

IV – Saúde e Sociedade

PARTICIPAÇÃO DE MULHERES NA SAÚDE PÚBLICA: NARRATIVAS DE CONSELHEIRAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE¹

*WOMEN'S PARTICIPATION IN PUBLIC HEALTH: NARRATIVES OF
MUNICIPAL HEALTH COUNSELOR OF BELO HORIZONTE*

Gislaine Alves de Souza, Luciana Kind, Fernanda Guedes Lopes e Letícia Gonçalves
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

RESUMO

Este artigo apresenta uma pesquisa que teve por objetivo compreender a participação de mulheres nas políticas públicas de saúde, a partir da história oral de conselheiras de saúde de Belo Horizonte. O foco da pesquisa foi a experiência de participação social de mulheres frente aos processos decisórios no âmbito da saúde. Como estratégias metodológicas, além da revisão de literatura sobre a participação de mulheres em lutas por saúde, foram realizadas entrevistas, com base nas contribuições da história oral. Oito conselheiras municipais de saúde foram envolvidas no estudo. As entrevistas com as conselheiras foram realizadas em dois momentos específicos. No primeiro, trabalhou-se com entrevistas não estruturadas, privilegiando-se um formato mais livre de narração de histórias pessoais. No segundo momento, foi realizada uma nova entrevista com cada conselheira, produzindo-se um efeito de devolução parcial dos dados para as entrevistadas. A participação social, como narrada pelas mulheres entrevistadas, se engendra em suas trajetórias de vida, revelando processos de singularização da experiência de participação, mas simultaneamente, permitindo compreender seus posicionamentos diante do SUS e do CMS-BH. Os dados expõem as ambiguidades e potencialidades do conselho como espaço de mobilização pela saúde, mas também como modo de subjetivação e de construção de cidadania.

Palavras-chave: Saúde pública; Mulheres; Participação Social; Conselheiras de Saúde; História oral.

ABSTRACT

This paper presents a research that aimed to understand women's participation in public health policy, through oral history interviews with health of Belo Horizonte. The focus of the research was women's experience of social participation facing the decision-making processes in health. As methodological strategies, besides reviewing the literature on women's participation in struggles for health, interviews were conducted, based on the contributions of oral history. Eight health counselors were involved in the study. The interviews with the counselors were held in two specific moments. At first, we worked with unstructured interviews, favoring an open mode of storytelling. In the second moment, a new interview with each counselor was performed, producing an effect of partial return of data to the interviewees. Social participation, as narrated by the women interviewed is engendered in their life histories, revealing the singular processes of the experience of participation, but at

¹ A pesquisa aqui relatada foi desenvolvida por meio do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROBIC), da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), contando com bolsa de iniciação científica da Fundação de Amparo e Incentivo à Pesquisa (FAPEMIG).

the same time, allowing us to understand their positions on the National Health System and the municipal health council. The data expose the ambiguities and potentialities of the council as a space for mobilization for health, but also as a mode of subjectivity and citizenship building.

Keywords: Public health; women; Social participation; Health councilors; Oral history.

Recebido em 06/01/2015. Aceito em 10/01/2015. Publicado em 14/01/2015.

INTRODUÇÃO

A participação de mulheres na cena política da saúde, com diferentes pautas reivindicatórias, é alimentada desde os anos 1960, com as mais diversificadas características (Valladares *et al.*, 1987; Arruda, 1991; Bógus, 1998; Oliveira, 2007; Oliveira *et al.*, 2008). Este artigo apresenta uma pesquisa que teve por objetivo compreender a participação de mulheres nas políticas públicas de saúde, a partir da história oral de conselheiras de saúde de Belo Horizonte. O foco da pesquisa foi a trajetória de participação social de mulheres frente aos processos decisórios no âmbito da saúde. As principais questões que nortearam o estudo foram: qual é o papel das mulheres na construção de espaços decisórios das políticas de saúde? Como, em suas trajetórias de vida, elas iniciam e se estabelecem em contextos participativos no campo da saúde? De que maneira dão significado à sua participação política?

Ribeiro (2010) anuncia que, comumente, a arena pública é destinada ao masculino, ficando a mulher restrita ao espaço doméstico. Entretanto, há processual ruptura nesse cenário, pois, embora os homens permaneçam sendo maioria nos cargos eletivos, as mulheres já são maioria em algumas arenas de participação política, sobretudo nos movimentos sociais. Apesar disso, continuam a ser reproduzidas desigualdades de gênero, pois as posições de poder decisório continuam a ser ocupadas majoritariamente pelos homens. De acordo com a autora, desde o século XX as mulheres se organizaram em prol de seus direitos políticos, sendo protagonistas na luta pelas necessidades básicas na mobilização comunitária e, na década de 80, levantaram a bandeira da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) decorreu da grande participação popular, sendo um inequívoco marco histórico de construção democrática que propiciou grandes mudanças para a saúde no Brasil. Nessa Conferência, explica Costa (2009), houve uma expressiva participação das mulheres, em distintos segmentos populacionais organizados. Na 8ª CNS, foram defendidas mudanças profundas no sistema de saúde brasileiro, subsidiando a

criação posterior do Sistema Único de Saúde (SUS). Costa (2009) acentua que foram reconhecidas as especificidades da saúde da mulher, aprovando-se, dentre as resoluções da conferência, a imediata convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Mas a participação de mulheres em diversificados movimentos sociais tem nas pautas que se desenrolam, sob a égide de “saúde da mulher”, apenas uma de suas muitas expressões.

Aquela conferência reverberou processos anteriores de participação de mulheres, em mobilizações diversificadas. Com enfoques diferentes, Bógus (1998), Oliveira (2007) e Palma (2013), analisam a participação das mulheres na construção do Movimento da Zona Leste de São Paulo. A formação política do “clube de mães” se fez numa imbricada rede de relações entre atores diversificados – moradoras da região, movimentos feministas, as Comunidades Eclesiais de Base, estudantes de medicina e trabalhadores de saúde –, proporcionando, nas lutas locais, o “aprendizado para a negociação com as autoridades, representantes do Estado.”

Em discussão que também assinala a relevância da mobilização de mulheres em torno de questões de saúde no Brasil, Arruda (1990) avalia que o mérito da democratização da saúde pertence às mulheres, pois foram elas que levaram adiante a abertura do debate da saúde com a população e estavam presentes na criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e da Comissão Saúde e Direitos da Mulher.

Gonçalves (2008) assinala que a participação social de mulheres possibilita a prática e o exercício do poder para cada uma delas. De acordo com a autora, as militâncias feministas buscam, além das reformas legais, condições de vida e uma democracia igualitária que possibilite às mulheres o exercício de seus direitos, seja na tomada de decisões políticas, econômicas ou sociais. Pontua também que a inclusão de mulheres nas decisões ocasiona uma representação mais diversificada da sociedade e engloba uma maior quantidade de interesses. Em direção semelhante, Oliveira e colaboradoras (2008, p.199) apostam na articulação entre democracia e gênero com categorias de análise, uma vez que “ambas apontam para a liberdade e igualdade nas relações sociais e na busca pela garantia de direitos.”

Ressalta-se que as práticas discursivas que conformaram a participação em saúde no Brasil se desdobram no uso estratégico de adjetivos para qualificá-la (Kind *et al.*, 2012). O uso de adjetivos ao lado do termo participação – como popular, social, política ou da comunidade –, mostram a dimensão processual das transformações nas lutas em saúde durante o longo período de abertura política no país após a ditadura militar (Stralen, 1996; Kind *et al.*, 2012).

As discussões sobre participação nesse contexto nos auxiliam a compreender que as reformulações na saúde não são resultado direto da 8ª CNS, como alerta Stralen (2005). Entendemos que se trata de um processo de intensa discussão, mobilização e tensões, que culmina com a legitimação da participação social, sendo os Conselhos de Saúde, um dos espaços formais para sua expressão. A Lei nº 8.142, de 1990, institucionaliza a participação social, delimitando as Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias de participação. Como previsto na lei, o Conselho de Saúde “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde” (Brasil, 1990, s/p).

Antes dos anos 1970, os Conselhos e Conferências eram espaços de deliberação para gestores e técnicos. O Conselho passou a incluir a participação da comunidade, como argumentam alguns autores, com os movimentos de saúde da Zona Leste de São Paulo, com um nível de organização local que contou com a liderança de mulheres, como exposto anteriormente. Com o acesso ao decreto estadual que dizia da autorização da composição dos Conselhos Comunitários frente aos Centros de Saúde, as mulheres instituíram o Conselho de Saúde em 1979, para fiscalizar o funcionamento do Centro de Saúde da região em que moravam (Somarriba, 1988; Bógus; 1998; Oliveira; 2007; Palma, 2013).

Em Belo Horizonte, o Conselho Municipal de Saúde foi resultado de um movimento inverso, pois a população não demonstrava interesse em participar das ações das políticas de saúde e a própria Secretaria Municipal de Saúde incentivou a constituição dos Conselhos e Comissões de Saúde (Somarriba, 1988; Souza, 2011). De qualquer modo, como veremos adiante nas trajetórias narradas por conselheiras municipais de saúde com longa participação nessa instância, a experiência participativa reverbera na vida dessas mulheres, atualizando-se como modos de mobilização política em seu cotidiano.

As contribuições das teorias feministas nesses cenários de formação política de mulheres merece nossa atenção. A heterogeneidade das “diferentes categorias de mulheres”, como expõe Brah (2006), coloca em cena articulações distintas, historicamente contingentes, que se apresentam como “campos de contestação”. Em diálogo com discussões sobre interseccionalidades – entre raça, gênero e classe, principalmente –, a autora nos convida a situar diferenças e articulações específicas como experiências subjetivas e modos de mobilização política. Brah recupera de Scott (1992) a noção de experiência como espaço coletivo, relacional, de constituição de subjetividades. Acompanhando os argumentos de Scott (1992) e a leitura que Brah (2006) apresenta, experiência é tomada como um conjunto de práticas discursivas de constituição de subjetividades, histórica e socialmente construídas.

É para a experiência de conselheiras de saúde do município de Belo Horizonte que este trabalho se volta, em seu movimento político de se constituírem sujeitos no “uso da palavra pública”, expressão esquadrinhada por Perrot (2005). Nas palavras da historiadora, o uso da palavra pública “é símbolo do poder e forma o acesso à esfera pública da qual as mulheres são excluídas, segundo consta, devido à sua voz fraca, rouca, aguda e sua incontinência verbal” (Perrot, 2005, p.326). Nos interstícios do silêncio da história sobre a palavra pública das mulheres, Perrot (2005, p.323) vê no feminismo a “tomada de palavra e vontade de representação”.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa teve contorno qualitativo, envolvendo estratégia metodológica, além da revisão de literatura sobre a participação de mulheres em lutas por saúde, a realização de entrevistas com base nas contribuições da história oral. Patai (2010) afirma que a história oral é uma metodologia qualitativa, que, embora não possua uma demarcação precisa, constituindo-se por um narrador, um entrevistador e pelo registro, tendo por objetivo captar a memória coletiva e a subjetividade individual. Patai (2010) e Portelli (2010) concordam que essa metodologia envolve o tempo, a memória e exige uma postura ética que não se limita às deontologias, já que a história oral é um recurso político que possibilita colocar em cena as subjetividades. Por se tratar de uma inspiração metodológica embasada nos escritos de Alessandro Portelli (1996; 2010), trabalhamos com as entrevistas como fontes orais fundamentadas nos significados da memória e da subjetividade, sem a preocupação de preencher lacunas históricas. Portelli (2010) afirma que a história oral é constituída por relações, nas quais as questões políticas são imprescindíveis. A fonte da história oral são pessoas e o ato de recordar irrompe também da interpretação dessas pessoas. Mais do que uma interferência, a subjetividade é uma riqueza da memória e das fontes orais, argumenta Portelli (1996).

A pesquisa foi submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC Minas e da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, observando-se os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização das entrevistas, todas as conselheiras de saúde efetivas do município, do biênio 2010-2011, foram convidadas. Uma conselheira da gestão anterior (2008-2009) manifestou interesse em participar da pesquisa e foi acolhida no estudo. O objetivo das

entrevistas era conhecer, por meio das histórias orais das conselheiras, sua experiência na prática de saúde pública e na mobilização social.

Em agosto de 2010, a pesquisa foi apresentada à mesa diretora da gestão de 2010-2012, que optou por não disponibilizar os contatos das conselheiras, indicando a necessidade de apresentação do projeto na Plenária de Mulheres. Na apresentação à Plenária de Mulheres, foi distribuída uma carta convite a todas as conselheiras presentes. Oito conselheiras aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas com as conselheiras foram realizadas em dois momentos específicos. No primeiro, trabalhou-se com entrevistas não estruturadas, privilegiando-se um formato mais livre de narração de histórias pessoais. As conselheiras eram solicitadas a contarem livremente suas respectivas histórias sobre como se tornaram conselheiras de saúde. As entrevistas foram transcritas e submetidas a leituras sucessivas, como exercício analítico inicial. Nesse momento da análise, foram formuladas questões estratégicas para aprofundamento das narrativas com cada uma das mulheres envolvidas na pesquisa. No segundo momento, foi realizada uma nova entrevista com cada conselheira. Os textos gerados pela transcrição e um trecho da entrevista em versos, por inspiração em Patai (2010), foram entregues para apreciação das entrevistadas na ocasião da segunda entrevista, que também foi gravada, transcrita e analisada. Esse momento teve um efeito de devolução parcial dos dados para as entrevistadas.

Os trabalhos de Portelli (1996; 2010) e de Patai (2010) têm orientado o tratamento de dados em história oral. Patai (2010) salienta o cuidado na transformação da palavra falada em escrita, apresentando a textualização de narrativas em formato literário e poético, o que convoca leitores e leitoras a uma postura mais ativa ao associar a literatura com as narrativas pessoais. Dentre os procedimentos de análise, foram desenvolvidas as seguintes estratégias, incluindo-se os registros das duas entrevistas: a) elaboração de um resumo das trajetórias de cada conselheira, enfatizando-se sua relação com o exercício participativo; b) localização de palavras destacadas pelas próprias conselheiras ao narrarem suas histórias, como características que as definem; c) retranscrição versificada de trechos das entrevistas, como peça para devolução entre a primeira e segunda entrevistas; d) identificação de experiências singulares e coletivas sobre participação política nas histórias narradas. No presente artigo, serão apresentados e discutidos fragmentos das histórias, explorando-se alguns dos elementos centrais das experiências das conselheiras entrevistadas em sua experiência de participação no

campo da saúde. Os nomes mencionados são fictícios e foram escolhidos pelas próprias conselheiras. O Quadro 1 organiza algumas informações gerais sobre as entrevistadas.

Quadro 1: Caracterização das entrevistadas e trajetórias de participação em saúde.
Table 1: Characterization of the interviewees and participation in health trajectories.

Nome	Idade	Características da trajetória de participação
Antonieta	39 anos	Participa efetivamente na saúde há aproximadamente dez anos, mas sua trajetória como conselheira se formalizou nos últimos sete. Sua participação política passou por Comissão Local de Saúde, Conselho Distrital e Conselho Municipal de Saúde (CMS).
Bárbara	48 anos	A trajetória na militância teve início na igreja católica. Narra participação em outros movimentos sociais. Sua entrada específica em movimentos de luta pela saúde foi motivada após a descoberta de uma doença séria, após muitos anos de desconhecimento.
Débora	70 anos	É técnica de enfermagem aposentada e Conselheira Municipal de Saúde de Belo Horizonte representando o segmento dos trabalhadores por duas gestões. Diz que no início era muito tímida e aos poucos foi aprendendo a se posicionar.
Fênix	38 anos	Atua em um sindicato e diz que se aproximou da militância como uma forma de fazer justiça. Foi eleita Conselheira Municipal de Saúde de Belo Horizonte em agosto de 2010, sua primeira participação nessa instância.
Helena	41 anos	Iniciou suas atividades na militância há oito anos atrás. Inseriu-se na militância em uma Organização Não-governamental direcionada a uma patologia específica. Por meio desta militância foi convidada a se candidatar a Conselheira Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
Laura	47 anos	Atua em um hospital, como psicóloga, onde participou de reivindicações por remédios e tratamentos. Atualmente está no segundo mandato no CMS, com dois anos de experiência. Afirma que seu trabalho de mobilização social não se resume ao Conselho, é uma trajetória de vinte e dois anos.
Rita	55 anos	Iniciou suas ações na militância a partir do momento em que se deparou com as dificuldades em ter acesso à saúde pública. Participa ativamente do CMS de Belo Horizonte há quinze anos, representando o segmento de usuários. Tem ampla experiência como presidente de um dos Conselhos Distritais de Saúde deste município e há doze anos atua no Conselho de Saúde de um grande hospital.
Vera	66 anos	Quando se aposentou abraçou as questões de saúde. Através de trabalho como voluntária em uma associação, Vera foi indicada para ser conselheira no CMS, representando os usuários. Está no terceiro mandato nesse conselho. É também atualmente conselheira de dois hospitais.

Como se lê no Quadro 1, seis das oito entrevistadas representam os segmentos vinculados a entidades de usuários/as. Apenas Débora e Laura têm trajetórias de representação no segmento de trabalhadores/as. Não foram entrevistadas mulheres que ocuparam cadeiras no CMS-BH como representantes do segmento de gestores. Apresentam-se, na sequência, eixos de organização e discussão dos dados que nos auxiliam a acompanhar a experiência de mobilização política das conselheiras, que enfatizam a trajetória de inserção das mulheres no CMS-BH, as desigualdades de gênero experienciadas no processo participativo e o modo como registram o Conselho como espaço participativo, fundamental à efetivação do SUS.

A INSERÇÃO NO CONSELHO

Existem semelhanças quanto ao papel político das conselheiras enquanto representantes da população. Há também diferenças, pois a atuação dessas mulheres é atravessada pelas particularidades do percurso singular que fizeram na mobilização. A maioria das entrevistadas tem um interesse de lutar pelo SUS como um patrimônio público e como algo importante para a sociedade. Algumas delas relacionam características pessoais com o fato de serem conselheiras municipais de saúde, listando atributos que levariam a uma “postura participativa”.

De acordo com as histórias das conselheiras, podemos perceber que o acesso dessas mulheres ao Conselho Municipal de Saúde é comumente deflagrado por problemas pessoais ou familiares relacionados a adoecimentos graves, na busca por conhecerem mais sobre a saúde pública, como se evidencia em recortes das histórias narradas por Rita, Bárbara e Antonieta. Rita expõe que se interessou pela saúde devido à doença de uma filha, no final dos anos 1980, quando estava efervescente a construção da saúde como direito de todos os cidadãos. A busca por condições de assistência leva ao conhecimento do sistema de saúde, como um todo:

Sou mãe de três filhas e por isso me tornei conselheira [...] minha filha possuía uma doença rara e precisou ficar internada por oito anos, foi quando comecei a procurar a saúde pública. E devido [a] esse caso da minha filha eu comecei a conhecer os Conselhos, Conferências e [a] participar. Foi aonde que eu fui a primeira vez no Conselho Municipal, em 96, para entender como era o Conselho... (Rita).

Bárbara relata que seu contato com a saúde teve início a partir da descoberta de uma doença séria.

Trabalhei um ano no correio e aí tive um problema de saúde seríssimo. Eu não sabia que eu tinha doença de chagas, e através disso que eu cheguei. Eu já tava tão mal... [...] Se eu não tivesse um tratamento, eu acho que nem taria aqui mais. Aí o seguinte, foi aonde também que me levou a dedicar tanto à saúde, a procurar saber mais, procurar os meus direitos... (Bárbara).

Antonieta narra que conheceu o CMS quando buscou resposta para um tratamento especializado que precisava, devido a um tumor:

Eu tinha um problema de saúde. [Era] usuária da unidade de saúde, de onde eu moro [...] e neste momento eu precisava de uma consulta especializada e falei: “poxa, vamos lá, né, entender porque esta consulta não sai, o que está acontecendo.” E aí vi que a coisa é muito complexa, porque você precisa de dois anos para uma consulta sair. “O quê que está acontecendo?” Eu estava lá com um tumor, eu precisava saber por que ele

crescia há meses... “E então daqui há dois anos eu já morri...” E fui conhecer depois destes questionamentos algumas pessoas na unidade que falou... “Antonieta tem um conselho de saúde, vai lá...” E aí eu fui saber... “Gente... mas porque que demora tanto? Porque não tem a resposta?” e aí... “Vamos ser conselheira, vamos brigar junto...” E aí no conselho de saúde foi o qual eu descobri muita coisa... eu entendi muita sobre o sistema do SUS... (Antonieta).

Algumas entrevistadas falam que sentiram a necessidade de conhecer melhor o Sistema Único de Saúde devido às dificuldades de acesso que enfrentavam. O acesso da população em geral, nesses casos, torna-se pauta de reivindicação em sua atuação como conselheiras. Em suas práticas emerge o reconhecimento de motivações pessoais, que acabam por se converter em reposicionamento político. Quando Rita diz “*meu interesse ali era defender o SUS, defender o Controle Social, não só para mim, mas para o coletivo*”, revela-se o caráter simultaneamente individual e coletivo de seu envolvimento. Nessa mesma vertente, uma entrevistada afirma:

Sou usuária do SUS, preciso do SUS para medicações, então, assim eu defendo, [...] defendo o SUS porque eu preciso dele, eu acredito que sem ele eu perco a qualidade de vida [...] Essa política que o SUS oferece, ela tem que dar certo porque eu preciso que dê certo (Antonieta).

Laura já participara de atividades em uma ONG de atenção a pessoas com HIV/aids, mas foi mais recente sua participação como conselheira de saúde. Em suas palavras, essa inserção se deu de “*tanto ouvir meus pacientes falarem das dificuldades, de como que é atender no SUS, resolvi conhecer [o CMS].*” (Laura). De modo semelhante, Fênix, associa a vinculação ao sindicato e sua inserção no Conselho Municipal de Saúde a uma vontade particular de ajudar as pessoas, como evidencia no trecho:

Eu sempre achei que eu tinha que ser justiceira. Eu acho que [por] falta de ter uma estabilidade eu sempre me achei vítima da injustiça. [...] Era tanto que, antes, as pessoas faziam o que queriam comigo. As empresas faziam o que queriam, que eu era boba. E quando eu acordei pra vida mesmo, eu falei “Gente... eu sou uma injustiçada...” E decidi que eu não ia aceitar isso nem comigo e nem com ninguém e se eu visse com qualquer pessoa, sei lá, eu sempre tive impulso de tomar as dores de outra pessoa (Fênix).

As histórias compartilhadas pelas conselheiras revelam desafios na gestão participativa do SUS, mas que ativam a mobilização política: o desconhecimento da população sobre a oferta de serviços públicos de saúde. Para usufruir da assistência oferecida pelo sistema, a população enfrenta diversos obstáculos, encontrando deficiências no sistema ou inabilidade dos próprios trabalhadores. Ferreira Neto e Araújo (2013) argumentam que, a

despeito das limitações e obstáculos que emergem em diferentes propostas recentes de políticas de saúde que reiteram a gestão participativa no SUS, é inequívoca a transformação política dos sujeitos que aí se engajam. Os desafios pessoais que motivam a participação social, como narram as entrevistadas, são ressignificados. O conhecimento que passam a ter sobre o sistema é um ponto importante para a continuidade do exercício participativo.

CONSELHEIRA: ENTRE “SER MULHER” E “FAZER POLÍTICA”

Cientes das funções que ocupam, todas as entrevistadas narram a importância do controle social para efetivação da política de saúde. As entrevistadas valorizam o papel político que exercem e se afirmam como importantes protagonistas na história do SUS, como sintetiza Antonieta:

O conselheiro possui relevância pública [...] Quando você está no controle social existe um perigo muito grande, porque o controle social delega poder [...] e essa palavra é muito perigosa. Hoje nada acontece no Sistema Único de Saúde sem aprovação do conselho. [...] (Antonieta).

Em alguns momentos, as conselheiras expõem suas ações como algo “característico das mulheres”, por serem “cuidadoras”, “lutadoras”, “mães” e “intensas”. As conselheiras expressam que existe correlação entre suas características pessoais e o fato de serem conselheiras. Rita diz que se preocupa com o coletivo, que ser conselheira é sua paixão e que lutar pelos direitos de todos é sua vida. Antonieta e Helena também afirmam ser apaixonadas pela saúde pública. Antonieta identifica-se como conselheira, afirmando que, para ser feliz, “precisa se doar”. “Ser perseverante” (Helena) e “ajudar” (Vera) também são posições que permeiam o modo de narrar as atribuições de uma “mulher-conselheira”. Já Fênix se vê como “boa de conversação”, habilidade que valoriza como forma de fazer política:

Então eu não sou daquele negócio de Hitler, de brigar, aquela coisa toda, não. Eu sou mais na boa conversa e eu acho que todo mundo ganha tudo na boa conversa, na política. Se você tiver uma boa ideia, uma boa conversação, você consegue convencer qualquer pessoa de qualquer coisa. (Fênix).

Não é incomum que se incorpore, no plano interdiscursivo, modos naturalizados de se narrarem como mulheres. A desnaturalização do cuidado, amor, doação como características inerentemente femininas é um desafio para as mulheres, especialmente em situações, como as narradas nesta pesquisa, em que a própria militância é marcada como um acontecimento de “abnegação materna”. Em uma pesquisa-ação que investigava a condição de mulheres

militantes em contextos rurais, Cardoso e Werba (2013) também acenam para as ambivalências das posições “mulher” e “militante”, como ponto de reflexão.

Riessman (2008), nas considerações sobre análise dialógico-performativa de narrativas, ajuda-nos a pensar que as marcas da naturalização de estereótipos de gênero são reproduzidas tanto por homens, quanto por mulheres, evidenciando-se na apropriação de ideias e valores não percebidos como marcas de opressão. Por outra via de discussão, Mayorga (2014) convoca a crítica feminista para o desafio de desmontagem dos diversos sistemas de poder que mantêm relações sociais desiguais. Apesar dos elementos interdiscursivos que nos deixam entrever as marcas de desigualdade do sistema sexo-gênero, as conselheiras observam o efeito da sua participação nos cenários da saúde, como “personagens principais” na cena participativa.

Se você participar hoje de uma reunião de conselho local prevalece[m] as mulheres, no conselho municipal, as mulheres, né, porque elas é que são assim personagens principais do sistema no controle social. (Antonietta)

Sempre a mulher tá ali, né, presente em tudo. Desde que eu comecei a militar, que foi em 88, que sempre a mulher tá presente em todos os movimentos, e às vezes ela tá mais à frente que o próprio homem. (Débora)

Bárbara acredita que as mulheres possuem mais potencial para transmitir os conhecimentos adquiridos no Conselho de Saúde, e que não fazem questão de mantê-lo para si.

O papel da mulher aqui no conselho é fundamental, né? Aqui ela aprende muita coisa e ela passa pra frente muita coisa. Ensina umas às outras lá na base [...]. Aí, então eu acho muito importante, sabe? A função da mulher aqui no conselho (Bárbara).

As entrevistadas argumentam sobre o potencial da mulher nos processos decisórios, conforme se acompanha nos fragmentos das entrevistas com Helena, Rita e Vera.

A mulher, apesar dela usar muito a emoção, ela consegue também fazer uma coisa de forma profissional e técnica [...] a gente consegue estar equilibrando, né, que a gente consegue, a gente precisa ter esse lado técnico, esse lado passional para estar entendendo e propondo mudanças e a gente vai pela emoção também por ser mãe, por ser filha, né, por ser esposa, por ser companheira. E a gente consegue ter esse equilíbrio aí e fazer a diferença e construir as vezes propostas de mudanças de política que surtem efeito [...] porque a gente, a de perseverança porque a gente quando coloca uma coisa na cabeça vai até o final, e vai, enquanto não sai, pelo menos assim... pode não sair na íntegra o que a gente quer, mas sai alguma coisa, pelo menos assim... a gente conseguiu alguma coisa. Então essa ação mesmo constante, essa perseverança, eu acho que, eu percebo em

várias mulheres, de não desistirem com o primeiro não, é uma teimosia até, uma teimosia. (Helena)

Nós mulheres, nós fomos criadas para pensar duas, três vezes a mesma coisa, é, várias coisas. E o homem não, quando ele tá pensando só uma coisa ele não consegue fazer outra. Então nós mulheres já estamos preparadas para isso. (Rita)

Eu acho que a mulher, ela não é pra ser, ela é uma dona de casa, uma mãe, mas também defende uma sociedade que depende dela. E a mulher tem mais garra, eu não estou desfazendo dos homens não, mas a mulher tem mais garra, a mulher quando ela pega uma coisa ela vai em frente. E a saúde, pelo menos que eu tenho mais conhecimento, tem mais conselheiras que conselheiros [...] A mulher está presente o tempo todo nas palestras, o homem não, ele sai para pegar um café, sai pra... Então eu acho que a mulher, ela aos poucos, ela está tomando o lugar que ela devia de ter. [...] Porque nós mulheres enxergamos quilômetros e quilômetros à nossa frente. Nós temos mais carisma, nós temos mais atitude, nós observamos mais as coisas, nós levamos mais sério. Então, eu acho que isso (Vera).

Os fragmentos citados vão ao encontro do argumento de Valladares e colaboradores (1987), quando destacam o papel da mulher como agente de saúde principal ou como multiplicadora e condicionadora da saúde. Nesse caso, cabe-nos identificar os estereótipos de gênero que perpassam a atuação das conselheiras, bem como desnaturalizar os sistemas de opressão.

Os estereótipos de gênero são observados na fala das entrevistadas. Fênix, por exemplo, afirma acreditar muito no potencial da mulher, reconhece sua força e o quanto a contribuiu na saúde coletiva. A conselheira acredita que a mulher deve estar à frente de muitas coisas e lutar pelos seus ideais, porém, não devem deixar suas casas, filhos e maridos em segundo plano. Nesse sentido, embora reconheça o potencial da mulher nos espaços públicos, defende ou até condiciona essa atuação à presença no espaço privado, em primeira instância.

Helena percebe um papel diferenciado na condição de ser mulher, afirmando que isso a caracteriza como cuidadora, que sabe cuidar e ser cuidada, que é capaz de cuidar do mundo e de si mesma, que, além da razão, a mulher deve saber usar a emoção. Helena milita contra o estigma para diminuir o preconceito e em prol das questões de gênero. Entretanto, como é comum não somente em relação às mulheres, possui uma visão interiorizada e essencialista, potencializada na expressão “ser mulher”. Desnaturalizar narrativas como essas, que reiteram posições subjetivas essencialistas e universalizantes para as mulheres, é um dos desafios dos espaços de militância, como observado por Carvalhaes e Teixeira Filho (2012), em outro contexto participativo.

Laura percebe a diferença de tratamento entre conselheiros e conselheiras, indicando que os homens esperam que as mulheres estejam ali para servi-los e/ou secretariá-los:

Eu já cheguei... “Laura você faz a ata pra gente?” Ai eu falei: “Só porque eu sou a única mulher?” Então, você tem que tá atenta o tempo todo. A gente tá naquele lugar de servir, de cuidar, de organizar, não pra você estar na frente, mas nos bastidores, segurando tudo. É muito sutil isso também, e é uma coisa que você vê... (Laura).

A mirada crítica que se observa em Laura se alinha às considerações feitas por Ribeiro (2010). A autora afirma que há, nos conselhos, uma reprodução das desigualdades de gênero, existindo, para as mulheres, principalmente do segmento de usuárias, dificuldades de se apropriarem da atividade política.

Bárbara diz estar surpresa com o funcionamento do conselho, uma vez que acreditava ser diferente quando via de fora. Hoje, percebe que existem muitos interesses pessoais que prevalecem, muito jogo de poder e vaidade. Além disso, existem muitos homens machistas no conselho, que muitas vezes tentam oprimir ou silenciar as mulheres.

Aqui tem muito homem machista, nossa senhora! Tem uns homens insuportáveis, sabe? Eles acham que só eles que sabem de tudo, sabe? Eles querem ficar na frente da gente, sabe? Tem muito homem bacana, sabe? Tem muito homem bacana, inteligente (Bárbara).

No trabalho realizado objetivando compreender as relações de gênero nos conselhos municipais de saúde, Ribeiro (2010) observou que, em Belo Horizonte, embora haja aparentemente uma paridade entre a quantidade de conselheiros e conselheiras, o maior número de falas nas reuniões é de usuários homens. Ainda, as mulheres que tomam mais frequentemente a palavra não são usuárias e sim representantes dos segmentos de trabalhadores e de gestores. Desse modo, as mulheres que se expressam têm outras possibilidades de articulação em sistemas de poder (classe, por exemplo) que se sobrepõem ao sistema sexo-gênero. A autora denuncia: “ou seja, quando se trata da participação feminina, os conselhos não correspondem às expectativas da sua criação de dar voz aos diretamente atingidos pelas políticas, e que, historicamente, estiveram distantes dos processos de tomada de decisão” (RIBEIRO, 2010, p.236).

No que tange à ocupação dos espaços de poder e decisão, Ribeiro (2010) expressa que, no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a presidência é ocupada, na maior parte do tempo, por homens, embora as mulheres, representantes do segmento de trabalhadores, cheguem a assumir o cargo por um tempo inferior. De modo geral, a autora expressa que os conselhos não se interessam pela inclusão das mulheres.

Manifestando seu incômodo com o tema da posição desigual entre mulheres e homens, Débora afirma que ainda existem diferenças dentro do Conselho:

Eu não gosto muito de falar sobre isso não sabe, porque é coisa particular deles, né. Mas tem muitos, a maioria, vem pra ter poder. Tem conselheiro muito consciente, mas tem alguns conselheiros que veio só pra fazer carreira política, atitudes que a gente não concorda. (Débora)

O CONSELHO DE SAÚDE: ENTRE A POTÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO E ESVAZIAMENTO POLÍTICO

As entrevistadas afirmam que participação social no SUS não ocorre como antigamente e que há uma falta de interesse da sociedade em participar das ações:

As pessoas estão mais cansadas, céticas, estão mais desmotivadas, elas não querem mais é comprar briga. [...] Espero muito que a gente consiga descobrir uma fórmula, um jeito de provocar essas pessoas (Antonietta).

Eu e minha suplente fomos as únicas que entraram com a documentação, portanto, não será necessário realizar uma eleição para este segmento. Isso me preocupa bastante, porque temos vários movimentos, várias representações de mulheres, e ninguém se interessou em estar inserindo no Conselho de Saúde (Helena).

O registro da própria experiência leva algumas entrevistadas a imprimirem um tom avaliativo do Conselho. Rita e Helena marcam a atualidade dessa instância como um momento de esvaziamento político. Um “antes” e um “hoje” são compostos nos fragmentos de entrevistas que se seguem:

Eu acho que o nosso conselho de Belo Horizonte tá muito desarticulado, sabe? Eu participei de um fórum [...] estava eu e mais dois conselheiros e mais ninguém, e o conselho de Betim. Foi um ônibus, levaram as pessoas, né? Um ofício, com as propostas que eles já tiraram. Aí ontem eu falei na plenária, gente faltou isso, um momento importante do legislativo em parceria, e nós aqui ficamos comendo mosca e não levamos. E aí foram poucas manifestações [...] Aí ontem eu dei um toque no conselho porque a gente precisa fazer, tá articulando mais, aproveitando esses espaços, perdemos, é assim, um lugar que a gente tem que tá. E aí foi cobrado muito, cadê os conselheiros de Belo Horizonte? Cadê? Cadê? E aí, na última viagem, todo mundo quer ir, todo mundo vai, sabe? São coisas ainda que se vê que está precisando, concepção precisa mudar, aqui dentro que a gente tem que começar. (Helena)

Hoje, o CMS está um pouco desmotivado, até porque os conselheiros estão indo com outros interesses, porque antes eles eram eleitos e iam com interesse, num coletivo. [...] Porque quando você é eleita conselheira municipal, você não pode olhar só a sua regional ou a só a doença crônica que você está representando ali ou só os aposentados ou o movimento mulher. Você tem que olhar um todo, pela cidade toda. E muitas vezes o

conselheiro hoje olha o próprio umbigo, então, ele deixa a desejar. [...] E hoje as pessoas já veem, enxergam o Conselho Municipal de uma outra forma. Antes ele era muito respeitado, hoje nós tivemos uma queda muito grande no Conselho Municipal (Rita).

Fênix, ao abordar o funcionamento do Conselho, analisa, como abordado por outras conselheiras, que os interesses diversos e os problemas na comunicação, dificultam o funcionamento mais efetivo do conselho, ainda assim, o avalia como positivo. Nas afirmativas enunciadas por Vera, observa-se o discernimento da função do Conselho.

Mas eu acho que o conselho é muito bom, porque existem muitas ideias diferentes e aos mesmo tempo é muito ruim, porque ninguém consegue chegar num consenso. Eu vejo, nas reuniões ali, que existem coisas que são óbvias e que existem aqueles que concordam e não. E aí, quando tem aquele que concorda e a coisa acontece com o que ele concordou, o outro fica frustrado. Então, eu acho que o conselho tem que trabalhar mais pros outros, parar de pensar no próprio umbigo (Fênix).

Eu acho que o Conselho Municipal de Saúde é um órgão que nós, conselheiros, somos muito importantes, porque toda verba que vem para o SUS, nós, conselheiros, temos que aprovar em plenária. Então, o Conselho é uma coisa assim, é uma chave fundamental para a saúde (Vera)

Outros pontos importantes no decorrer das narrativas é que as conselheiras falam de um lugar específico. Sendo assim, foi perceptível a representatividade do segmento que participam. Carvalho (1997) discute os conselhos como espaços de representações de interesses, uma vez que “conferem a chancela de *status* público aos grupos ali representados, o que favorece especialmente aos segmentos desprovidos de outros canais de acesso” (Carvalho, 1997, p.100). Um posicionamento que acentua a dimensão deliberativa, as conselheiras entrevistadas, mas também as responsabilidades de representação, como se acompanha nos fragmentos de entrevista com Antonieta, Laura e Vera.

Então, a minha briga política como conselheira, hoje ela é centrada em quê? Defender o SUS acima de qualquer coisa e por eu não ter o SUS como moeda de troca, é garantido ao conselheiro, que ele vai votar e o que ele votar prevalece e é deliberado (Antonieta).

Eu acho que esse papel do conselheiro principalmente é esse, sabe, de você tá conversando com as pessoas, estimulando as pessoas a participar das reuniões, né. Então geralmente quando eu tô assim em qualquer lugar e alguém vem reclamar eu pergunto: “Você já foi na comissão local lá, você já viu como é que é?” [...] Esse é o papel do conselheiro também, tá indo nas reuniões da sua comissão local, eu tenho que tá lá, eu já fui da local, agora eu estou como municipal, mas isso não me tira da responsabilidade de estar lá (Laura).

[...] aqui eu trago tudo que acontece nas reuniões. Tento sempre ajudar com o jeitinho da brasileira, como jeitinho brasileiro, às vezes a arranjando exame, internação, eu faço muitas visitas aos hospitais. Toda vez que a mesa lá do conselho vai fazer visita aos hospitais me chamam para fazer, é a gente mulher, nessas visitas, a gente percebe o que aquele hospital ou UPA está fazendo de bom ou o que tá fazendo de ruim. E isso é muito importante para o SUS, porque a gente, o usuário é o povo mais carente e a gente precisa do usuário. E a mulher ela vê com aquele outro olhar, um outro olhar. (Vera)

As posições avaliativas das conselheiras, indicam o esforço de construção de certa memória institucional de lutas pela saúde. Nesse sentido, reitera-se a legitimação dos conselhos como espaço para a participação social na saúde, como espaço onde se “consegue algo”, mesmo que “não tudo”, como se deriva da fala de Bárbara.

[...] no controle social é muito bom, sabe? Porque assim, que nem a trancos e barrancos, se não houvesse Conselho seria pior. Por quê? Porque eles faziam tudo do jeito deles. [...] com essa polêmica toda, o Conselho ainda faz um papel importante. Porque o seguinte. Mesmo que não consegue 100, pelo menos 50 por cento, sabe? (Bárbara).

Na apreciação que se faz do SUS, referenciando-o como um sistema participativo, com ampla oferta de serviços e que precisa ser reconhecido e apropriado pelos brasileiros.

Olha, a política do SUS, eu acho que é muito legal, muito criativa, muito participativa. Eu acho que falta ainda informação [...] Eu acho que falta mais divulgar as coisas boas que o SUS tem porque ao meu ver é um dos melhores planos de saúde que nós temos hoje, só que as pessoas não têm esse conhecimento. Porque o SUS não é só remédio, não é só médico. O SUS é alimentação que nós temos hoje de qualidade, é a vigilância sanitária, é a zoonoses, tudo isso é SUS [...] Eu acho que nós evoluímos muito hoje e temos que continuar [...] Eu acho que com o SUS no Brasil cresceu muito e evoluiu muito, as pessoas acomodaram não só na área da saúde, mas em tudo e estão muito individualistas, né? [...] Igual diz que o Brasil é um país solidário, mas eu acho que deixou de ser, porque não tá pensando no outro, porque você ser solidário você tem que pensar no outro não só em você ou só na sua família, no ser humano como um todo. Isso a gente não tá vendo, é isso que tá acontecendo hoje. Mas eu acredito que as pessoas vão acordar e que nós vamos voltar a ser aquele pessoal brasileiro que lutava mesmo pelos nossos direitos e que mobilizava mesmo, eu acredito, não sei como se vai ser na nova geração, mas nós vamos fazer isso, eu acredito (Rita).

Eu tenho um Sistema Único de Saúde invejável pelo mundo inteiro, olha que ironia do destino. Primeiro mundo, cadê? Eles querem o meu SUS (Antonietta).

O “meu SUS” ilustra a personificação da história de participação de algumas conselheiras e demonstra que a sua conquista é o próprio sistema de saúde e a possibilidade

de fazê-lo seu e nosso. Como pano de fundo, o “tornar-se conselheira” ou lutar pelos SUS, é um processo experimentado como construção de cidadania.

Depois que eu me tornei conselheira... eu já era uma defensora do SUS [...] E aí assim a gente conhecendo o SUS no papel a gente vê o tanto que ele é, né, é uma coisa assim, um patrimônio mesmo, igual a gente fala. [...]lá dentro tem pessoas que são tão apaixonadas e isso vai te contagiando e é essa a luta da gente, sabe, de mostrar para as pessoas que o SUS... não sei se a gente vai atingir um dia um máximo assim de excelência mesmo, mas assim a gente tá tentando mostrar, fazer com que o SUS seja realmente um plano de saúde, né, dos melhores, pelo menos no mundo público já é. (Helena)

Eu não vou resolver nada, mas eu quero fazer parte desta história, eu quero fazer a diferença, sabe. Eu quero pelo menos falar assim: “eu não sou um número em uma identidade.” Eu sempre me questionava isso quando fiz minha identidade. Eu não sou só o número da identidade. Eu sou uma cidadã. (Antonietta)

É vasta a literatura que discute os desafios do exercício participativo no SUS. No entanto, observa-se em algumas análises da participação social em conselhos e conferências o argumento da importância destes se configurarem como espaços de formação política, para além das críticas por nem sempre em cumprirem suas funções deliberativas e consultivas. (Labra, 2005; Cornwall e Shankland, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social, como narrada pelas mulheres entrevistadas, se engendra em suas trajetórias de vida, revelando processos de singularização da experiência de participação, mas simultaneamente, permitindo compreender seus posicionamentos diante do SUS e do CMS-BH. Os dados expõem as ambiguidades e potencialidades do conselho como espaço de mobilização pela saúde, mas também como modo de subjetivação e de construção de cidadania.

Como registros de história oral, as entrevistas permitem explorar o ingresso formal no CMS-BH, mas constituem-se como momento de apreciação da própria posição que ocupam e das limitações e desafios nos processos de gestão participativa. Pela configuração menos estruturada na condução das entrevistas, as narrativas foram mais livremente construídas. Nelas observa-se que nem todas as conselheiras recuperam à história do CMS-BH e à importância histórica da participação de mulheres em espaços políticos.

Os dados coletados evidenciaram o quanto os atravessamentos de gênero influenciam os modos de pensar e as ações das conselheiras. Na leitura que algumas fazem dos atributos

que se atrelam à sua posição de conselheira de saúde, são listadas características tidas como “naturalmente” femininas, como o cuidado, a sensibilidade, a paciência. Outras marcam mais diretamente os lugares desprivilegiados ou cobertos de preconceitos que as envolvem em alguns momentos do cotidiano de participação. Lutas contra injustiças, acesso a direitos, resistência aos tipos de opressões com que lidam, nem sempre alinhados ao sistema sexo-gênero, também ecoam forte nas falas, demonstrando o reconhecimento de que estão construindo um caminho visando modificar a própria realidade e a de outras pessoas.

Labra (2005, p. 380) acentua a potencialidade dos conselhos de “acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção às utopias que, há [quatro] décadas marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena.” A essa afirmativa, agrega-se a necessidade de construir reflexões permanentes sobre as *cidadãs*, o processo histórico de formação política das mulheres, seus efeitos no cotidiano e os desafios específicos em face das desigualdades de sexo-gênero.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, A. 1991. Caminhos da Consciência: A história de uma luta pela saúde da mulher. *Psicologia e Sociedade*, **Ano VI**(9): p. 61-87.
- BÓGUS, C.M. 1998. *Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento*. São Paulo, Annablume/FAPESP, 232p.
- BRAH, A. 2006. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, **26**(set-dez): 329-376.
- CARDOSO, D.M.S. WERBA, G.C. 2013. Ser mulher e militante: a vontade de articular mundos. *Diálogo*, **24**(dez): 21-34.
- CARVALHO, A. I. 1997. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: S. FLEURY. (org.), *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, p. 93-111.
- CARVALHO, F.F. TEIXEIRA FILHO, F.S. 2012. Histórias de vida de mulheres HIV + ativistas: mudanças e permanências. *Estudos Feministas*, **20**(2):377-398.
- CORNWALL, A. SHANKLAND, A. 2013. Engajamento com cidadãos: lições aprendidas na construção do Sistema Único de Saúde. *Psicologia em Revista*, **19**(3):519-542.
- COSTA, A.M. 2009. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, **14**(4):1073-1083.
- FERREIRA NETO, J.L. ARAUJO, J.N.G. 2012. L'expérience brésilienne du Système unique de santé (SUS): gestion et subjectivité dans un contexte néolibéral. *Nouvelle revue de psychosociologie*, **13**:227-240.
- GONÇALVES, B.D. 2008. *Identidade Feminina e a Inserção no Mundo do Poder: Uma Análise Psicopolítica*. Curitiba, Juruá, 146p.
- KIND, L. et al. 2012. La emergencia de concepciones de participación en salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, **16**:288-298.
- LABRA, M.E. 2005. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: N.T. LIMA et al. (Org.), *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.353-383.

- BRASIL. 1990. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm Acesso em 05/09/2009.
- MAYORGA, C. 2014. Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária. *Athenea Digital*, **14**(1): 221-236.
- OLIVEIRA, M.T. et al. 2008. Democracia e gênero nos Clubes de Mães. In: P.H. MARTINS A. MATOS B. FONTES. *Limites da democracia*. Recife, Ed. Universitária da UFPE, p.189-205.
- OLIVEIRA, V.A. 2007. *Memórias de mulheres dos movimentos sociais da zona leste de São Paulo: histórias de resistência*. São Paulo, SP. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 114 p.
- PALMA, J.J.L. 2013. *Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde*. São Paulo, SP. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo, 212 p.
- PATAI, D. 2010. *História oral, feminismo e política*. São Paulo, Letra e Voz.
- PERROT, M. 2005. *As mulheres ou os silêncios da história*. Bauru, SP, EDUSC, 520 p.
- PORTELLI, A. 1996. A filosofia e os fatos. *Tempo*, 1(2):59-72.
- PORTELLI, A. 2010. *Ensaio de história oral*. São Paulo, Letra e voz, 264 p.
- RIBEIRO, U.C. 2010. Saúde é assunto para as mulheres: um estudo sobre a dinâmica participativa de Conselhos Municipais de Saúde do Brasil. In: L. AVRITZER (Org.), *A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo, Cortez, p.215-252.
- RIESSMAN, C. 2008. *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA, Sage, 251 p.
- SCOTT, J. 1992. "Experience". In: J. BUTLER J. SCOTT (Ed.), *Feminists theorize the political*. New York, Routledge, p.22-40.
- SOMARRIBA, M.M.G. 1988. *Lutas por saúde: da participação comunitária a participação popular*. (Coleção Sociologia e Antropologia). Belo Horizonte, UFMG/Departamento de Sociologia e Antropologia.
- SOUZA, G.A. 2011. *O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: uma perspectiva de análise histórica*. Belo Horizonte, MG. Monografia de Conclusão de Curso. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 109 p.
- STRALEN, C.J.V. 2005. Gestão participativa de políticas públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. *Revista Psicologia Política*, **5**(10):313-344.
- STRALEN, C.J.V. 1996. *The Struggle over a National Health Care System: the "movimento sanitário" and health policy-making in Brazil*. Utrecht, FSW/RUU, 303 p.
- VALLADARES, D.P. et al. 1987. *Mulheres, participação e saúde: uma experiência*. Rio de Janeiro, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Programa Brasil, 124 p.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação da PUC Minas e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio e incentivo na realização dessa pesquisa. Nossa gratidão à Plenária de Mulheres do CMS/BH, pela acolhida, e às entrevistadas que generosamente compartilharam conosco fragmentos de sua história.

Luciana Kind

Pós-doutorado em Psicologia Social (UFMG). Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2007), tendo realizado estágio doutoral no Instituto Max Planck para a História da Ciência em Berlim (2005). Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (2003). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1996). Integrou a equipe responsável pela implantação do Pró-Saúde PUC Minas e foi tutora do PET-Saúde/VS. É professora no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. É líder do grupo Narrativas, Gênero e Saúde (Nages), cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Tem experiência nas áreas de Psicologia Social e Saúde Coletiva, desenvolvendo pesquisas, trabalhos técnicos, textos e atividades de formação com os seguintes temas: saúde pública, promoção da saúde, práticas grupais, participação em saúde, sentidos da morte e metodologias qualitativas. Representante do segmento Instituições Formadoras na Comissão Municipal de DST/Aids e Hepatites virais de Belo Horizonte. Integrante do GT Cotidiano e Práticas Sociais na ANPEPP. Atualmente é Editora Geral do periódico *Psicologia & Sociedade*. Participa de conselhos editoriais nos periódicos *Interface: Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)* e *DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*.

E-mail: lukind@gmail.com

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

Gislaine Alves de Souza

Residente multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, unidade São Gabriel.

E-mail: gislaine.as@gmail.com

Endereço: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigenia, Belo Horizonte - MG, 30130-100

Fernanda Guedes Lopes

Possui graduação em Comunicação Social com ênfase em Produção Editoria pelo Centro de Ensino Superior Promove (2006). Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Puc Minas.

E-mail: lukind@gmail.com

Endereço: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Av. Itaú, nº 525 - Bairro Dom Cabral - Belo Horizonte/MG - CEP: 30535012

Letícia Gonçalves

Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Puc Minas.

E-mail: lukind@gmail.com

Endereço: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Av. Itaú, nº 525 - Bairro Dom Cabral - Belo Horizonte/MG - CEP: 30535012