann, 2011; Gomes, 2015; Shimizu & Moura, 2015; Rezende & Moreira, 2016). No contexto estudado, por exemplo, os depoimentos dos conselheiros revelaram a inexistência de articulação entre o conselheiro e as entidades que representam (depoimentos RU4, RU5, RPS3 e RTS3). Este distanciamento ficou igualmente evidenciado nos depoimentos dos conselheiros que optaram por não se pronunciarem (depoimentos de RU5, RU6, RTS1, RTS4 e RPS5).

Rezende e Moreira (2016) em um estudo cujo propósito foi compreender a relação entre representação e participação social, concluíram que os conselheiros das entidades municipais tendem a ter relações mais tênues com suas entidades representativas. Nesta investigação, observou-se que a distância entre a representação e representatividade se mostrou ainda mais acentuada quando havia frágil mobilização, organização e atuação dos segmentos representativos na defesa de seus interesses, evidenciando-se, nesses casos, que os conselheiros representavam a eles mesmos.

Situação similar foi observada por Borba e Luchmann (2010), levando-as a sugerir que o exercício da representação parece ser dinamizado quando o conselheiro está vinculado a organizações que possuam trajetória de atuação política na área e dinâmica interna mais participativa e mobilizadora.

Uma questão que dissocia a representatividade da representação apontada por Dagnino (2002) refere-se ao fato de que a instituição legal dos CS impõe o caráter de obrigatoriedade de participação. Conforme constatado nesta pesquisa, a assunção do mandato por falta de opção ou imposição, ocasionou posturas pouco representativas, como nos casos citados anteriormente da funcionária indicada por um dos prestadores de serviço e das servidoras

trabalhando em regime de contrato temporário (depoimentos de RPS5, RTS1 e RTS4).

Poder-se-ia ainda supor que a representação e a representatividade também estivessem presentes de forma concomitante, se a referência for a noção de representação presuntiva. Esta modalidade de representação apoia-se na ideia de que a sociedade civil representa interesses sociais genuínos e possui racionalidade imparcial em prol do bem comum ou do interesse público (Luchmann, 2008; Barddal & Torres, 2020; Lima, 2020).

Entretanto, Lima (2020) questiona o excesso de idealismo presente nesta prerrogativa que desconsidera o contexto de pluralismos sócio cultural e os conflitos de interesse dele decorrente. Nesta linha de raciocínio Luchman (2011) infere que é necessário reconhecer que a sociedade civil é um segmento heterogêneo, que abarca vários interesses conflitantes e até mesmo antagônicos entre si, o que compromete a sua representatividade. O depoimento do conselheiro que justifica o fato de não se pronunciar para não incorrer em risco de prejudicar os interesses da entidade a qual pertence é ilustrativo dessa sobreposição dos interesses particulares em detrimento de interesses coletivos (depoimento de RU5).

Por outro lado, Urbinati (2006) e Avritzer (2007), tomando como referência os conceitos de representação virtual ou por advocacy, inferem haver circunstâncias em que a defesa dos interesses dos representados independente de uma articulação direta entre representante e representados. Nessa perspectiva teórica, a legitimidade da representação está fundada na qualificação, na afinidade ou na solidariedade do representante em relação aos interesses dos representados (Urbinati, 2006). Entre os conselheiros entrevistados, somente dois relataram ter assumido o mandato voluntariamente, em função de possuírem experiência prévia ou conhecimento mais profundo sobre política, planejamento e gestão em saúde (depoimentos de RTS1 e RPS2).

Há inúmeras evidências científicas de que a participação social, no molde idealizado para o SUS, requer qualificação dos conselheiros representantes dos diferentes segmentos sociais (Siqueira, Cotta & Soares, 2015; Gomes, 2015; Avritzer, 2016; Barddal & Torres, 2020; Shimizu & Moura, 2015).

Nesta perspectiva, os especialistas afirmam ser fundamental que os conselheiros detenham conhecimento acerca dos princípios e diretrizes basilares dos SUS; instrumentos normativos; mecanismos de gestão, financiamento e operacionalização e; instâncias e dos procedimentos de controle social (Siqueira, Cotta & Soares, 2015).

Igualmente, a legitimidade da representação política requer que os conselheiros detenham conhecimento das peculiaridades da realidade em que atuam, de forma a identificar as aspirações e necessidades comunitárias, bem como, os meios e os recursos para satisfazê-

las (Carvalho, 2020; Siqueira, Cotta & Soares, 2015). Ademais, a qualificação amplia o interesse e a capacidade de argumentação dos sujeitos nos processos decisórios, possibilitando definir prioridades sobre ações e serviços de saúde (Shimizu & Moura, 2015).

Os demais parâmetros de avaliação da legitimidade da representação, recorrentemente apontados pelos estudos, referem-se aos mecanismos de *accountability* e responsabilização.

O *accountability* diz respeito à possibilidade de sanção a que está submetido o representante, por meio de mecanismos objetivos e exteriores, caso os resultados de suas ações não sejam satisfatórias para os representados (Angélico, 2012; Gomes, 2015).

O conceito de responsabilização é mais amplo, pois se refere a mecanismos externos de controle dos meios e não apenas dos resultados, constituindo-se em uma garantia prévia do comportamento responsivo, que tem por objetivo assegurar que as políticas adotadas correspondam àquelas escolhidas, e que os comportamentos dos atores correspondam ao esperado (Gomes, 2015).

No modelo parlamentar de representação, o procedimento eleitoral constitui-se no mecanismo claro de controle e sanção dos resultados, mas ineficiente como mecanismo de responsabilização em razão do seu caráter esporádico (Avritzer, 2007; Urbinati, 2006). No que tange às novas modalidades de representação, entre as quais se enquadra a representação conselhistas, os mecanismos *accountability* e responsabilização são diversificados e encontram-se difusos, carecendo ainda de maior aprofundamento teórico quanto a sua avaliação (Avritzer, 2007; Luchmann, 2008; Gomes, 2015).

Diversos fatores ocasionam esse cenário de imprecisão como, por exemplo, a escolha do conselheiro representante ocorrer por mecanismos institucionais variáveis e bem mais flexíveis, que não se apoiam necessariamente na definição precisa do grupo ou base social representada.

No caso dos CS, não raras vezes, os representados encontram-se distribuídos em meio a um universo bem mais amplo do que o da própria entidade a qual o mandato do representante está vinculado, inclusive, podendo esse ser escolhido por um grupo que não inclui todas as entidades ligadas ao tema (Luchmann, 2008, Rezende & Moreira, 2016, Barddal & Torres, 2020). No contexto estudado, por exemplo, o representante dos portadores de patologias foi escolhido entre o grupo dos renais crônicos; deixaram-se à margem da escolha dos representantes os grupos de aidéticos, celíacos etc.

O caso acima ilustrado complexifica sobremaneira a execução de sanções, pois como cabe ao representado a imputação dos mecanismos de *accountability* e responsabilização (Luchmann, 2011), e a flexibilização da base representativa dificulta a identificação e sanções

ao conselheiro representante, quando devido.

Igualmente, a possibilidade de alguns conselheiros se tornarem representantes de forma voluntária, em razão da experiência (RTS1), qualificação profissional (RPS2), e/ou, identidade com o tema ou o grupo (RU5), independentemente de vínculo com as bases, também gera dificuldade na precisão de mecanismos de *accountability* e responsabilização (Luchmann, 2008; Luchmann, 2011, Gomes, 2015).

Diante desta diversificação e flexibilidade nos processos de definição dos representantes políticos no conselho, Lavallo et al. (2006) inferem quanto a necessidade de adoção de critérios indiretos de controle e sanção avaliação sem, entretanto, especificá-los. Gomes (2015) sugere uma abordagem mais substantiva em detrimento de uma abordagem procedimental, típica da representação parlamentar. Almeida & Tatagiba (2012) alertaram para a premência de os conselhos gestores obterem uma audiência pública maior como mecanismo de contrapeso de certas categorias e interesses no seu interior. Em relação a esta última proposta, concorda-se que ampliar a audiência social, extrapolando as fronteiras das disputas travadas no interior do Conselho, pode se constituir em estratégia fundamental para a avaliação e o controle dos segmentos que têm representação no Conselho. Complementando-a, sugere-se que essa audiência social ampliada seja consubstanciada pelo aparato legal que institui formalmente a composição e as atribuições dos CS, instituindo medida normativa, que assegure maior publicização e visibilidade aos conselheiros, suas atribuições e cumprimento das mesmas.

4. Considerações Finais

Os Conselhos de Saúde emergiram como parte integrante de um processo de democratização ainda em curso, com vistas à execução de políticas públicas mais responsivas. A instituição dos Conselhos propiciou uma série de avanços no setor, tais como: o incremento da comunicação entre estado e sociedade civil; a instituição de procedimentos e protocolos obrigatórios de prestação de contas por parte do estado ao CS, maior transparência na gestão dos recursos, entre outros.

Entretanto, os resultados desta pesquisa demonstraram que a prática conselhistas, no contexto de estudo, ainda se distancia dos ideais de representação que justificaram a sua criação, qual seja, a defesa das dos interesses dos diferentes segmentos da sociedade, principalmente, dos grupos e setores historicamente excluídos dos processos de decisão política, primando pelo bem coletivo. Neste sentido, observou-se tanto a defesa de interesses

particulares em detrimento de interesses coletivos, quanto o desconhecimento e/ou omissão das demandas das bases de representação, em função de uma incipiente ou ausente articulação com as mesmas.

Ademais, observou-se que os instrumentos e mecanismos de *accountability* e responsabilização, responsáveis pelas sanções no sistema de tradicional de representação política parlamentar, não se adéquam a realidade dos CS. Tal fato compromete a integralidade da representação política e, por conseguinte, a participação social nos CS.

A opção por uma metodologia que assegurasse uma abordagem contextualizada e apta a identificar as peculiaridades do local de estudo, limitou a possibilidade de generalização das inferências oriundas dos resultados desta pesquisa para a realidade de outros conselhos. Por outro lado, oportunizou o aprofundamento analítico e crítico acerca da noção de representação política disponível na literatura e no marco regulatório brasileiro, evidenciando algumas lacunas. Destarte, o estudo contribui para debate e desenvolvimento do arcabouço analítico necessário para a compreensão do tema.

Referências

Almeida, C., & Tatagiba, L. (2012). Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serviço Social & Sociedade*, 109(1), 68-92.

Angélico, F. (2012). Lei de Acesso à Informação Pública e seus possíveis desdobramentos para a *accountability* democrática no Brasil. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.

Avritzer, L. (2007). Sociedade civil, Instituições Participativas e Representação: da autorização à legitimidade da ação. *Dados*, 50(3), 443-464.

Avritzer, L. (2016). *Impasses da democracia no Brasil*. (1 ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Barddal, F. M. E., & Torres, R. L. (2020). Efetividade da participação cidadã nos conselhos municipais de Curitiba. *Urbe, Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 12(1), 1-15.

Bardin, L. (2000). *Análise do conteúdo*. (1 ed.). Lisboa: Edições.

Bitencourt, C., & Reck, J. R. (2020). Os Desafios do Acesso à Informação e o Controle Social no Estado Pós-Democrático: normalidade ou exceção? *Sequência*, 84(1), 183-204.

Borba, J., & Luchmann, L. H. H. (2010). A representação política nos conselhos gestores de políticas públicas. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 2(2), 229-246.

Brasil (1990). Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.

Carvalho, G. C. M (2007). *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP.

Carvalho, L. J. (2020). O papel da argumentação em processos deliberativos nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24(1), 1-15.

Côrtes, S. V. (2009). Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1626-1633.

Dagnino, E. (2002). Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In Dagnino, E (Ed), *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil* , 279-301. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Demo, P. (2001). *Participação é conquista*. (2a ed.). São Paulo: Cortez.

Duarte, E., & Machado, M. F. A. S. (2012). O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 126-137.

Scorel, S. (2012). *Participação Social*. In Giovanella et al (Eds), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, 853-883. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, E. G. M. (2015). Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. *Cadernos EBAPEBR*, 15(4), 894-909.

Labra, M. E., & Figueiredo, J. S. A. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 537-547.

Lavalle, A. G., Houtzager, P. P., & Castello, G. (2006). Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. *Lua Nova*, 67(1), 49-103.

Lavalle, A. G., & Vera, E. I. (2011). A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova*, 84(1), 353-364.

Lima, J. C. (2020). O papel da argumentação em processos deliberativos nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24(1), 1-15.

Lüchmann, L. H. H. (2007). A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*, 70(1), 139-170.

Luchmann, L. H. H. (2008). Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. *Cadernos CRH*, 21(52), 87-97.

Luchmann, L. H. H. (2011). Associações, participação e representação: combinações e tensões. *Lua Nova*, 84(1), 353-364.

Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento Pesquisa qualitativa em saúde*. (9 ed.). São Paulo: Hucitec.

Muller Neto, J. S., & Artmann, E. (2014). Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 68-78.

Nelson, R. A. R. R., & Sena, K. R. R. (2019). Do estudo quanto a legitimidade da representação democrática em face das manifestações populares realizadas em 2013. *Revista Saberes da Amazônia*, 4(9), 54-89.

Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectiva. In Matta, G.C & Lima, J.C.F (Eds), Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS, 91-122. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV.

Pereira, et al. (2019). O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência Saúde Coletiva*, 24(5), 1767-1776.

Pitkin, H. F. (2006). Representação: palavras, instituições e idéias. *Lua Nova*, 67(1), 15-47.

Rezende, R. B, & Moreira, M. R. (2016). Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(5), 1409-1420.

Sabioni, M., Ferreira, M. A. M., Braga, M. J., Almeida, F. M. (2016). Contextos (in)adequados para o engajamento cidadão no controle social. *Revista de Administração Pública*, 50(3), 477-500.

Sabioni, M., Ferreira, M. A. M., Reis, A. O. (2018). Racionalidades na motivação para a participação cidadã no controle social: uma experiência local brasileira. *Cadernos EBAPEBR*, (16)1, 81-100.

Shimizu, H. E., Moura, L. M. (2015). As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*, (24)4, 1180-1192.

Siqueira, R. L, Cotta, R. M. M., & Soares, J. B. (2015). Conhecimentos estratégicos para a participação social no Sistema Único de Saúde. *Mundo da Saúde*, 39(1), 32-42.

Tatagiba, L. (2005). Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Revista de Sociologia e Política*, 25(1), 209-213.

Urbinati, N. (2006). O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, 67(1), 191-228.

Yin, R. K. (2010). Estudo de caso: planejamento e métodos. (4a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Yin, R. K. (2016). Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim. Porto Alegre: Penso.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Renata Lopes de Siqueira – 40%

Jeferson Boechat Soares – 20%

Pedro Siqueira Cruz – 10%

Izabela Maria Montezano de Carvalho – 10%

Rosângela Minardi Mitre Cotta – 20%