

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política

NATÁLIA AURÉLIO VIEIRA

**A REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Orientadora: Professora Dra. Luciana Ferreira Tatagiba

Campinas, 2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP
Bibliotecária: Cecília Maria Jorge Nicolau CRB nº 3387**

V673r **Vieira, Natália Aurélio**
**A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde
de Campinas / Natália Aurélio Vieira. -- Campinas, SP : [s. n.],
2010.**

Orientador: Luciana Ferreira Tatagiba.
**Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**Título em inglês: Users' representation in the Municipal Health Managing
Council in Campinas**

**Palavras chaves em inglês (keywords) : Municipal Health Managing Council
(Campinas, SP)
Representative government and
representation
Boards of health
Social participation**

Área de Concentração: Trabalho, Movimentos Sociais, Cultura e Política

Titulação: Mestre em Ciência Política

**Banca examinadora: Luciana Ferreira Tatagiba, Sérgio Resende Carvalho,
Valeriano Ferreira Mendes Costa**

Data da defesa: 01-10-2010

Programa de Pós-Graduação: Ciência Política

NATÁLIA AURÉLIO VIEIRA
“A REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CAMPINAS”

Dissertação apresentada ao Departamento de
Ciência Política do Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do grau de Mestre
em Ciência Política sob orientação da Profa.
Dra. Luciana FerreiraTatagiba.

Este exemplar corresponde à redação
final da Dissertação defendida e aprovada
pela Comissão Julgadora em 01/10/2010.

Comissão Julgadora:

Titulares:


Prof. Dr. Luciana Ferreira Tatagiba (Presidente)


Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa (IFCH-Unicamp)


Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho (FCM-Unicamp)

Suplentes:

Profa. Dra. Rachel Menguello (IFCH-Unicamp)
Prof. Dr. Adrián Gurza Lavalle (FFLCH-USP)

Campinas
outubro/2010

*Se podes olhar, vê. Se podes
ver, repara.*

SARAMAGO

Agradecimentos

À minha Orientadora

Dra. Luciana F. Tatagiba, pela orientação brilhante que muito contribuiu para o meu aprendizado e pela ajuda na solução dos problemas com os quais eu me deparava; pelo estímulo em sempre buscar mais, sem o qual eu não teria conseguido concluir essa dissertação. Meu eterno agradecimento.

À minha banca de qualificação

Prof^o Doutor Sérgio R. Carvalho pelas importantes contribuições durante a qualificação (e o apoio após a mesma), seja na literatura indicada, seja nos problemas que apontou, que muito me auxiliou na construção dessa dissertação final.

Prof^o Doutor Valeriano F. M. Costa pelas imprescindíveis colocações durante a qualificação e pela luz nos pontos que me eram mais nebulosos. É bem provável que eu não tenha conseguido responder a todas as suas indagações (e as minhas próprias), porém tenha a certeza que ainda penso nelas e levarei comigo em futuros trabalhos.

À CAPES

Pelo financiamento que possibilitou a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Pelos excelentes professores que me ajudaram nessa difícil trajetória e Pelo apoio Institucional na realização deste trabalho, em especial ao Antônio.

Aos Colaboradores do Conselho Municipal de Saúde de Campinas

Que me receberam com afeto, que sempre se mostraram abertos a qualquer problema ou dúvida que eu encontrasse. Agradeço principalmente a Dona Yara, esta pessoa fantástica com quem tive meu primeiro contato no CMS/CPS.

Aos Conselheiros Usuários

Pessoas maravilhosas que conheci e que concederam seu tempo para as entrevistas realizadas, uma disponibilidade sem tamanho. Agradeço pela amizade dispensada. Parabenizo pela luta diária por uma saúde melhor.

Aos Meus Amigos

Aos Novos amigos que fiz em Campinas. Acredito que minha trajetória em terras campineiras teria sido muito mais difícil sem vocês. Thiago, Marcela, Fran, Caio, Tati e Pedro, amigos de mestrado que quero guardar para sempre. Aos amigos de República com quem dividi minha vida: Cassiana, Bernardo, Ana, Bárbara, Angélica, Pedro, Maria, Carol.

Aos Velhos amigos, mas não menos importantes que, apesar da distância, sempre me foram leais e companheiros (não vou enumerar porque se eu esquecer alguém me matam). Um agradecimento especial para Nielle, que revisou minha dissertação, bem como me deu suporte emocional, mesmo estando em Limeira.

À Minha Família

Meus irmãos queridos que, com a mudança, acabei descobrindo a força dos laços fraternais.

Aos ti@s , prim@s (as), avós e agregad@s que sempre me apoiaram.

Aos Meus Pais

a quem dedico este trabalho.

Resumo

Este trabalho procurou discutir a participação da Sociedade Civil a partir da perspectiva da representação da categoria usuários dentro dos Conselhos Gestores de Saúde. Com esse intuito, foi feito um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMS/CPS) que visou à identificação das mudanças na legislação específica que define quem pode representar os usuários nos conselhos. Também foram realizadas entrevistas que procuraram avaliar qual a percepção dos representantes de usuários em relação ao CMS/CPS e como eles vêem sua própria representação. Discutiu-se a legitimidade da representação por coletividades - as organizações ou entidades civis, os movimentos sociais, entre outros. Concluiu-se que essa não deve ser condenada tendo como referencial os mesmos critérios de uma representação tradicional. A pesquisa apontou que os representantes de usuários normalmente não discutem previamente com suas bases, nem repassam todas as decisões tomadas pelo Pleno para suas bases. Eles também sofrem grande influência político-partidária, evitam fazer articulações e encontram diversos obstáculos para a participação, tais como a dificuldade para chegar ao local das reuniões, a falta de capacitação técnica para acompanhar os debates e a sobrecarga de trabalho imposta a alguns conselheiros.

Palavras-Chaves: Representação Política; Conselhos Gestores; Participação Social.

Abstract

This paper discussed the participation of the Civil Society from the view of users' representation in health managing councils. For this goal, a case study was done at the Municipal Health Council of Campinas (CMS/CPS) to try to identify the changes in the specific legislation that defines who can represent the users in these councils. Interviews were also performed to evaluate the perception of the users' representatives concerning the CMS/CPS and how they view their own representation. The collective (civil organizations and institutions, social movements, etc) representation's legitimacy was discussed and it was concluded that this legitimacy should not be judged based on the same criteria of a traditional representation. The research showed that the users' representatives usually don't talk with their bases neither beforehand nor after the decisions are made. They are also under great influence from political parties, avoid articulating and face several obstacles to participation such as the difficulty to reach the meetings' venues, lack of technical skills to follow debates and the excessive workload imposed on some council members.

Key words: Political Representation, Managing Councils, Social Participation

Sumário

Resumo	ix
Introdução	1
Metodologia de Pesquisa	5
I. Participação e Representação nos Espaços Participativos	13
II. Um Novo Olhar sobre a Saúde	33
2.1 Antecedentes históricos	34
2.2 Os Novos olhares: Mudanças Institucionais, Políticas e Sociais	37
2.3 A década de 90 e os Novos Desafios.....	49
III. O Desenho Institucional dos Conselhos Gestores de Saúde: Pensando a Categoria Usuários no CMS/CPS	55
IV. A Participação dos Usuários no CMS/CPS	73
4.1. Perfil dos Entrevistados	73
4.2. A Influência dos Atores no CMS/CPS	81
4.3. O Papel dos Conselheiros	95
4.4. A Participação dos Conselheiros no CMS/CPS	101
4.5. A Necessidade de Capacitação e os Problemas Enfrentados Pelos Conselheiros	105
V. A Representação na Ótica dos Conselheiros Usuários no CMS/CPS	111
5.1. O Exercício da Representação	111
5.2. A Representatividade do Conselheiro	118
5.3. A Construção da Legitimidade	125
Considerações Finais	131
Bibliografia.....	137

Lista de Quadros, Anexos, Ilustrações e Tabelas

<u>TABELA 01</u> : As Diferentes Composições do CMS/CPS entre 1991/1998/2007.....	64
<u>FIGURA 01</u> : A Divisão do Município em Distritos de Saúde.....	68
<u>TABELA 02</u> : Formação Originária X Atual Composição X Entrevistados.....	73
<u>QUADRO 01</u> : Caracterização do Perfil dos Entrevistados.....	75
<u>TABELA 03</u> : Usuários exclusivos do SUS e Usuários com Plano de Saúde.....	80
<u>QUADRO 02</u> : Perfil Associativo dos Entrevistados.....	82
<u>QUADRO 03</u> : Participação dos Entrevistados.....	101
<u>QUADRO 04</u> : A relação entre Representantes e Representados.....	119
<u>ANEXO I</u> : Roteiro de Entrevistas.....	143
<u>ANEXO II</u> : Recomposição do Conselho Municipal de Saúde de Campinas.....	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH's	Autorizações de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALACIP	Associação Latino Americana de Ciência Política
CEB's	Comunidades Eclesiais de Base
CIMS	Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde
CIS	Comissões Estaduais Interinstitucionais de Saúde
CLIS	Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMDCA	Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente
CMH	Conselho Municipal de Habitação
CMS/CPS	Conselho Municipal de Saúde de Campinas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRIS	Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DF	Distrito Federal
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS
EUA	Estados Unidos da América
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MSZL	Movimento de Saúde da Zona Leste
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas

OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAM's	Programas de Ação e Metas
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PPL	Partido Pátria Livre
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralização da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US	Unidades de Serviço

Introdução

Essa dissertação de mestrado tem o objetivo central de discutir a participação da Sociedade Civil a partir da perspectiva da representação da categoria usuários dentro dos Conselhos Gestores de Saúde. Tendo como referencial empírico o Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMS/CPS), a dissertação procurará resgatar alguns dos debates pertinentes sobre o tema da representação, além de trazer à tona os “achados” importantes dentro da pesquisa empírica realizada.

O interesse pela temática dos espaços participativos surgiu durante a realização do III Congresso da Associação Latino Americana em Ciência Política (ALACIP), ocorrido em setembro de 2006 na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) do qual participei. Já o tema da representação sempre foi objeto de interesse, pois durante a graduação, na Universidade de Brasília (UnB), estudei a questão da Representação de Mulheres na mídia. No mestrado procurei unir essas duas áreas de interesse, tendo em vista a importância dessas temáticas nas discussões sobre democracia, bem como a centralidade da questão da representação nos debates sobre Conselhos Gestores. Eis que surge esta dissertação.

O fim da ditadura militar em 1985 e a promulgação da nova Constituição em 1988 estabeleceram-se como marco para a consolidação da democracia brasileira. Conhecida como Constituição Cidadã e considerada progressista, a nova Carta Magna apresenta uma série de compromissos sociais como direito à moradia, à saúde, à educação, à seguridade social e avanços na legislação, como o conceito de função social da propriedade e novas possibilidades de criação de espaços para a participação popular na esfera pública.

Os mecanismos previstos pela Constituição para o empoderamento da sociedade nos espaços públicos combinam diferentes canais de participação como os plebiscitos, as conferências nas mais diversas áreas, os fóruns temáticos, os conselhos gestores, os referendos e as leis de iniciativa popular. Vários estudos foram realizados a fim de avaliar as experiências participativas de uma forma geral. Dagnino & Tatagiba (2007), na *Introdução* do livro *Democracia, Sociedade Civil e Participação*, dividiram em duas fases esses estudos: uma inicial e otimista por parte dos autores, que apontavam o potencial democratizador das novas experiências participativas. E uma segunda, mais recente, que tem um olhar mais crítico, que procura qualificar a

participação e trazer novas agendas de pesquisa.

Todavia, proponho em uma sistematização um pouco distinta, dividida em três fases. A primeira seria essa fase, já apontada pelas autoras como mais otimista, em que o enfoque está no processo de consolidação desses espaços. Ela data do fim da década de 80 e início dos anos 90 e procura afirmar a importância desses canais para um novo modelo de democracia. Assim sendo, foram travadas discussões sobre a natureza desses espaços e quais seus propósitos dentro de um projeto para construção democrática, o caráter do controle social e da participação social consoante às experiências participativas, entre outras discussões (VALLA & SIQUEIRA, 1989; SPOSATI & LOBO, 1992; GOHN, 1990; TEIXEIRA, 1997).

Passada a euforia inicial, no segundo momento, que se iniciou em meados da década de 90, a preocupação está na real efetividade desses espaços e os problemas vivenciados na participação cidadã. Perde-se o encantamento inicial dos primeiros trabalhos e procura-se apontar os problemas que impedem o avanço da participação e que dificultam um efetivo empoderamento da sociedade nos espaços públicos. Assim sendo, uma série de estudos de caso mostram os problemas que esses espaços têm enfrentado, como a falta de qualificação dos participantes, a ausência de uma Sociedade Civil mobilizada, uma representação sem real poder de decisão, representantes que não se comunicam ou que não representam a sua base, a baixa rotatividade dentro dos espaços participativos, as desigualdades de poder e participação, etc. (CRUZ, 2000; PERISSINOTTO, 2002; ABRANCHES & AZEVEDO, 2004; DEGENSZAJN, 2008).

Estas constatações influenciaram novos estudos, aos quais situo na terceira fase, uma vez que o enfoque passa a residir não somente na avaliação da qualidade e da efetividade dessa participação, mas também na inserção do debate das experiências participativas numa agenda mais ampla. Essa nova agenda pretende problematizar a conexão desses espaços com o “mundo de fora”, ou seja, procura-se entender, por exemplo, as combinações das experiências participativas com o modelo tradicional de política. Se na segunda fase constata-se que há interferência do poder executivo ou do legislativo dentro de espaços participativos, essa terceira fase procura entender como essa interferência se dá, ou seja, a influência da política tradicional/partidária sobre espaços participativos. Se os estudos anteriores apontavam que uma sociedade previamente mobilizada, principalmente através de movimentos sociais, estaria mais propensa a uma participação nos demais espaços, essa terceira fase procura entender a

escolha dos movimentos sociais em atuar ou não, as razões e conseqüências disso. Ou ainda, se a qualidade da representação é definida por quem representa ou pelos vínculos com quem é representado, quem seriam, dessa forma, os atores legítimos para a representação? Essas são alguns dos questionamentos norteadores que vem motivando o atual debate em espaços participativos (LAVALLE, 2006; LÜCHMANN, 2007; TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007; TATAGIBA 2007c).

Resgatando a discussão, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas são fruto das lutas da Sociedade Civil organizada na década de 80 pela ampliação da participação nos espaços públicos nas áreas da saúde, da educação, da assistência social e da criança e adolescente (RAICHELIS, 2008; GOHN, 2001; CORTES, 2002b; FUKS, 2002; FUKS et Al 2003, TATAGIBA, 2007a; 2007b, entre outros). É importante ressaltar que embora a constituição só garanta os quatro casos acima mencionados, existem hoje inúmeros outros conselhos que foram criados por pressão popular ou por iniciativa do governo nas mais diversas áreas, exemplo são os Conselhos de Habitação e Desenvolvimento Urbano, de Desenvolvimento Rural, do Idoso, de Áreas de Proteção Ambiental, de Esporte e Lazer (TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007b; RIBAS, 2007; REGO, 2009, BORGES, 2003). Temos duas situações importantes: se um conselho foi criado devido à pressão popular, observamos a existência de uma sociedade que almeja ocupar os espaços públicos. Se, no entanto, a iniciativa partiu do governo temos algumas realidades possíveis, ou o governo criou os conselhos para fomentar a participação popular em uma iniciativa de “cima para baixo”, ou o governo quis se desresponsabilizar por meio de parcerias, principalmente através das ONG’s, ou ainda o governo foi obrigado a criá-los para receber os repasses de verbas federais, uma vez que se condicionou tal repasse à existência de conselhos (Tatagiba, 2003). Toda essa discussão das disputas que estão em jogo e do processo de consolidação dos espaços participativos será travada ao longo da dissertação.

É imprescindível compreender a importância dos Conselhos Gestores na formação de uma esfera pública dialógica entre Estado e Sociedade Civil. Vale ressaltar que cada qual apresenta leis criadoras distintas que podem delegar graus diferentes de competências para esses espaços e para aqueles (representantes) que o integram. Moreira (1999) afirma que,

“[os conselhos] são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o

exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras, que devem trazer as linhas definidoras de seu campo de atuação. Não podem os conselhos deliberar sobre matérias que extrapolem os setores das políticas sociais sob sua responsabilidade, nem sobre questões que extravasem o âmbito da esfera de governo onde foram criados e das atribuições que lhes foram conferidas (...) Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correcional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do Direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada (...) em co-gestão com a Sociedade Civil.” (MOREIRA *apud* TATAGIBA, 2002: 50).

Uma vez que os conselhos podem apresentar diferentes formatos, o Conselho de Saúde foi selecionado pelo fato dos assentos destinados à categoria dos usuários representarem 50% das cadeiras desse espaço. Ao se garantir 50% das cadeiras para a categoria usuário, permite-se, pelo menos legalmente, a representação popular nos Conselhos de Saúde. Digo “legalmente”, pois observamos que na prática nem sempre isso ocorre, uma vez que em alguns conselhos há a usurpação das cadeiras dos usuários por parentes de pessoas do legislativo ou do executivo que acabam utilizando-se do conselho para atender os interesses de seus familiares políticos, ou ainda, em certos conselhos as cadeiras são ocupadas por funcionários da prefeitura ou da saúde pública perdendo-se a paridade entre representantes de usuários e demais categorias, entre outros métodos que burlam o que a lei determina sobre a representação¹ (MARTINS, 2008; GAZETA, 2005; TATAGIBA, 2007; LIPORONI, 2006).

Vale ressaltar que, na *Terceira Diretriz* da resolução nº 333/03² do Conselho Nacional de Saúde (CNS), há a determinação de que 50% das cadeiras nos Conselhos de Saúde sejam ocupadas por *entidades de usuários*. Observamos, dessa forma, uma representação de usuários baseada na premissa da coletividade, ou seja, que aqueles que representam façam partes de grupos, organizações ou associações da Sociedade Civil. Os Usuários são, segundo Cortes (2002a), as pessoas que foram eleitas ou indicadas ao conselho para representar suas organizações sociais urbanas, rurais, ou sindicais, desde

¹ Uma discussão mais detalhada sobre aqueles que podem ocupar as cadeiras de usuários será travada no capítulo III.

² Resolução que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

que as últimas não representem os trabalhadores da saúde. Assim sendo, é fundamental, e este é um dos norteadores desse trabalho, pensar que novo significado surge no que se refere à representação baseada na idéia da *coletividade* (proposta pelos espaços participativos), uma vez que ela é preconizada em critérios distintos daqueles consagrados pela democracia representativa.

Dessa forma, duas perguntas motivaram este estudo: (1) de onde vem ou o que justificaria a legitimidade da atuação dos novos atores em espaços participativos?; (2) como os novos atores vêem a própria representação? Essa é uma agenda nova de discussão que começa a se desenvolver, portanto não se pretende aqui exaurir o debate ou apresentar soluções imediatas para os dilemas que possam surgir no que se refere à representação política em espaços participativos.

Para aprofundar estas questões, escolhi como referente empírico o Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMS/CPS), em função da sua trajetória particular de participação da Sociedade Civil que reivindica, desde os anos 70, via movimento popular de saúde, movimento sociais, sindicatos, entre outros, a ampliação da participação democrática nos espaços participativos.

A partir do estudo do CMS/CPS, o trabalho tem como objetivos: (a) identificar as mudanças na legislação específica que define quem pode ser representante de usuários; (b) identificar quem são os atores que compõe a categoria usuários no CMS/CPS; (c) coletar e sistematizar a opinião dos mesmos sobre a própria representação; (d) a partir dos resultados, procurar estabelecer alguns parâmetros que ajudem a compreender a representação desses novos atores.

Metodologia de Pesquisa

As ações da pesquisa se desenvolveram em quatro frentes de atuação: a primeira foi o estudo da literatura pertinente sobre o tema; a segunda foi composta da análise documental: atas, legislações específicas e demais materiais fornecidos pelos conselheiros ou apoiadores do CMS/CPS; acompanhamento das reuniões mensais do CMS/CPS; e, por fim, entrevistas semi-estruturadas realizadas com os representantes de usuários titulares e suplentes. O recorte temporal foi a gestão 2008-2010, pois teríamos como acompanhar as reuniões e melhor conhecer os conselheiros a fim de avaliar a representação na participação.

A bibliografia sobre a temática contribuiu significativamente para esclarecer algumas dúvidas e criar novos questionamentos sobre a temática aqui proposta. Para além da bibliografia internacional sobre o tema da representação (URBINATI, 2007; YOUNG, 2006), debrucei-me sobre os novos estudos que discutem a questão da representação em espaços participativos no caso brasileiro, principalmente LÜCHMANN, 2007; AVRITZER, 2008; ABERS & KECK, 2008; LAVALLE, 2006.

Quanto aos documentos referentes ao próprio Conselho Municipal, parte deles foi retirado do site do CMS/CPS. Alguns tiveram que ser fornecidos pelo próprio conselho municipal (na sede), pois o site estava desatualizado.

Para esclarecer: o CMS/CPS conta com uma sala própria dentro da Prefeitura de Campinas. No entanto, sob a alegação de falta de espaço no décimo primeiro andar, onde se localiza a secretaria de saúde, o CMS/CPS se encontra no décimo quinto andar. Ele conta com um secretário (recentemente iniciou-se uma mobilização para contratação de mais um secretário, haja vista a quantidade de trabalho), e com mais três apoiadores que acompanham a rotina administrativa do Conselho e que se revezam nos horários de trabalho. Todos os apoiadores já foram conselheiros. Tanto o secretário quanto os apoiadores me auxiliaram com as documentações e nos esclarecimentos de dúvidas que surgiam com a pesquisa. No mais, as atas e a leitura do material fornecido pelos conselheiros foram fundamentais para a pesquisa, pois permitiram ter uma ampla visão das principais funções do Conselho e da importância da defesa do SUS (entender no quê aquelas pessoas acreditavam e o porquê delas participarem). Foi possível também através desse material compreender quais assuntos estavam sendo discutidos e como às reuniões eram conduzidas.

As leis e resoluções que regem as atividades do Conselho se dividem em duas categorias, aquelas de caráter nacional e, por isso, norteadoras das legislações estaduais e municipais e as próprias leis municipais. As principais leis de caráter nacional que tratam da saúde e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram encontradas na internet dentro do próprio site do CNS. As leis municipais, no entanto, estavam desatualizadas no site do CMS/CPS, sendo estas fornecidas na sede do CMS/CPS.

Quanto às reuniões, participei de dez reuniões ordinárias e duas extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde, ocorridas entre novembro de 2009 e outubro de 2010. As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente na última quarta-feira do mês, e as

extraordinárias ocorrem quando há o acúmulo de matérias pendentes e que precisam de resolução rápida.

O objetivo inicial era fazer uma observação não-participante das mesmas, ou seja, apenas acompanhar as reuniões do pleno, sem me expressar dentro delas. Apesar dessa meta, com a proximidade entre mim e os representantes de usuários (afinal, eu os entrevistei e sempre os encontrava na sala do CMS/CPS), em certos momentos envolvi-me com as discussões. Nas primeiras reuniões, eu procurava acompanhar as debates do Pleno com certo distanciamento, atendo-me as falas “oficiais”, isto é, aquelas feitas ao microfone. Todavia, nas últimas reuniões que participei comecei a interagir nas “rodas” que se formam e que debatem um determinado tema para além do que está sendo falado ao microfone. Apesar de evitar expressar minha opinião dentro dessas rodas, era inevitável ser inserida no meio da querela, até porque laços de confiança foram criados. Exemplo disso, é que em uma reunião um dos representantes de usuários estava com uma documentação que trazia uma série de denúncias e ele pretendia usá-las para deslegitimar um dos convênios realizados pela prefeitura. Tratando essa papelada com certa confidencialidade (mesmo que temporária), como ele me conhecia previamente, mostrou-me o conteúdo existente. Outro exemplo ainda de interação foi quando, por conhecer determinados conselheiros, recebia determinadas informações importantes sobre os atores ou do processo de votação que, sem eles, eu não saberia. Exemplo maior foi quando compareceu em uma das reuniões do CMS/CPS a filha do prefeito de Campinas, que é médica e atua em um dos convênios assinados pela prefeitura. Naquele dia estava sendo votada a renovação do dito convênio. Logo, alguém comentou comigo que ela só estava lá como forma de pressão para que os conselheiros votassem pela renovação do mesmo.

Assim sendo, o acompanhamento das reuniões permitiu um grande avanço na pesquisa para a real compreensão do CMS/CPS, pois nelas ficavam visíveis os conflitos existentes dentro do Conselho. As reuniões acabaram por permitir que durante as entrevistas eu conseguisse melhor compreender as informações que eram “jogadas” pelos entrevistados nas suas falas, mas que podiam ser exploradas se houvesse conhecimento prévio do que estava sendo abordado. Exemplo maior disso é quando o assunto era os “interesses políticos de alguns conselheiros”. Tal tema, constantemente abordado, refletiu um momento crítico do conselho: uma nova eleição para presidência

ocorreu em junho de 2009 porque o antigo presidente havia renunciado para assumir um cargo na Prefeitura.

Acompanhei ainda uma das reuniões da comissão eleitoral, junto com os candidatos, que definiu as regras do debate que seria realizado antes das eleições de junho. Compareci ao debate que ocorreu e que teve ampla participação dos conselheiros. Essa foi a primeira vez em que foi realizado um debate entre os candidatos no CMS/CPS.

Participei também de uma reunião da comissão executiva, onde pude acompanhar a formulação da pauta de discussão das reuniões do Conselho. As reuniões da executiva ocorrem na parte da tarde no mesmo dia da reunião do Conselho Municipal. Nela é confirmada a pauta do dia e definidos os temas que devem ser discutidos nas próximas reuniões de acordo com a prioridade de resolução dos mesmos.

Participei ainda de uma reunião de um Curso de Formação de Conselheiros que estava sendo oferecido aos conselheiros municipais de Campinas e Região. O curso ocorria todo sábado, o dia inteiro, durante três meses. O curso era financiado com dinheiro específico destinado a formação de conselheiros, onde as prefeituras forneciam transporte e local para a realização das reuniões e as demais verbas eram destinadas para pagar o pessoal e o almoço dos conselheiros. Participei da reunião realizada no dia 09 de junho de 2009. No dia estava sendo discutido controle social e, coincidentemente, representação política. A reunião era conduzida de forma dinâmica, onde os conselheiros debatiam em grupos alguns temas propostos pelos coordenadores e depois levavam o que havia sido discutido para a sala inteira. Os coordenadores também explicavam a história dos avanços na saúde, contavam a realidade de outros conselhos, debatiam o tema do dia e explicavam as Leis e as Diretrizes que conduziam a saúde.

Além da análise documental e da participação nas reuniões, foram entrevistados os Representantes de Usuários eleitos em 2007 e que continuavam a ocupar cadeiras em maio de 2009. Embora eu me propusesse a entrevistar todas as pessoas que ainda ocupavam cadeiras em maio, durante os meses de realização das entrevistas alguns representantes de usuários foram perdendo suas cadeiras. Apesar de terem sido eleitos quarenta e quatro membros representantes de usuários entre titulares e suplentes, em julho de 2009, apenas *trinta* continuavam ainda nas listas de membros de representantes de usuários do CMS/CPS. Os demais foram desligados de suas funções por faltarem às reuniões sem justificativa ou por assumirem algum cargo comissionado na Prefeitura (é

pré-requisito para ser representante não ter ligação com prestadores de saúde, não fazer parte do governo, nem ser trabalhador da saúde).

Em princípio, as entrevistas seriam realizadas somente com aqueles que tinham a titularidade do mandato de representantes de usuários. Contudo, o acompanhamento da rotina do conselho mostrou que alguns suplentes influenciam e participam ativamente das funções desempenhadas pelo conselho – participam das comissões, reuniões e eventos - sendo, portanto, importante também averiguar a percepção desses em relação a sua representação. Exemplo disso é uma representante de usuários suplente que foi eleita para a comissão executiva do conselho municipal enquanto ainda era suplente (atualmente ela ocupa a titularidade da cadeira, uma vez que o antigo titular assumiu um cargo na prefeitura nesse ano).

Foram realizadas *vinte e três* entrevistas sendo *quatro com representantes dos Movimentos Sociais (todos titulares); três do Movimento Popular de Saúde (dois titulares e um suplente); nove com Representantes de Distrito (seis titulares e três suplentes); um de Associações de Portadores de Deficiência (titular); dois de Associações de Portadores de Patologia (titular e suplente) e quatro do Movimento Sindical (três titulares e um suplente)*. As entrevistas foram identificadas por numeração aleatória, conforme se observará nos Quadros apresentados, contudo quando as falas foram transcritas no corpo da dissertação optou-se por não identificar os conselheiros para se evitar o seu reconhecimento. Sete conselheiros não puderam conceder as entrevistas. Eles foram contatados no mínimo três vezes, tanto por telefone quanto pessoalmente nas reuniões dos conselhos, e foi oferecida a opção de entrevista em qualquer dia da semana, em todos os horários e no local de preferência da pessoa (na casa dos mesmos, no trabalho, no próprio Conselho Municipal ou em qualquer localidade que lhe fosse preferível). As principais alegações foram: falta de tempo para a entrevista, viagens agendadas, problemas familiares, ou, quando agendadas previamente, ao se ligar para a confirmação da mesma, a pessoa pedia para remarcar a para outro dia. Cabe ressaltar que apesar da ausência dessas entrevistas, não houve nenhum entrevistado que se negou em concedê-la, entretanto a agenda dos mesmos impediu sua realização.

Houve, no geral, uma grande receptividade dos conselheiros usuários na concessão de entrevistas. Alguns, principalmente representantes de sindicato, chegaram a indagar com certa desconfiança qual era a finalidade da mesma, temerosos que

houvesse fim político-partidário para as entrevistas (como um deles deixou transparecer), contudo sob orientação prévia de Profa. Dra. Luciana Tatagiba, minha orientadora, que já havia me alertado para a possibilidade desse tipo de situação, eu lhes expliquei detalhadamente do que se tratava a pesquisa e enfatizei que a finalidade da mesma era meramente acadêmica.

O roteiro das entrevistas (ver anexo I) fora previamente discutido com a minha orientadora e foi dividido em sete eixos temáticos: (a) Perfil do entrevistado; (b) Perfil Associativo do entrevistado; (c) Participação no CMS/CPS; (d) Atribuições no CMS/CPS, capacidade de atuação do CMS/CPS e relações com o governo; (e) o exercício da representação; (f) a representação dos usuários no CMS/CPS; (g) relação com o SUS.

Na primeira parte da entrevista procurou-se estabelecer o perfil do conselheiro, ou seja, qual era a profissão, a escolaridade, a renda familiar e a idade do mesmo. Não houve problemas durante essa parte, exceto pelo receio de alguns entrevistados em dizer a sua renda familiar. No segundo eixo, procurou-se delinear a trajetória de participação do entrevistado, isto é, se ele já havia integrado outros espaços participativos como Movimentos Sociais, ONG's ou Partidos Políticos. Desta forma, procurou-se investigar os caminhos trilhados pelos entrevistados antes de chegar ao Conselho de Saúde. Dentro da terceira temática, pretendíamos avaliar qual era a média de tempo que os representantes de usuários estavam no conselho, quais os motivos levaram a participação, se o entrevistado participava de comissões ou algum cargo de coordenação no conselho.

O quarto eixo procurou entender a relação do CMS/CPS com a Secretaria de Saúde, identificando se aquilo que havia sendo deliberado no CMS/CPS era cumprido pela secretaria. Além disso, perguntou-se aos conselheiros quais os assuntos que geravam maior discórdia no conselho e quais atores/segmentos mais influenciavam nas decisões tomadas nas plenárias do conselho.

A quinta área temática refere-se ao exercício da representação. E essa, no meu entender, foi um dos grandes avanços do trabalho, pois foi questionado aos representantes de usuários o que significava para eles representar, de onde viria, na compreensão deles, a legitimidade da representação e quais as principais dificuldades para o exercício da mesma. No bloco seguinte, que considero complementar a esse, almejou-se levantar alguns aspectos que poderiam contribuir para avaliar a qualidade

dessa representação: foi perguntado ao conselheiro a sua avaliação em relação a sua categoria; sobre a existência ou não de articulação a fim de melhorar a representação entre os representantes de usuários; se havia discussão prévia com alguém (e com quem seria essa discussão) dos assuntos que seriam tratados nas plenárias, ou ainda, se havia repasse às bases das decisões tomadas no conselho, entre outros.

O último eixo teve a finalidade de entender a relação dos representantes de usuários com o SUS, ou seja, se ele usava os serviços e como ele via o sistema, assim sendo lhe foi perguntado se o conselheiro e sua família eram usuários do SUS, de onde viriam às informações desse ator sobre a área da saúde e qual era a avaliação geral dos representantes de usuários em relação aos SUS Campinas.

O conjunto desse material permitiu a realização da análise teórica e empírica e que busca trazer mais elementos para a discussão da temática sobre a representação dos usuários nas arenas de participação. Mesmo que este estudo tangencie outros temas, como problemas da participação ou os déficits ainda existentes para o efetivo funcionamento dos conselhos, esses não serão profundamente discutidos no corpo da dissertação.

Essa dissertação se estrutura em cinco capítulos: o primeiro procurou levantar a questão da representação no contexto da participação, uma vez que a inserção de novos sujeitos na política significou também a possibilidade de novas formas de representação. O esforço analítico ainda se concentrou em compreender as justificativas de uma representação por *coletividades*, ou seja, por Entidades, Movimentos Sociais e Organizações Cívicas (distinguindo-se da representação via partido político) e procura abordar a legitimidade dos novos formatos de representação.

No segundo capítulo, recupero, brevemente, as dimensões do debate sobre a Saúde no Brasil, chamando a atenção para as lutas pela mudança no Sistema de Saúde e, destacando como a participação passa a integrar fortemente a agenda dessa política pública. Procuo identificar as mudanças no plano institucional, político e social que influenciaram a criação do SUS. Além disso, apresento os principais problemas em âmbito nacional após a implementação do SUS.

O capítulo seguinte tem o intuito de discutir a trajetória do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, desde a sua criação até os dias atuais. Procuo relatar suas normas e a composição definidas dentro do seu regimento interno. Procuo ainda trazer as resoluções do próprio Conselho Nacional de Saúde e estabelecer paralelos entre as

resoluções publicadas por este e a prática no CMS/CPS. Além disso, procuro abordar as peculiaridades da representação de usuários dentro do CMS/CPS que apresenta uma representação baseada em critérios territoriais.

O capítulo quatro tem a pretensão de levantar as características dos usuários que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Considerando isto, ele foi escrito tendo como referencial as entrevistas realizadas com os conselheiros do segmento de usuários. Primeiramente, procurou-se estabelecer o perfil daqueles que participam. Depois, procuramos estabelecer a trajetória dos representantes de usuário dentro do conselho, quais motivos têm levado a participação no CMS/CPS, de que forma os conselheiros enxergam a própria atuação do conselho e o que eles entendem como suas atribuições. Além disso, buscou-se traçar, a partir do ponto de vista do conselheiro, as principais dificuldades e limites que eles encontravam no exercício de sua função. Por fim, o esforço analítico se concentrou em avaliar quais eram aqueles atores que mais influenciavam nas decisões que eram tomadas no conselho, com o intuito de perceber qual a categoria que têm maior poder de persuasão dentro do conselho; além de procurar perceber como os usuários se avaliam e como enxergam os atores com maior poder de influência.

O último capítulo teve o objetivo de compreender, a partir de várias nuances, de que forma tem sido exercida a representação dos conselheiros usuários. As perguntas direcionadas procuraram avaliar de que forma os representantes de usuários enxergam a própria representação, que tipo de vínculo há entre representantes e usuários, isto é, se eles se comunicam, se há repasse das informações e de que forma ela é feita. Foi ainda perguntado aos conselheiros o que significava “representar” e de onde vinha, segundo eles, a legitimidade da própria representação.

I. Participação e Representação nos Espaços Participativos

A ampliação da participação nos revela a necessidade de pensar em novas concepções do que seja representação e daqueles que são *legítimos* para falar em *nome de*, uma vez que novos atores - as organizações ou entidades civis, os movimentos sociais, entre outros -, entram em cena disputando os espaços e configuram-se como voz de setores que anteriormente não se viam representados em suas demandas dentro do campo político; depreendendo-se, dessa análise, que só o modelo de representação um homem/um voto, via eleição e representação partidária, não seja mais suficiente para dar conta dessas novas demandas de participação.

Mesmo sabendo da importância de investigação da participação e da representação de indivíduos, o foco desse trabalho são aqueles que se organizam de forma coletiva, ou seja, as organizações e entidades civis, os sindicatos, os movimentos sociais, as associações. O esforço analítico aqui, como já mencionado, é pensar que novo tipo de participação e representação é essa. Assim, a pergunta central desse capítulo é de onde vem ou o que justificaria a legitimidade de atuação desses novos atores em espaços participativos?

Ressalto que esse debate se torna imprescindível em um contexto de construção democrática pós-ditadura, pois se antes havia impedimentos claros à participação popular em questões de cunho político, com a redemocratização do país findam-se os limites impostos a essa participação. A Constituição garantiu em seu texto a participação e a representação social. Logo, se não existe limites formais porque, mesmo após vinte anos de Nova Constituição, nem sempre os novos atores conseguem espaço efetivo para sua atuação?

Partimos do pressuposto que somente a garantia formal de participação em espaços de debate público não resulta numa participação efetiva e não é suficiente para justificar a legitimidade dos novos atores que lá estão presentes (perante aos demais), uma vez que alguns não conseguem se projetar dentro desses espaços. Por conseguinte, outros aspectos influenciam a participação e a representação desses atores e, conseqüentemente, a qualidade das mesmas. Podemos enumerar alguns temas corriqueiros na literatura que apontam para algumas das dificuldades encontradas como falta de vínculo dos representantes com as bases, falta de capacitação da população para

discussões mais técnicas de determinados temas, receio dos atores governamentais em dividirem o poder com a população, entre outros (TATAGIBA, 2002; LÜCHMANN, 2007; LABRA, 2002). Apesar da quantidade de aspectos que podemos abordar, focamos esta dissertação em tentar compreender o que tem sido mobilizado para justificar a representação dos novos atores que se organizam de forma coletiva. Nesse sentido, busco apoio teórico em alguns artigos publicados nos últimos anos e que procuram respostas a essa questão.

O artigo de Lígia Lüchmann (2007), “A representação no interior das experiências de participativas” procura analisar, a partir das experiências participativas que ocorrem no Brasil, “as relações entre representação e participação (...) sugerindo que, muito menos que oposição, estes instrumentos estabelecem combinações e articulações que desenham um processo de concomitante inovação e reprodução das práticas políticas e orientações político-institucionais” (p. 140). Segundo a autora, nas experiências participativas estão em jogo dois modelos de organização política democrática que se assentam em orientações bem diversas: enquanto a participação estaria ancorada no modelo de democracia participativa, ou seja, a legitimidade estaria fundada na participação daqueles sobre os quais as decisões tomadas dentro do espaço público recairão; a representação se fundaria no modelo de democracia representativa, no qual às decisões são tomadas por aqueles que foram eleitos pelo sufrágio universal e a participação se limitaria apenas ao processo eleitoral.

Concluí-se que, dentro da realidade brasileira, os novos espaços participativos advêm de modelos da teoria democrática direta/participativa, mas também, utilizam-se também de mecanismos do modelo da teoria democrática representativa. Ou seja: importamos do modelo representativo todo o processo eleitoral de escolha dos representantes, no entanto garantimos que diversos setores da sociedade possam se fazer representar. Temos assim “um critério de legitimidade ancorado na idéia de que as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidas a elas por meio do debate público” (LÜCHMANN, 2007: 144). A autora, dessa forma, defende que a partir do momento em que os dois modelos são combinados, como ocorre nas experiências participativas brasileiras, estabelecem-se novos parâmetros para a representação.

Desta forma, a autora mobiliza a crítica ao modelo democrático representativo, uma vez que para os participacionistas ele é individualista, competitivo e instrumental.

Ao mesmo tempo, incorpora ao modelo representativo alguns pressupostos da democracia direta que, além de promover a participação de setores excluídos, advoga pela criação de uma cultura de participação na sociedade. Para Lüchmann (2007), a combinação desses fatores da democracia representativa e da democracia participativa nos novos modelos de gestão pública, como conselhos gestores e orçamento participativo, gera o “*fenômeno da representação no interior da participação*”.

Para a autora, a partir do momento em que há participação da sociedade, são mobilizados repertórios que visam legitimar essa participação. Normalmente, esses repertórios estão associados à idéia de que a Sociedade Civil é a única detentora “dos genuínos interesses sociais”. Para Lüchmann, há uma confusão entre a representatividade e a própria idéia de legitimidade da representação que desemboca em um problema maior sobre quais seriam os atores legítimos para a representação em espaços participativos:

“Trata-se, portanto, de uma idéia de representatividade que alimenta certa confusão no entendimento acerca dos critérios de legitimidade que estes espaços carregam na medida em que ora se apela para a legitimidade da representação de pessoas ou setores com ‘uma história feita’ nas ‘lutas’ dos segmentos ‘pró-cidadania’ (Tatagiba, 2002); ora se relaciona legitimidade com qualificação e competência dos representantes, como tem sido o caso das ONG’s (Dagnino, 2002); ora o critério de legitimidade está ancorado na capacidade dos representantes em ‘expressar os interesses do respectivo segmento social’ (Teixeira, 1996:15)”.
(LÜCHMANN, 2007: 153-54)

O conjunto dessas idéias corrobora o que a literatura (SANTOS JÚNIOR, AZEVEDO, RIBEIRO, 2004) aponta como “elite de referência”, ou seja, há um conjunto de atores que apresenta maior capacitação técnica ou política, maior perfil sócio-econômico e que acaba tendo maior poder de influência, sendo paulatinamente considerados os “legítimos” para representar por serem os “mais capazes”.

De fato, segundo Lüchmann (2007), temos outro problema no que se refere a essa representação, pois não há uma clara identificação para os representantes de quem se representa: se é o segmento pelo qual se foi eleito ou se é a própria entidade por onde se ocupa aquela cadeira. Um exemplo, os representantes de usuários eleitos para a cadeira de portadores de patologia no conselho de saúde representariam o segmento usuários como um todo ou representariam os portadores de patologia? Há, para a autora,

uma idéia difusa de quem se representa, gerando essa confusão semântica e de idéias que limitam uma efetiva representação.

A autora propõe, baseada nas idéias da democracia representativa e da participativa e dos problemas enfrentados para o funcionamento dos conselhos e dos OPS's, uma nova concepção de representação que se dividiria em três dimensões a serem pensadas. A primeira é a “dimensão da participação e da *representação coletiva*”³, ou seja, a partir do momento em que a sociedade se organiza em torno de entidades ou organizações civis, ela ultrapassa a dimensão individual da representação, típica do modelo representativo, e lhe dá um significado coletivo, mais próximo do modelo participativo.

A segunda dimensão, para autora, é pensar na representação para além da relação entre representantes e representados, mas na própria “*relação entre os representados*”. A autora defende que “uma *representação legítima* requer uma *participação ativa* por parte dos indivíduos, grupos e organizações sociais” (2007, p.165).

“A qualidade e a legitimidade da representação vão depender do grau de articulação e organização da Sociedade Civil, ou seja, da participação. Os fóruns de discussão de políticas públicas e de definição e escolha de representantes, no caso dos conselhos, [...] podem ser exemplos de espaços que promovam esta conexão entre representantes e representados”.

Embora possamos concordar com a tese geral defendida pela autora, há uma ressalva a ser feita. Se por um lado, é realmente importante que os mais diferentes grupos e indivíduos participem ativamente dos espaços participativos, uma vez que podem apresentar novos pontos de vista ao processo decisório, por outro lado não se pode desconsiderar a realidade de que há indivíduos e grupos que não conseguem fazer-se presentes dentro desses espaços ou que não participam ativamente, seja por falta de interesse, seja por falta de recursos ou tempo. Logo, condicionar uma representação legítima a participação ativa pode ser um equívoco. A não-participação de alguns em fóruns ou assembléias, não pode significar a deslegitimação de outros que participam ativamente, ou seja, se não há uma sociedade participativa, aqueles poucos que participam devem ter seus espaços de participação garantidos. Mais ainda, a

³ Grifo da autora

legitimidade da representação não pode depender “do grau de articulação e da organização da Sociedade Civil”, uma vez que, como a própria Lüchmann (2007) indica, a Sociedade Civil é heterogênea, o que dificulta a articulação e organização desses atores que podem partir de prioridades e interesses distintos.

A terceira dimensão é “a idéia de representação vinculada à noção de esfera pública”.

“A idéia de representação vinculada à noção de esfera pública prioriza a dimensão do debate público para a reformulação de opiniões e preferências (...). Com efeito, nessa concepção, um processo de autorização eficaz está ancorado no pressuposto de que a representação ocorre por intermédio de um movimento de distanciamento e aproximação entre representantes e representados, movimento este mediado pela constituição de esferas públicas de discussão e de debate que definem agendas e reavaliam, pela troca de experiências, informações e opiniões, as ações e direções da representação”. (LÜCHMANN, 2007: 167)

Conquanto compreenda que Lüchmann (2007) tem o objetivo de resgatar a importância da noção de esfera pública para a construção de um novo sentido para a representação baseado na troca de informações e idéias entre os representantes, não devemos desconsiderar que, como indica Avritzer (2007), quando os atores entram nas discussões dos espaços públicos, esses indivíduos ou grupos não se “despem” de suas vivências fora desse espaço, levando consigo os interesses de fora para dentro dele.

É preciso compreender este limite da representação em espaços públicos para que não se coloque sobre eles demasiada expectativa, pelo menos no curto-prazo, de que todos os indivíduos ou grupos que deles participam necessariamente pensarão na coletividade e que não levarão para o debate seus próprios interesses. O fortalecimento desses espaços como reais esferas de debate só se constroem com o tempo a partir da participação dos atores e com a consolidação de uma cultura participativa.

Lüchmann (2007) traz algumas contribuições importantes para o debate, pois consegue perceber como a representação política, vinda de um modelo representativo, se encaixa e pode contribuir dentro de um modelo de democracia participativa, em que se defende a participação de grupos historicamente excluídos. Além do que ressalta a importância da participação para a construção de uma cultura participativa. Se para autora ainda há obstáculos em se determinar os grupos “legítimos” em falar em nome daqueles que não conseguem participar, uma solução apontada pela autora é uma nova

concepção de representação baseada nas premissas de uma representação coletiva, ou seja, de organizações que “ocupam lugares estratégicos na sociedade”, de que se fortaleçam os vínculos entre os próprios representados e de que haja constante debate nos espaços públicos.

Em “Democracia, Pluralização da Representação e Sociedade Civil”, Lavallo, Houtzager & Castello apontam que a representação política é composta por uma “dualidade constitutiva (...), [pois a] representação não garante representatividade ou a correspondência com a vontade ou interesses dos representados. (...) [Ao mesmo tempo que está] centrada na responsividade e prestação de contas entre o representante eleito e o representado” (2007: 54-5).

Sendo assim, dentro do modelo tradicional de representação, não há garantias de que o representante irá agir em favor do representado. Não se advoga aqui que necessariamente representantes sejam corruptos e só legislem em causa própria, mas que dentro do parlamento a interação do representante com os mais diversos assuntos pode fazê-lo legislar contra a vontade imediata do representado, pois o representante poderia visar o interesse da nação, ou poderia ter acesso a informações que atenderia em longo prazo aos interesses dos representados⁴.

Além das ressalvas acima, observa-se que foram criados ao longo do tempo mecanismos que garantem minimamente a conexão entre o representante e o representado. Essas conexões que existem podem ser tanto o voto ou não-voto no representante nas próximas eleições, o que obrigaria ao representante atender minimamente as necessidades do representado, a obrigatoriedade da prestação de contas sujeita a punições se não realizada de forma correta, ou a responsividade dos representantes em seus atos públicos.

Contudo, se o próprio modelo representativo forjou mecanismos que garantissem os vínculos entre representantes e representados, isso não ocorre dentro dos novos espaços participativos de acordo com Lavallo, Houtzager & Castello (2007). Segundo os autores, dentro dos novos espaços participativos há “a ausência de mecanismos formais e estáveis da relação entre atores da Sociedade Civil e seus públicos, beneficiários ou comunidades - notadamente mecanismos de autorização, prestação de contas, responsividade e sanção” (2007, p. 88). A própria literatura mostra

⁴ Dentro da Ciência Política, o discurso de Burke aos eleitores de Bristol é exemplificativo deste caso e um dos mais expressivos na defesa da democracia representativa.

que dentro dos espaços participativos, os representantes da Sociedade Civil apresentam ligações frágeis com os supostos representados, principalmente grupos excluídos (TATAGIBA, 2002). A ausência de mecanismos, nesse sentido, colaboraria para a falta de conexão entre representantes e representados.

Lavalle, Houtzager & Castello ao tentarem resolver esse problema da representação na participação, condicionam o modelo de representação a três pré-requisitos: (a) que se mantenha o pressuposto da representação, ou seja, que representante esteja minimamente atuando em favor do representado; (b) não condenar as novas formas de representação, e principalmente os novos atores, a ilegitimidade baseado no modelo de representação tradicional; (c) não abrir mão de formas de “dispositivos de expressão de preferências e sanção sobre o representado” (2007: 88). Nesse sentido, os autores recuperam a noção de *representação virtual* de Edmund Burke, pois acreditam que essa alarga a noção de representação,

“Representação Virtual é aquela em que há comunhão de interesses e empatia de sentimentos e desejos entre aqueles que atuam em nome de quaisquer pessoas e as pessoas em nome das quais eles atuam – embora os primeiros (fiduciários) não tenham sido, de fato, escolhidos pelos segundos”. (BURKE, 1792 *apud* LAVALLE, HOUTZAGER & CASTELLO, 2007)

Logo, ao resgatarem a idéia representação baseada em interesses comuns ou simpatias, os autores procuram garantir que haja algum tipo de “comprometimento com os interesses dos representados”, mesmo sabendo que somente a presunção de representar alguém não signifique necessariamente a sua efetiva representação. Até porque em essência, para Burke, o termo *representação virtual* só existe quando o representante atua necessariamente em benefício do representado. Como afirma os autores, “a representação virtual burkiana é sempre substantiva ou efetiva, pois ninguém pode ser não-representado ou mal-representado virtualmente” (2007: 94).

A idéia principal ao resgatarem o termo é de que os representantes têm a legitimidade da representação a partir do momento em que se propõem agir a favor dos interesses dos representados, mesmo não tendo esses escolhido quem os representaria. Na defesa da representação virtual, os autores salientam,

“(a) representação virtual é melhor do que a ausência completa de representação e, nesse plano, ela é um instrumento

de inclusão política. Nela, há mecanismos indiretos de prestação de contas e sanção que precisam ser estudados e avaliados quanto à sua capacidade de induzir responsividade virtual – quer dizer, responsividade em essência ou de fato, embora não formalmente reconhecida.” (LAVALLE, HOUTZAGER & CASTELLO 2007: 94).

Se a “*representação virtual* é melhor que a ausência completa de representação” e se ela se assenta na idéia de que “as empatias” e “os sentimentos” darão o “tom” das escolhas no momento da representação, fica a dúvida se “os sentimentos” vivenciados pelos representantes realmente são aqueles que os supostos representados sentem. Os próprios autores apontam que um dos limites da *representação virtual* é a própria ausência de mecanismos de controle já consagrados dentro da democracia sobre aqueles que são representantes. Logo, é necessário que o último dos pré-requisitos apontado pelos autores para a efetivação da representação na participação seja respeitado, ou seja, “dispositivos de expressão de preferências e sanção sobre o representado”.

Se para os autores a *representação virtual* seria um “caminho de experimentação possível” para tentar solucionar os problemas ainda existentes das exclusões de certas parcelas da população dos espaços participativos, na minha concepção, a criação dessa exceção não é uma resposta possível para resolver o problema da exclusão de determinados setores, uma vez que não há a mínima garantia – visto que não há nenhuma forma de controle formal ou informal - de que os interesses dos representados estejam realmente sendo defendidos. Em suma, não há garantias de que a *representação virtual* possa gerar modalidades de responsividade virtual como preconizam os autores.

A principal crítica que recai sobre essa visão é de Leonardo Avritzer (2007) no seu artigo “Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da autorização à Legitimidade da Ação”, pois, para ele, quando Lavalle, Houtzager & Castello resgatam a idéia de representação virtual de Burke, eles desconsideraram que a “representação virtual” visava justificar a legitimidade da representação não-eleitoral no século XVIII no Pré-Revolução Francesa.

Com isso, Avritzer acredita que os autores exageram na tentativa de encontrar respaldo teórico para a legitimidade da representação dos novos atores, utilizando-se de teorias anteriores a própria idéia de representação política democrática. Além disso, para Avritzer, o problema dos autores é que, na construção do argumento, eles “relacionam os problemas atuais a uma dualidade constitutiva entre a formação da

vontade e sua institucionalização (...) [não havendo] nada de novo no que diz respeito à crise da representação” (AVRITZER, 2007). Ou seja, para Avritzer, os autores não conseguem dar conta da novidade da representação em espaços participativos e os conseqüentes significados que isso acarreta sobre a questão da “representatividade ou da correspondência com a vontade ou interesses dos representados”. Apesar de Lavallo, Houtzager & Castello (2007) indicarem uma alternativa para resolver o problema da representatividade daqueles que são excluídos, para Avritzer, eles “jogam fora a criança junto com a água do banho”, eles não conseguem “propor um conceito de representação que vá além da autorização via eleição” (AVRITZER, 2007: 451).

No seu artigo, ele ainda debate duas outras obras recentes que discutem a representação, a obra de Nádia Urbinati que, baseada em Condorcet, propõe uma forma não-eleitoral de representação e o artigo de John Dryzek que defende uma concepção de representação discursiva.

Antes de trazer as críticas de Avritzer (2007), procurarei reproduzir aqui as principais contribuições de Urbinati com o paper “O que torna a representação democrática?”. Neste artigo, ela procura diferenciar as três principais perspectivas da representação: a jurídica, a institucional e a política. A representação jurídica é assim nomeada “porque trata a representação como um contrato privado de comissão”, ou seja, é dada uma *autorização* para que alguém fale em *nome de*. Este modelo é condizente em períodos pré-eleitorais, em que aos delegados eram atribuídas funções consultivas. A jurídica ainda é caracterizada por uma “lógica individualista e não-política, na medida em que supõe que os eleitores julgam as qualidades pessoais dos candidatos, ao invés de suas idéias políticas e projetos”, não havendo nenhuma preocupação com a representatividade (Urbinati, 2007: 197-98).

Cria da representação jurídica, a representação institucional entra em jogo no contexto da democracia representativa liberal (mais tarde, a eleitoral) e se funda em uma participação popular restrita, ou seja, é resumida ao voto/eleição, onde o Estado conduz os rumos da política, cabendo ao representante, se lhe for conveniente (não há obrigação), uma conexão mínima com a sociedade. À sociedade é atribuída apenas a tarefa de selecionar aqueles que legislarão (Urbinati, 2007).

A terceira perspectiva que Urbinati (2007: 201) aponta é a da representação política. Segundo a autora, a representação, dentro desse contexto, passa a ser uma “forma de existência política criada pelos próprios atores”. Sendo assim, ela indica que

de fato há uma circularidade entre o Estado (instituições) e a sociedade, onde, baseada nas idéias de Condorcet,

(...) a especificidade e a singularidade da democracia moderna estão necessariamente baseadas, ainda que a isso não se limitem, no lançamento das “pedras de papel” por intermédio do voto. Elas residem na *circularidade* que as eleições criam entre o Estado e a sociedade e no *continuum* do processo de tomada de decisões que liga os cidadãos à assembléia legislativa. (URBINATI, 2007: 206).

Para Avritzer (2007), Urbinati avança na discussão sobre novas formas de representação porque ela já vê como insuficiente que a legitimidade da representação seja respaldada somente pelos mecanismos de autorização e *accountability*, devendo haver outras formas que justificam a legitimidade da representação. Segundo o autor, duas contribuições são importantes em Urbinati. A primeira é que ela defende que a eleição é apenas uma das diversas dimensões da representação (logo, pode haver representação legítima sem que haja necessariamente eleições). A segunda é que ela “desvincula a relação entre soberania e representação” forjada por Rousseau para justificar formas privadas de direito, mas que este não amplia o debate para os espaços públicos (Avritzer, 2007). O problema em Urbinati, segundo Avritzer,

“[é que] ela não consegue pluralizar as fontes que geram o julgamento político de modo a integrar as novas formas de participação ao conceito que ela propõe. (...) Ela propõe duas formas de ampliação da representação: a ampliação temporal, através do referendun revogativo do mandato, e a possibilidade de revisão das leis (...). A questão que torna a solução proposta por Urbinati vulnerável é que ela não consegue incorporar, na sua perspectiva de representação política, nenhuma nova institucionalidade capaz de dar vazão seja à advocacia, seja à representação da Sociedade Civil” (2007, 453-54).

Mesmo que Urbinati (2007) não tenha conseguido avançar no que diz respeito especificamente à representação da Sociedade Civil, ela ressalta a importância dentro dos espaços tradicionais de representação (parlamento) de que haja vínculo entre representantes e representados,

O *despotismo indireto*⁵ ‘ocorre quando as pessoas não são mais verdadeiramente representadas ou quando ele [o corpo legislativo] se torna muito desigual para elas’. Isso traz à tona os temas do mandato *político* e do vínculo por afinidade entre os eleitos e os cidadãos eleitores, dois componentes essenciais da representação política que não podem ser explicados dentro do contexto da política como vontade (e da democracia eleitoral). (URBINATI, 2007, p.207)

A partir dessa reflexão de Urbinati, podemos concluir que, seja no modelo tradicional de representação, seja nos novos espaços participativos, é imprescindível que haja formas de vínculo/conexão que justifiquem/garantam a legitimidade dos atores. É importante ressaltar que esta legitimidade não seja apenas eleitoral, mas que haja outros mecanismos como a *accountability*. Avritzer (2007) argumenta que são necessárias outras garantias como uma representação baseada na idéia de afinidade entre os representantes eleitos e os representados. Antes, contudo, de esboçar mais profundamente esta proposta de Avritzer, exponho a crítica que ele faz a Dryzek.

Avritzer (2007) considera que Dryzek avança na discussão sobre a questão da representação quando este considera que existem novos atores no cenário público e novos formatos de associação entre esses atores. Ele propõe uma “câmara de discursos” composta pelos diferentes discursos presente na sociedade e por indivíduos não-eleitos (devem ser selecionados aleatoriamente), mas que sejam representativos desses discursos. Os problemas apontados por Avritzer é que Dryzek desassocia a representação de indivíduos da representação de idéias, não percebendo que se representam interesses e valores, não somente discursos; ainda “supõe que a Sociedade Civil se limita à advocacia de idéias”, não percebendo que normalmente a sociedade advoga de acordo com seus interesses e suas “propostas específicas de políticas públicas”; além do que, Dryzek não considera que a Sociedade Civil, quando está exercendo a representação, divide suas funções com membros do executivo. Assim sendo, somente a “câmara de discursos” não seria suficiente, segundo Avritzer, para resolver o problema da legitimidade da representação, uma vez que, como mostrado, não há garantias de que a representação nesses espaços esteja realmente sendo em favor do representado (2007, p. 455). Para Avritzer, para que haja legitimidade na

⁵ Urbinati parte do ensaio “Idées sur le despotisme” de Condorcet de 1789 sobre as formas de despotismo.

representação, é imprescindível que haja algum tipo de vínculo entre representantes e representados.

Como alternativa para esse problema, e considerando ser a forma mais eficaz de representação, Avritzer (2007) propõe uma representação por *afinidade*, ou seja, uma representação fundada em laços de identidade ou de solidariedade anteriores à própria representação. Tentando justificar a legitimidade dessa representação, Avritzer defende,

“O que fornece a legitimidade da representação por afinidade? A legitimidade do representante se dá entre os outros atores que atuam da mesma maneira que ele. (...) A pragmática da legitimidade é diferente, na medida em que a legitimidade se dá pela relação com o tema. É ele que gera a legitimidade e não o contrário, como na representação eleitoral.” (AVRITZER, 2007: 458)

Na representação por afinidade, a eleição passa a ser apenas mais uma das dimensões da representação, mais ainda a base da legitimidade dos atores passa a ser a relação desses com o tema. Avritzer ainda destaca que,

“o importante em relação a essa forma de representação é que ela tem sua origem em uma escolha entre os atores da Sociedade Civil, decidida freqüentemente no interior das associações civis. Estas exercem o papel de criar afinidades intermediárias, isto é, elas agregam solidariedades e interesses parciais (Warren, 2001). Ao agregarem estes interesses, elas propiciam uma forma de representação por escolha que não é uma representação eleitoral de indivíduos e pessoas. A diferença entre a representação por afinidade e a eleitoral é que a primeira se legitima em uma identidade ou solidariedade parcial exercida anteriormente” (AVRITZER, 2007: 457-58).

Desta forma, é importante relacionarmos esse artigo de Avritzer que defende uma representação por *afinidades* com a noção de *perspectiva social* de Marion Young (2006), segundo a qual,

“A perspectiva é um modo de olhar os processos sociais sem determinar o que se vê. Dessa forma, duas pessoas podem compartilhar uma perspectiva social e não obstante experienciar seus posicionamentos de maneiras diferentes, na medida em que estão voltadas a diferentes aspectos da sociedade. Compartilhar uma perspectiva, porém, propicia a cada uma delas uma

afinidade com o modo como a outra descreve o que experiencia, uma afinidade que as pessoas posicionadas diferentemente não experienciam. Essa menor afinidade não implica que essas últimas não possam compreender uma descrição de um aspecto da realidade social a partir de uma outra perspectiva social; significa apenas que é mais difícil compreender a expressão de perspectivas sociais diferentes do que aquelas que são compartilhadas. A perspectiva social é o ponto de vista que os membros de um grupo mantêm sobre os processos sociais em função das posições que neles ocupam.” (YOUNG, 2006).

Ao defender que haja uma representação por afinidade, e essas afinidades sejam por laços de identidade, as similaridades entre as duas teorias aparecem, pois Young (2006) acredita que atores que partem de lugares semelhantes na sociedade, mesmo que pensem diferente, tendem a compreender mais facilmente às demandas do outro que partiu do mesmo local. Isso ocorre, segundo a autora, por ser mais fácil compreender perspectivas sociais das quais fazem parte suas experiências, do que aquelas que lhe são estranhas. Da mesma forma, para Avritzer (2007), existem laços de afinidade que se formam entre os atores que criam uma nova concepção de representação fundada não somente em mecanismos eleitorais, mas nos próprios laços de afinidade entre esses atores.

Contudo, a própria Young (2006) aponta para as possíveis limitações de uma representação por *perspectivas sociais*, pois é mais difícil – embora não impossível – para o representante compreender os anseios dos outros (representados) que partem de posições diferentes na sociedade em face das suas próprias perspectivas.

Já Avritzer (2007) não avança nesse ponto da discussão, pois ele não consegue ver as restrições que podem existir em uma representação por *afinidade* na Sociedade Civil. Para entender essas limitações devemos analisar quais são os pressupostos da representação que ele estabelece. Assim, primeiramente, precisamos compreender quais são os laços que estabeleceriam a *afinidade*. Segundo o autor, seria a “*relação com o tema*”. Logo, essa é uma forma de representação que privilegiaria aqueles que já conhecem o tema previamente, o que, na realidade, pode impossibilitar que novos grupos não relacionados à temática também possam participar desses espaços. Avritzer (2007) ainda continua e afirma que *a legitimidade do representante se dá entre os outros atores que atuam da mesma maneira que ele*. Assim, pessoas que apresentam idéias parecidas tenderiam a eleger ou escolher alguém dentro do seu grupo para que represente aquele conjunto de idéias - o que é uma relação lógica na representação:

escolhe-se quem vai defender seus interesses. Contudo, isso poderia inviabilizar uma representação mais diversa, já que serão sempre escolhidos os mesmos grupos, uma vez que os eleitores são sempre as mesmas organizações. De fato, essa prática pode impedir que novas idéias surjam nos debates, pois provavelmente os representantes e suas relações com as bases legitimadoras seriam sempre os mesmos.

Outro ponto fundamental, e que apresenta limitações na idéia representação por afinidades de Avritzer (2007), recai sobre os critérios de escolha que ele destaca em uma representação por afinidade, qual seja, *é uma forma de representação que tem sua origem em uma escolha entre os atores da Sociedade Civil, decidida freqüentemente no interior das associações civis*. Devemos considerar, no entanto, que as associações civis que se engajam em espaços participativos no Brasil, em quase sua totalidade, estão intrinsecamente relacionadas com os partidos de esquerda⁶. Como a maioria desses grupos organizados está em torno da esquerda é difícil para aquelas organizações que pensam diferente desses grupos mais “tradicionais” (que já tem uma trajetória nos espaços participativos) serem escolhidos durante as votações⁷, pois os votantes tendem a escolher quem compartilha interesses/idéias próximas a deles, bem como aqueles que os eleitores já conhecem previamente a forma de atuação. Desta forma, a realidade desses espaços participativos é a predominância de pessoas de um mesmo *locus* ideológico-partidário (e de convergência de idéias) com a justificativa de que eles são os atores “legítimos”, por laços de *afinidades* maiores do que os demais, para representar a Sociedade Civil.

Pergunta-se: qual o local destinado para a diversidade nesses espaços no modelo de representação de Avritzer (2007)? Na verdade, caímos em uma forma de representação “fixa” ou “corporativista”, pois são sempre as mesmas associações que representam a Sociedade Civil nos espaços participativos. A consequência disso é que aquelas associações que já estão nesses espaços dificultam a entrada de outros interessados e as cúpulas dessas associações, com a justificativa de terem o *know-how* da temática, definem sem muita discussão as prioridades em nome dos representados.

⁶ A pesquisa empírica dessa dissertação (capítulo 4) mostrará que os conselheiros de Campinas são, em sua maioria, filiados ou simpatizantes de Partidos de Esquerda. Além disso, devemos considerar que a trajetória da participação social no Brasil está ligada principalmente com os partidos de esquerda que surgiram no fim da ditadura militar e lutaram pela redemocratização do País, tais como o PT e PDT.

⁷ Observar que partimos do pressuposto que a Sociedade Civil elege seus representantes, não havendo indicação do governo.

Esses, por sua vez, aceitam o que foi decidido sem maiores questionamentos, pois não se envolvem no debate, seja por falta de interesse, seja por falta de maior conhecimento técnico-especializado. Com isso, os representantes podem acabar privilegiando interesses particulares em detrimento dos interesses públicos. Assim sendo, Avritzer (2007) não consegue privilegiar uma efetiva/sólida arena da diversidade de atores, e cai na armadilha de uma representação corporativista, pois não consegue desenvolver um modelo de representação que esteja fundamentado em atores diferentes do que aqueles vinculados às associações civis.

Provavelmente quem mais avança na discussão sobre a questão da diversidade das associações civis seja Abers & Keck (2008). As autoras no artigo “Representando a Diversidade: Estado, Sociedade e ‘Relações Fecundas’ nos Conselhos Gestores” discutem dois tipos de representantes no conselho, aqueles que foram indicados pelas associações da Sociedade Civil e aqueles que foram escolhidos para serem os representantes governamentais. Focaremos aqui as contribuições das autoras para a representação das associações da Sociedade Civil em espaços participativos.

As autoras apontam que um dos objetivos da criação dos conselhos era permitir, em um contexto pós-ditadura e de redemocratização, que “as vozes dos excluídos sociais e políticos fossem ouvidas pelo Estado” (2008: 103). Contudo, as próprias autoras indicam que há sérias limitações a essa participação e mobilizam toda uma literatura que aponta os problemas existentes a efetivação da participação. Há, segundo elas, quatro explicações recorrentes dentro dessa literatura: (1) “os indivíduos que compõe o conselho não são representativos das classes populares” (p. 103), ou seja, eles são uma elite societária; (2) os representantes da Sociedade Civil mantêm ligações demasiada fragilizadas com os grupos aos quais deveria representar; (3) Há muitos obstáculos para que a Sociedade Civil consiga pautar seus temas, uma vez que as agendas são controladas/dominadas pelos representantes governamentais; (4) os governos resistem em partilhar o poder com a sociedade.

No entanto, as autoras fazem uma importante consideração. Há outra concepção de participação que não está atrelada a uma perspectiva de, necessariamente, “dar voz aos excluídos”. Essa outra perspectiva se sustentaria na idéia que a participação da sociedade está relacionada com a possibilidade de que os mais diferentes atores se expressar, conforme o enunciado abaixo elucidada:

“a contribuição das associações da Sociedade Civil para a democracia não tem a ver, necessariamente, com o fato de representarem ou falarem em nome de outros. A importância da Sociedade Civil na vida pública reside em seu papel como arena para a expressão de diversidade. (ABERS & KECK, 2008: 106)”

Talvez a maior contribuição existente no trecho acima seja o destaque das autoras para importância da Sociedade Civil enquanto *arena para a expressão de diversidade*, ou seja, são os representantes da Sociedade Civil que tendem a garantir a diversidade na esfera pública. Por conseguinte, é preciso criar mecanismos que garantam minimamente uma representação mais diversa. Devem-se adotar critérios claros para escolha, abrindo-se espaços para novos grupos e, assim, evitar que sempre os mesmos grupos estejam representados.

Aliado a isso, as autoras acreditam ser errôneo supor que, tendo se garantido minimamente a diversidade na arena pública, os representantes das organizações ou entidades civis e movimentos sociais dentro de espaços participativos não desenvolvam nenhuma relação com aqueles que representam e com os assuntos que pautam, como se as relações fossem cristalizadas e não houvesse nenhum dinamismo. Isto é, mesmo que não haja necessariamente uma relação formal entre os representantes e os representados (que eles dizem representar), não podemos descartar que podem existir, como anteriormente indicado por Avritzer (2007), *laços de solidariedade ou afinidade*. Nesse sentido, a *afinidade* que Abers & Keck (2008) defendem se diferencia da de Avritzer (2007), pois elas privilegiam também a diversidade de atores/grupos na escolha, sendo esses dois fatores complementares, características que somente uma representação por *afinidade* não consegue dar conta.

Outra implicação das idéias de Abers & Keck (2008) é que se um grupo é eleito por uma determinada categoria, não significa necessariamente que ele representará somente aquela categoria. As autoras acreditam que os grupos nomeados para representarem, tanto do ponto de vista interno quanto das relações desenvolvidas com os outros grupos, não assumem uma postura homogênea, principalmente quando a diversidade dos atores é garantida. Segundo as autoras, há espaço para “criatividade”, uma vez que os grupos têm a possibilidade de conduzir suas ações da forma como desejam, não estando subordinados a uma bagagem anterior que impede esse dinamismo. Nesse sentido, o trecho abaixo é bastante explicativo:

“A concepção de representação segundo a qual grupos nomeados agem no interesse de públicos pré-definidos falharia ao não levar em conta as relações que se desenvolvem entre os indivíduos que são escolhidos pelas associações e pelas instituições governamentais para participar deles. Essa perspectiva deixa escapar a dimensão da criatividade, congelando as relações em papéis pré-ordenados, e supõe uma possível homogeneidade de posições entre organizações da Sociedade Civil que, além de impraticável, é indesejável. (...). [Os espaços participativos] podem ser espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a resolução de problemas.” (Abers e Keck, 2008: 109)

Esse processo se torna possível somente se for evitada a formação de representações corporativistas (conseqüência possível na concepção de representação de Avritzer). Devemos entender, todavia, que há uma diferença entre o corporativismo e espaços reais de diálogo para formação de consensos e articulação entre os atores. No primeiro, os interesses privilegiados não são necessariamente os da Sociedade Civil, além disso, não há espaço para descentralização do poder de decisão, uma vez que ele se concentra em volta de determinadas pessoas/grupos que conduzem os debates. Já no segundo caso, temos um modelo dinâmico, onde se privilegia a participação daqueles que poderiam ser afetados pela discussão, além de interessados na temática de uma maneira geral, para se chegar a uma melhor saída possível na solução dos problemas. Afinal, o pressuposto aqui é que, garantida a diversidade, a Sociedade não se comportaria de forma estática em suas decisões, mas que haveria espaço para a formação de novas idéias e novos olhares.

Assim sendo, as autoras defendem exatamente o diálogo entre os grupos, em um processo que elas denominaram de “relações fecundas” entre os atores, ou seja, a criação de espaços onde diferentes interesses, experiências, idéias e pontos de vista sejam debatidos, sendo estes essenciais para a “geração de inovações”.

“A expressão “relações fecundas” significa a justaposição de diferentes interesses, experiências e pontos de vista numa arena pública como essenciais para a geração de inovações. O elemento catalisador vai além da interação de idéias e motivos, e brota da construção de relações concretas entre atores que desenvolvem a capacidade para usar os recursos de forma inédita.” (ABERS & KECK, 2008: 101)

Nesse sentido, a legitimidade da representação para as autoras está associada não somente a questão de dar “voz aos excluídos”, mas também a própria dinâmica da Sociedade Civil, que é diversificada. Por conseguinte, para Abers & Keck (2007), a diversidade que caracteriza a representação da Sociedade Civil pode possibilitar que esses grupos (representantes) se solidarizem também com aqueles que não necessariamente conseguem se expressar. Esta solidariedade estaria relacionada às “relações fecundas” em um espaço público de debate, onde os atores trocariam experiências e vivências e poderiam estabelecer novos padrões tanto no que se refere à participação quanto no que se refere à representação da Sociedade Civil.

Em Avritzer (2007), ele consegue destacar a importância de uma esfera pública dialógica nos espaços participativos, ou seja, para além do debate, é preciso ter representantes que estejam dispostos a ouvir e pensar sobre todos os argumentos expostos, não se privilegiando apenas interesses próprios. Contudo, em defesa da representação por afinidade, ele não consegue equilibrar a questão do debate público e da necessidade de participação de atores diversos, o que pode ocasionar na sua ausência, como já citado, uma representação corporativista.

Retomando a discussão, o artigo de Abers & Keck (2008) privilegiou a questão da representação das associações civis organizadas. Entretanto, é fundamental - e acredito ser esse um dos grandes desafios da representação em espaços participativos -, pensarmos em outros tipos possíveis de representação que abranja mais grupos da Sociedade Civil. Quero dizer com isso que a representação de *associações formais* por si só torna-se fator limitador por privilegiar a representação de determinados *tipos*. Exemplo maior é que em determinados conselhos (aliás, em sua maioria) não há a possibilidade de participação se o indivíduo não fizer parte de alguma entidade civil *formal*. Alternativas devem ser criadas para aumentar a possibilidade de participação da Sociedade e estimular outras formas de organização/participação. Um exemplo interessante, e que pode ser utilizado em outros espaços de participação, é o caso do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, onde se permite uma representação baseada em critérios territoriais⁸, em que os atores não estão necessariamente relacionados com nenhuma associação formalmente constituída.

⁸ Maiores explicações sobre o modelo territorial de representação do Conselho Municipal de Saúde de Campinas serão fornecidas no Capítulo 3 dessa dissertação.

Em suma, a representação assumiu uma nova dinâmica a partir do momento em que se ampliaram os espaços de participação da Sociedade. Os critérios de quem são os atores legítimos para *falar em nome de* ainda estão em construção e são aceitos em maior ou menor grau de acordo com as experiências práticas que têm acontecido em todo País. Quero dizer com isso que, mesmo já existindo critérios formais de definição de quais são os grupos que podem ser eleitos para representarem a Sociedade nesses espaços – os critérios são estabelecidos em Leis, Resoluções e demais espécies normativas -, ainda há espaço para que experiências bem sucedidas de representação sejam pensadas e incorporadas nesse contexto de ampliação e criação de novos limites da representação.

Apesar de ainda estarmos nesse processo de “experimentação”, acredito que alguns pontos se tornam fundamentais no que se refere à representação da Sociedade. Nesse sentido, podemos aproveitar algumas idéias dos autores acima mencionados, destacando a importância dos novos parâmetros que são estabelecidos pela *representação no interior das experiências participativas* (LÜCHMANN, 2006). São eles: (1) não condenar as novas formas de participação à ilegitimidade baseado no modelo de representação tradicional; (2) garantir que o representante esteja minimamente atuando em favor do representado; (3) para isso, privilegiar iniciativas onde o representado possa ter maior controle sobre o representante; (4) a garantia de alguma espécie de *afinidade* ou *laços de solidariedade* entre representantes e representados; (5) debates públicos periódicos, onde os representados também possam expressar suas opiniões; (6) a necessidade de uma Sociedade Civil diversificada para evitar o estabelecimento de representações corporativistas.

II. Um Novo Olhar sobre a Saúde

A construção da noção de Saúde Pública no Brasil foi resultado de uma série de lutas entre diversos atores que procuravam influir nas políticas públicas desse setor. Existem três fases importantes na história da Saúde. A primeira refere-se aos primeiros movimentos por parte de sanitaristas para garantir as condições mínimas de higiene e saúde da população trabalhadora a fim de viabilizar o projeto de expansão econômica iniciado na década de 20. Durante os 50 anos subsequentes, a saúde se restringia somente àqueles que eram trabalhadores formais. Saúde Pública tornara-se sinônimo de um modelo exclusivamente assistencialista.

A segunda fase começa na década de 70, quando é iniciado dentro da Sociedade Civil um processo de questionamento sobre a forma de condução da saúde no Brasil. A união de sindicatos, movimentos sociais, intelectuais, médicos, sanitaristas, entre outros, visava mudanças nas Políticas de Saúde que deveriam se integralmente oferecidas a todos os cidadãos, de forma descentralizada e com participação popular. O Movimento da Reforma Sanitária brasileira consolidou em um só grupo essas diversas demandas e pressionou os parlamentares constituintes para que a Carta Magna de 1988 garantisse em seu texto o que era requisitado pela sociedade, ou seja, uma saúde pública, gratuita e universal.

A terceira fase se inicia após a promulgação da Constituição de 1988. Se a Constituição garantiu formalmente as demandas da Sociedade, as lutas nos últimos 20 anos se concentraram para que essas garantias fossem implementadas e respeitadas. Este capítulo tem o objetivo de fazer uma revisão das lutas e disputas que ocorreram e vem ocorrendo na Saúde Pública brasileira.

Assim sendo, este capítulo se divide em três partes. A primeira apresenta o quadro da saúde antes das primeiras movimentações dos grupos organizados para a Reforma da Saúde Brasileira. A segunda procura mostrar a influência no âmbito internacional e as pressões internas, de âmbito nacional, que motivaram a atuação dos atores e que fortaleceram o movimento de expansão da noção a Saúde Pública encetado em meados da década de 70 e que se consolidou com a Constituição. A terceira parte deste capítulo procura levantar quais são os problemas enfrentados na atualidade pelo Sistema Único de Saúde.

2.1 Antecedentes históricos

Até o início do século passado, o modelo de Atenção à Saúde era baseado no binômio diagnóstico-cura, em um processo individualizado. O foco da Saúde Pública – incluindo a internacional – era o combate aos vetores das doenças tais como eliminação de focos de mosquito, ratos ou outros causadores de doenças. Desta forma, as ações governamentais na área da saúde eram em sua maioria fragmentadas e pontuais (LIMA, 2005).

A preocupação aumenta quando as condições higiênico/sanitárias passam a ser entraves para o desenvolvimento econômico do País. A proliferação de doenças como a da malária, varíola e cólera, principalmente entre a população pobre e trabalhadora, ameaçaram a expansão das exportações e a imigração da força de trabalho estrangeira. Em decorrência disso, o Estado Brasileiro encabeçou um projeto que permitisse as condições sanitárias mínimas nos portos (e cidades portuárias) e entre a população estrangeira para a manutenção da expansão econômica no período. Apesar dessa preocupação com os setores mencionados, não houve, no entanto, uma maior mobilização pela saúde da população como um todo. Pelo contrário, as ações do governo se concentraram em policiar “os hábitos e comportamentos da população, principalmente a população pobre” (FERRAZ, 1998).

Fato esse que se mostrou insuficiente rapidamente, pois era preciso atender também os problemas de saúde da classe trabalhadora, classe essa que viabilizaria o projeto de desenvolvimento econômico nacional, este pensamento influenciou a elite e os intelectuais da época. Uma primeira movimentação nesse sentido parte dos próprios sanitaristas que propõem a intervenção do Estado no combate aos problemas sanitários que molestavam a população trabalhadora. Em 1918, o primeiro movimento em prol de mudanças na saúde é reivindicado pela “Liga Pró-Saneamento”, formada por médicos. A liga propunha a criação do Ministério de Higiene e Saúde Pública (FERRAZ, 1998).

Em resposta às demandas crescentes dos próprios trabalhadores (que já começavam a se organizar), bem como de sanitaristas e médicos que já viam a necessidade de intervenção do Estado na saúde como forma de garantir as condições básicas para a manutenção da classe trabalhadora, o governo cria, em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com o intuito de resolver os problemas da saúde pública e complementar a saúde do trabalhador (FERRAZ, 1998).

O relativo controle das doenças durante o período subsequente a criação do DNSP fez com que as questões de saúde fossem sendo postas de lado na década de 30. Entretanto, durante essa década, houve no país o aumento da urbanização e da industrialização a tal ponto que o país transformou-se em poucas décadas de uma população predominantemente rural para urbana, concentrando-se principalmente em grandes centros. População essa que correspondia à necessidade de mão-de-obra para as indústrias que se instalavam em face do projeto de desenvolvimento econômico. Esse inchaço da cidade provocou o aparecimento das periferias e as desigualdades socioeconômicas ficaram mais acentuadas. Soma-se a isso que, se por um lado, a Era Vargas foi marcada pela forte intervenção e controle do Estado nas políticas assistenciais e previdenciárias (LIMA, 2005); por outro lado, a política varguista distanciava-se cada vez mais de sua responsabilização em relação à Saúde Pública, pois esta era somente garantida aos trabalhadores formais que tinham direito aos benefícios da Previdência e, conseqüentemente, a Assistência à Saúde. Aos demais, restava a filantropia como as das Santas Casas ou Centros de Saúde Pública.

Nesse sentido, Fleury (2009: 744-45) estabelece uma distinção entre os modelos de proteção existentes. De um lado, o modelo assistencial, que objetivava atender aos mais pobres, numa perspectiva caritativa e baseada no trabalho voluntariado, estruturando-se de maneira pulverizada e descontínua. Segundo a autora, é uma relação que não configura um direito social, mas tão somente medidas compensatórias que são definidos por Fleury como uma “cidadania invertida” já que os beneficiados só podem ser objetos da proteção social se fracassaram no mercado de trabalho. Do outro lado, temos o modelo de seguro social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, em torno de categorias profissionais, em um processo denominado por Santos (1979) de “cidadania regulada”. A autora ainda destaca que o acesso a esses benefícios se dava de forma diferenciada nas diversas categorias, em que a lógica era aqueles que mais conseguiam pressionar o governo, mais benefícios recebiam.

Nem mesmo a instituição das Conferências de Saúde, em 1941 e 1950⁹, e a criação do Ministério da Saúde, em 1953, conseguiram retomar a saúde pública como uma das prioridades do governo. Durante os anos seguintes, esse modelo médico assistencial que privilegiou o exercício liberal da medicina, em detrimento da medicina Preventiva e de caráter público, intensificou o descaso estatal com a Saúde Pública (FERRAZ, 1998).

⁹ I e II Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente.

Somente entre as décadas de 60 e 70, começa a reaparecer a preocupação com a saúde coletiva da população. Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional da Saúde, espaço esse que viabilizou que paulatinamente fossem retomados os debates sobre a Saúde Pública e Coletiva no Brasil (FERRAZ, 1998). Conseqüentemente, no decorrer da década, são criados novos cursos de medicina e os primeiros departamentos de medicina preventiva e social são instituídos. Carvalho (2007) ressalta que, tanto no campo teórico, quanto no campo prático, as correntes Preventivista e da Medicina Comunitária começam a tentar “romper com a tradição higienista e curativa dominante” (p. 98). O próprio Carvalho descreve:

A insuficiência deste projeto [hegemônico – hospitalocêntrico] abre espaço para o surgimento de novas propostas – no caso, as correntes Preventivista e de Medicina Comunitária – que, sem romper com a essência do paradigma hegemônico, procuraram apontar caminhos alternativos para a organização do setor de saúde. (CARVALHO, 2007: 97)

Esses projetos propõem um modelo voltado não somente para o aspecto enfermidade-cura, mas para novos aspectos como a prevenção, “atenção simplificada à saúde e participação comunitária” (p. 100). Apesar dessa primeira tentativa de mudança no sistema de saúde não ter sido adotada, a semente estava lançada entre alguns setores mais progressistas na saúde que mais tarde conseguirão influenciar decisivamente a política de Saúde no Brasil.

De fato, a corrente hegemônica baseada em um modelo hospitalocêntrico continuou a prevalecer no campo da saúde. Almejando expandir o modelo de medicina previdenciária (fundamentalmente relacionada com a corrente hegemônica), são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias governamentais que eram financiadas pela “contribuição compulsória do salário mensal dos trabalhadores (3%), pelas firmas e pela União” (RÉOS, 2003: 40). Contudo, os IAPs não conseguiram atender alguns dos setores que careciam de assistência da saúde, como trabalhadores rurais, informais e desempregados (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986 *apud* RÉOS, 2003).

O fim da década de 60 é então marcado pelas sucessivas tentativas de conciliar esse modelo de saúde, que é em sua essência excludente e privatista, com algumas das demandas da sociedade. O auge desse projeto é a criação do Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS¹⁰), órgão responsável pelo complexo médico e financeiro, que buscou ampliar a cobertura da previdência entre setores excluídos, como trabalhadores rurais e domésticos, por meio de contratos e convênios com os prestadores privados (LIMA, 2005). Contudo, Réos (2003) destaca que esse modelo rapidamente não conseguiu se sustentar:

“O modelo se caracterizava, principalmente, pela compra maciça de serviços médicos em hospitais privados conveniados ao INPS, o que gerava altíssimos gastos com o pagamento de prestadores privados de saúde, pagos com recurso público. Esse modelo, inviável de ser sustentado, gerou uma forte crise financeira no sistema previdenciário, como também corrupções, devido à falta de controle sobre as unidades contratadas (despesas hospitalares). A dificuldade de financiamento desse modelo produziu uma crise previdenciária no país, que se somava à crise do modelo de desenvolvimento do regime militar, pós-1973, produzida em grande medida, devido a crise ocasionada com a elevação do preço do petróleo, que resultou em aumento das importações e em diminuição das exportações (CORTES *apud* RÉOS, 2003: 41)”.

2.2 Os Novos olhares: Mudanças Institucionais, Políticas e Sociais

Diante do cenário de crise descrito anteriormente, paulatinamente, um conjunto de fatores e atores convergiram para a necessidade de mudança no sistema de saúde brasileiro (e também do próprio regime político). Abaixo procurarei elencar algumas dessas razões, ou a *estrutura de oportunidades políticas*¹¹ favorável, que influenciaram substancialmente a visão sobre a Saúde Pública. Ressalto que elas abarcam o plano *institucional, político e social*.

No *plano político*, ressalto o momento histórico: no âmbito internacional, a disputa entre o sistema capitalista e o comunista, que obrigou aos países do primeiro bloco a estabelecerem políticas de bem-estar social (pelo menos para determinadas classes); no plano interno, um sistema ditatorial que encontrava seus limites frente às crises econômicas do período e que não mais conseguia se sustentar. No *plano*

¹⁰ Ressalto que uma separação mais incisiva das funções da Previdência e da Saúde ocorre somente com a constituição de 1998.

¹¹ As “estruturas de oportunidades políticas” nada mais são do que mudanças no meio político que ampliam ou diminuem as alternativas de ações para os atores, tal qual define Tarrow (1994).

institucional, procuro estabelecer as mudanças que ocorriam, durante o fim dos anos 70 e começo dos anos 80, dentro da estrutura governamental, ou seja, dentro dos Ministérios e demais órgãos. Essas mudanças tentavam responder às demandas por saúde da população, uma vez que não se conseguia atender a todos e o sistema de saúde, mesmo que se apoiando no setor privado, encontrava-se saturado. Finalmente, no *plano social*, a organização da Sociedade Civil em movimentos sociais, sindicatos e associações que exigiam a participação social nas esferas de decisão.

De antemão, ressalto que apesar da distinção que estabeleço, em vários momentos esses planos se cruzam e se entrecruzam, são complementares entre si, sendo impossível (e até mesmo indesejável) separar cada um deles sistematicamente. Em um primeiro momento, relatarei as principais mudanças da conjuntura política. Em seguida, destacarei as principais ações tomadas dentro do sistema de saúde (institucional) para a reforma do setor. Por fim, o papel dos atores que influenciaram rumo a um sistema de saúde público. Tendo esse panorama, procurarei discutir a influência *política* (nacional e internacional) que impulsionou a mudança nos rumos das políticas públicas de Saúde no Brasil.

No Brasil, desde 1964, os militares exerciam o controle político do País. O Golpe Militar fora consequência de uma série de fatores, tais quais: o medo da influência comunista; a própria crise econômica que atingia o país naquela conjuntura política; e, principalmente, o receio das políticas mais progressistas gestadas por João Goulart, que tinha, entre outros, a bandeira das Reformas de Base, a política de fortalecimento dos Movimentos Sociais (fatalmente relacionados com o comunismo) e a oposição das elites conservadoras e da Igreja. Com apoio das classes médias, da igreja e das elites brasileiras, o governo militar deu o Golpe e iniciou profundas mudanças (até como forma de legitimação) na estrutura funcional e financeira.

As mudanças objetivavam garantir a unicidade do sistema de governo. Na saúde e demais áreas sociais, a orientação governamental caminhou para a centralização administrativa e financeira em torno da União, diminuindo a autonomia dos estados e municípios. No mais, houve uma valorização das políticas de saúde em massa, em detrimento da medicina social e preventiva (LIMA, 2005: 40)

O milagre econômico foi o acalanto esperado pelos setores que apoiaram o golpe. Medeiros (2001: 14) destaca que “nesse período, são implementadas políticas de massa de cobertura relativamente ampla” que asseguraram, por um tempo, a

legitimidade da ditadura. Esse projeto, que mobilizou grandes montantes de recursos, passou a interessar a iniciativa privada:

“Os recursos que circulavam pela área social passaram a ser estreitamente articulados com a política econômica, sendo subordinados, em várias áreas, ao critério da racionalidade econômica. A iniciativa privada foi, assim, estimulada a assumir importantes fatias dos setores de habitação, educação, saúde, previdência e alimentação. Com essas inovações, a política social passou, inclusive, a ser um dinamizador importante da iniciativa privada” (MARTINE *apud* MEDEIROS, 2001: 15)

Se nos basearmos no exemplo da saúde, temos que a política de Saúde preconizada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) privilegiava o financiamento do setor privado, ou seja, um grande volume de recursos da saúde eram gastos financiando a construção de hospitais privados, a compra de equipamentos para o setor privado, bem como a própria manutenção de convênios e contratos com esses setores. Além disso, as políticas de saúde restringiam-se àqueles que faziam parte da classe trabalhadora formal. Segundo Medeiros (2001), “os governos militares restauraram muitas das tradições corporativistas do Estado Novo”, isso significou, na prática, que as políticas de saúde excluíram uma parcela da população que não conseguia pagar por serviços de saúde, restando a esses a filantropia, conforme citado anteriormente.

Uma característica interessante do modelo de desenvolvimento econômico promovido pela ditadura militar é que ele estava assentado na premissa de “primeiro acumular, para somente depois dividir”, um efeito denominado *trickle down*¹². Com a crise do Petróleo, em 1973, não houve “tempo” para que houvesse essa distribuição da renda. Por seu turno, as desigualdades se acentuaram e a insatisfação com o regime político acometia alguns grupos da sociedade. Os últimos anos da década de 70 se caracterizam, dessa forma, pela tentativa do governo de conduzir mudanças “controladas” para que se mantivesse o regime político e, paralelamente, pelo fortalecimento de grupos sociais que almejavam mudança tanto nas políticas sociais, quanto no sistema político.

¹² *Trickle down* significa a disseminação de cima para baixo dos rendimentos econômicos nacionais. Efeito “cascata”.

Enquanto isso, no plano internacional, o fim da II Guerra Mundial teve como uma de suas conseqüências o enfraquecimento das antigas potências mundiais (principalmente européias), que se encontravam arrasadas após a guerra e tentavam se reconstruir. Assim, duas novas superpotências surgem e se destacam: os Estados Unidos (EUA) e a União Soviética (URSS). Cada uma apresenta um projeto político distinto, enquanto os EUA encabeçavam o bloco capitalista, a URSS liderava o bloco comunista. A bipolarização do mundo em torno desses dois blocos desencadeou a chamada “Guerra Fria¹³”. Assim, as décadas seguintes são marcadas pelas intensas disputas entre esses blocos¹⁴. Na década de 70, a América Latina, que se encontrava dentro da zona de influência americana, via-se “ameaçada” pela influência comunista, exemplos são: o crescimento de grupos de esquerda, materializado pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) que, apesar de funcionar na clandestinidade¹⁵, tinha vários participantes (filiados) -; as lutas pela independência nos países Africanos, sob a influência de partidos de esquerda; e a ampliação dos movimentos de trabalhadores em toda América Latina (FERRAZ, 1998: 92). Assim sendo, Ferraz (1998) aponta que o modelo capitalista tinha que provar sua viabilidade frente aos anseios das classes trabalhadoras, isto é, de que seria possível, em meio à lógica capitalista da propriedade privada e do lucro, equilibrar crescimento econômico e bem-estar social (esta última era uma das grandes promessas do lado comunista).

Na América Latina, os *responsáveis* por “mostrar” a viabilidade desse projeto são os organismos internacionais, tal como a ONU e as agências financeiras. No campo da saúde, DAVID (2005: 40) ressalta o papel das “recomendações das agências internacionais de desenvolvimento Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)” para ampliar, via participação popular, a fiscalização sobre os recursos financeiros internacionais para essa área, uma vez que, para essas agências, “os governos centralizadores não teriam estrutura para controlar a totalidade desses gastos repassados aos projetos locais”.

De fato, o governo militar no fim da década de 70 e início dos anos 80 encontrava-se absorto em uma crise de legitimidade política fomentada pelo fracasso do

¹³ Guerra Fria foi a expressão cunhada para definir as relações entre as superpotências no período pós-guerra e espelha as disputas estratégicas e conflitos indiretos entre EUA e URSS.

¹⁴ Como não é o foco do trabalho, não entrarei na discussão entre as diferenças mais marcantes entre o capitalismo e o comunismo, e as principais estratégias e conseqüências das políticas adotadas no período.

¹⁵ Ele foi posto na ilegalidade durante o período ditatorial brasileiro.

milagre econômico – principalmente após as crises do Petróleo de 1973 e 1979 - e pela pressão popular pelo retorno da democracia, uma vez que a ditadura já tinha perdido parte de sua base de sustentação devido aos problemas econômicos e sociais. Moderadamente, a ditadura enceta um processo de abertura política que abrange, entre outros, a anistia política aos exilados, as liberdades de imprensa, a revogação dos atos institucionais, a eleições para cargos do Executivo e a possibilidade de associação e de organização partidária. Segundo Draibe,

“O acirramento da crise econômica em sua fase aguda, entre 1981 e 1983, corresponde a um período de distensão política, onde se destaca o compromisso do governo Figueiredo, como um “processo de abertura lento, gradual e seguro”, iniciado no período anterior. Essa liberalização do regime permitiu ampliar os canais de vocalização dos interesses das classes subalternas, implicando na emergência de se pressionar pela inclusão na agenda estatal, de um conjunto de políticas que aplacassem ou mesmo revertessem os efeitos perversos da crise, no plano de salários e dos empregos, associados a um conjunto de políticas sociais e dos setores mais efetivos” (DRAIBE, 1990: 14)

Logo, tem-se, de um lado, uma pressão internacional pela abertura política já que os processos ditatoriais não conseguiam mais responder as necessidades de um sistema capitalista; e, de outro lado, a dificuldades de se manter internamente, pela ausência de base legitimadora e a intensa pressão popular, um sistema de governo que cerceava as liberdades individuais e coletivas. Acontece que, mesmo no corpo burocrático do Estado, se estabelecem novos olhares para os problemas no campo da saúde. Ocorre uma mudança dentro desse corpo, pois há uma mudança de paradigma de como deve ser conduzida a política saúde, ou seja, que esta deve priorizar também a saúde coletiva. Com isso, ressalto a importância das mudanças no *plano institucional* que ocorrem no setor de saúde. Para isso, retomo a discussão travada mais acima sobre os problemas que o modelo hospitalocêntrico - e pensado por aqueles que controlavam o setor de saúde – ocasionava ainda na década de 70.

Em meados dos anos 70, em face das dificuldades enfrentadas, conforme mencionado acima, o modelo vigente delineado pelo INPS, que privilegiava o financiamento do setor privado, seja pela “compra” dos serviços médicos em hospitais privados, seja pelo próprio financiamento do setor como a construção de hospitais privados e de equipamentos hospitalares, em pouco tempo se mostrou insustentável.

Basta se lembrar da crise financeira mundial que assolou o setor econômico brasileiro, o que dificultou, e muito, o financiamento governamental. Havia ainda um número crescente da demanda por serviços médico-hospitalares, principalmente pelo rápido crescimento da população, que se concentrava nas periferias dos grandes centros. Para dificultar ainda mais, havia uma grande demanda por serviços de infra-estrutura dentro dessas periferias como sistema de coleta de esgotos, água encanada, serviço de energia, asfalto e sistema de transporte. A ausência desse conjunto de fatores contribuía para os problemas de saúde da população como a meningite. Aliado a isso, a falta de investimento no setor público de saúde (afinal, investia-se no setor privado) rapidamente causou a deteriorização dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (INAMPS). Paralelamente, os preços do setor privado aumentavam e o governo gastava cada vez mais. A bancarrota se dá quando os hospitais privados começam a romper vários convênios e contratos com o governo, já que este não conseguia mais sustentar tal sistema. (OCKÉ REIS *apud* LIMA, 2005: 42)

Houve, no período subsequente, diversas tentativas de que alguns dos problemas do sistema de saúde fossem contornados. Nesse sentido, a primeira iniciativa governamental foi a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) em 1979. Seus primeiros esforços se concentrariam em aliar mecanismos da medicina previdenciária e de alguns setores de Saúde Pública, principalmente aqueles relacionados com a medicina preventivista e a medicina comunitária¹⁶. Desta forma, os objetivos se concentrariam em realizar uma revisão dos próprios serviços oferecidos, em ampliar sua atuação principalmente com cuidados básicos de saúde e em procurar aumentar o controle do público sobre o serviço de saúde. Contudo, a forte influência dos atores relacionados ao modelo hospitalocêntrico dificultaram substancialmente a implementação de alternativas diferentes. Paim (*apud* RÉOS, 2003: 42) afirma “entretanto, o PREV-SAÚDE não foi implementado, dado a seu caráter fortemente conflitivo com o modelo médico-curativista vigente, o que deixava a evidência da existência de uma crise ideológica da Previdência.”

¹⁶ Retomarei adiante a influência desses atores a partir do fim dos anos 70 e na década de 80. No entanto, é interessante observar que esses setores progressistas estão cada vez mais presentes e pressionam por mudanças no sistema de saúde.

A criação, em 1981, do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) teve o objetivo de racionalizar os gastos da Previdência Social e contou com o apoio de grupos de interesse do setor hospitalar, da corporação médica e dos grupos organizados de equipamentos médico-hospitalares. Réos (2003) destaca alguns dos mecanismos utilizados para o controle dos serviços hospitalares privados que eram contratados:

(a) para aumentar o controle (que era praticamente mínimo à época) com os gastos hospitalares e diminuir a corrupção do setor de saúde substituiu-se as Unidades de Serviço (US) por Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs);

(b) No interstício entre 1984 e 1986, houve a elaboração das Ações Integradas de Saúde (AIS), com a finalidade de desenvolver os Sistemas de Saúde Estaduais, promover ações de descentralização, com ênfase a participação da Sociedade Civil no controle das ações em Saúde, bem como reorganizar as ações do Sistema de Saúde, dando ênfase à Assistência Básica, conforme descrito abaixo:

As AIS foram criadas como estratégia de reorganização institucional, de integração do sistema e de racionalização da atuação do sistema público através de convênios. As AIS previam, fundamentalmente, o repasse de recursos financeiros da União, por intermédio do INAMPS, para custeio e investimento nos sistemas municipais e estaduais. Como requisito para o repasse, os municípios e os estados tinham de criar um plano de saúde, prestar contas dos recursos ao Ministério da Saúde e constituir instâncias colegiadas de participação (CAMPOS; CORTES *apud* RÉOS, 2003: 43)

(c) Para auxiliar as ações das AIS foram criadas as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS), as Comissões Estaduais Interinstitucionais de Saúde (CIS), as Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde (CIMS) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS). As duas últimas tinham o objetivo de fomentar a participação social, uma vez que eram instâncias colegiadas abertas à participação de grupos de usuários organizados, profissionais da saúde, representantes do governo e aos prestadores de serviços com a finalidade, entre outros, de planejar a gestão das AIS dentro dos municípios e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos (CORTES *apud* RÉOS, 2003: 43).

O conjunto dessas ações, além da própria influência da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde (que mencionarei mais adiante), contribuiu para

que, em 1987, fosse criado o Sistema Unificado e Descentralização da Saúde (SUDS). O SUDS visava a consolidação das AIS mediante a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para estados e municípios. No mesmo ano de criação da SUDS, Cohn escreve um interessante artigo às vésperas da implementação do SUDS em que expõe às expectativas em torno desse modelo de descentralização do poder de decisão:

A proposta do SUDS retorna, recodificada, antigas propostas para o setor, provenientes, originariamente, da Saúde Pública: integração, hierarquização, regionalização. Se a questão é antiga, a proposta é inovadora. Tal como antigamente, o que está em pauta é imprimir maior racionalidade ao sistema de saúde (...), não se trata mais, fundamentalmente, de buscar um divisor de competências entre o Ministério da Saúde e a Previdência e Assistência Social, mas parte-se agora da premissa de uma integração da área de atuação de ambos, viabilizada através das Secretarias Estaduais Municipais de Saúde (...) [Essas] implementarão, sob sua responsabilidade, a assistência médica, construindo um sistema Unificado e integrado de Saúde. À medida que à União ficará reservada a tarefa normatizadora e de repasses de recursos para essas outras esferas de poder, viabiliza-se por essa via a descentralização. Ter-se-ia, assim, a integração, hierarquização e, ao invés da regionalização, a descentralização. (...) [Se antes] imperava o raciocínio sistêmico, dando-se por suposto esferas de atuação específicas à Saúde Pública ao atendimento individual. A articulação do novo discurso reside no pressuposto da ação conjunta – individual e coletiva – das ações de Saúde. (COHN, 1987: 55-6)

Esta tentativa de descentralização, no entanto, fracassou. DAVID (2005: 41) indica que ainda houve “fortes resistências à implementação do SUDS – por parte de empresários do complexo médico-hospitalar e da medicina liberal, dos burocratas ligados aos INAMPS e de parlamentares”. Desta forma, o conjunto de ações preconizadas pelo SUDS foi irrisório, pois, segundo Melo (*apud* DAVID, 2005), prevalecia ainda arranjos clientelistas, principalmente dentro da burocracia estatal e dos setores privados privilegiados pela política de saúde que tentavam inibir mudanças significativas no modelo de saúde vigente. Apesar dessa última resistência mais incisiva de setores ligados à medicina estritamente curativa e com forte relação com os setores privados, era iminente, dada a conjuntura político-social, de um novo modelo de Saúde Pública. Esse modelo se consolida com o SUS. Contudo, antes de explicarmos melhor o

que foi o SUS, é importante termos a exata dimensão dos demais fatores que contribuíram para sua existência. Com isso, procurarei destacar nos próximos parágrafos as mudanças que ocorriam no *plano social* e que foram decisivos para a mudança nos rumos da Saúde.

Na realidade temos que, desde a década de 70, novos sujeitos começam a figurar no cenário público em busca de mudanças na forma em que políticas de saúde são conduzidas. Destacam-se alguns setores de médicos e de sanitaristas, as Pastorais da Igreja Católica, os sindicatos e os Movimentos Sociais. De fato, dentro do setor médico, conforme já citado anteriormente, temos a disputa entre dois modelos de saúde, um relacionado ao modelo hospitalocêntrico, ou o “modo liberal-privado” que, segundo Campos (2007: 1867), está relacionado aos prestadores privados de Saúde e a setores mais conservadores da sociedade relacionados ao modo capitalista; o outro relacionado à Saúde Comunitária e Preventivista, ou “Tradição dos Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde” que, de acordo com Campos (2007, p. 1868), tem seu apoio na luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas ou do socialismo. Estes últimos assentam suas demandas, conforme destaca Carvalho (2007: 98-100), em práticas de saúde que (1) tenham um caráter educativo e anterior a própria doença (Preventivista), (2) privilegiando-se o papel da atenção simplificada à saúde e da participação comunitária (Saúde Comunitária).

“Dessa forma, a Saúde Coletiva insere o debate a respeito do campo da saúde no plano das políticas sociais, aproximando-o ‘das idéias de cidadania e democracia ao consolidar seus compromissos com a universalidade e com a equidade’. Este campo, até então ‘científico e neutro’, buscará traduzir a ação social e a política no seu arsenal de práticas terapêuticas. O pensamento em saúde ‘contamina-se pelo político, demarcando, no processo, um campo teórico e prático substancialmente diferente dos que o precederam.” (CARVALHO, 2007: 103).

Entre 1974 e 1988, os preconizadores da linha estratégica da Saúde Coletiva começam a ocupar lugares estratégicos dentro do Estado, visando a sua reorganização e a reforma do Sistema de Saúde. Segundo Carvalho (2007), durante a década de 80, os “dirigentes do campo progressista passam a ocupar postos de direção em instituições governamentais, assumindo cargos de escalões superiores do Ministério da Saúde e da Previdência Social” (p. 104). Desta forma, esses atores passam a influir significativamente na estrutura burocrática a fim de trazer modificações para a forma de

condução das Políticas de Saúde. Além disso, a militância de médicos, sanitaristas e demais profissionais da saúde foi ao encontro de um movimento maior de mobilização social que estava sendo conduzido no interior da sociedade.

Provavelmente, esta mobilização popular foi um dos fatores que mais influenciou as lutas pela reforma do sistema de saúde. Na década de 70, a Igreja Católica inicia um projeto de atenção à saúde para a população de baixa renda. Este projeto é tocado pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) nas Pastorais de Saúde de Igreja e nos clubes de mães. Ela contou com o apoio de médicos ligados à proposta da Saúde Coletiva, bem como com estudantes de medicina que eram influenciados dentro da academia por uma nova visão da saúde relacionada com a prevenção e melhoria das condições de higiene (SARCADO & CASTRO, 2002: 11).

O trabalho desses grupos se concentrou em desenvolver políticas preventivas nos bairros em que atuavam por meio de palestras, de visitas à população e das informações fornecidas durante a consulta que tinham um caráter de indicar as causas das doenças e como preveni-las futuramente. Este trabalho contribuiu para que a própria população começasse a pensar sobre a saúde, e percebesse a carência nesse ramo. Desta forma, a população que era público alvo desse projeto começou a ver a necessidade de pensar em políticas concretas para o setor de saúde a fim de alterar o quadro precário em que esta se encontrava. Começa, então, um amplo movimento nacional, denominado Movimento Popular de Saúde (MOPS), que visava principalmente pensar em novas políticas de Saúde. A criação deste movimento contou ainda, como anteriormente mencionado, com a participação de sindicalistas, de pessoas relacionadas aos partidos de esquerda (principalmente ao recém-criado PT), intelectuais, artistas e outras formas de organização Social (FERRAZ, 1998: 97-8).

Exemplo marcante de atuação de MOPS na luta pela Reforma da Saúde foi o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, que influenciou dentro do próprio município, bem como em outras regiões do país a formação de movimentos similares. Resumidamente, o constante aumento populacional levou as diversas regiões de São Paulo a se organizar e mobilizar em torno de temáticas que mais afligiam a população dos bairros de cada região. Assim, Sarcado & Castro (2002) indicam que cada região da cidade priorizou uma demanda. As autoras afirmam “na região sul destaca-se a luta pela água, na região norte por saneamento, na região oeste pela questão ambiental e na leste pela Saúde” (p. 12). Logo, surgiu o Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL), que se

destacou por sua forma de atuação, e também influenciou a criação e a consolidação de outros movimentos de saúde. Apesar do MSZL ser o exemplo mais citado nas bibliografias (SARCADO & CASTRO, 2002; FERRAZ, 2005; CORTES, 2002b), em outras cidades brasileiras, principalmente nos grandes centros urbanos (e concentrando-se nas zonas periféricas e nas favelas - como Campinas¹⁷, Rio de Janeiro, Vitória, Belo Horizonte, entre outras), o MOPS também tem papel fundamental e participou intensamente desse projeto nacional de mudança nas Políticas de Saúde.

Na verdade, a confluência desses atores, que vinham se mobilizando em torno das questões de saúde desde a década de 70, resultou em um movimento maior denominado de Reforma Sanitária. De acordo com Teixeira, a Reforma Sanitária representou,

“Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços, sob a égide do Estado.” (TEIXEIRA, 1989:39)

O Movimento da Reforma Sanitária significou a consolidação de idéias dos setores progressistas da sociedade acima mencionados para melhorias no Sistema de Saúde, baseado nas premissas da descentralização, da integralização do Sistema de Saúde e da participação popular nas decisões (RÉOS, 2003). Eles estabeleceram várias frentes de atuação que combinavam mobilização institucional e social. A mobilização social abrangia a participação plural da Sociedade Civil (Sindicatos, MOPS, Movimentos Sociais, Associações Cívicas, Médicos, Sanitaristas, Intelectuais, estudantes) para debater os rumos da Saúde. Já no campo institucional, alguns atores que estavam situados em posições estratégicas começam a influenciar as políticas de saúde (FERRAZ, 1998). Em dois momentos da década de 80 fica-se evidente a influência do Movimento da Reforma Sanitária.

O primeiro deles foi durante a VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986. Ela contou com mais de 4.000 participantes em Brasília e propôs não só uma reforma administrativa e financeira, mas uma ampliação do conceito de saúde, onde esta fosse

¹⁷ O capítulo 3 dessa dissertação descreve partes da história do MOPS de Campinas. Para maiores informações, ler a tese de Doutorado de Ferraz (2005).

vista como sendo (1) responsabilidade do Estado, (2) um direito do cidadão e (3) um serviço universal a todos oferecido (FERRAZ, 1998).

Na verdade, a atuação de representantes do movimento Sanitário Brasileiro foi imprescindível para influenciar os debates e as principais diretrizes que foram traçadas durante a VIII Conferência. Segundo Ferraz (1998), houve uma disputa acirrada de posições entre os defensores da Reforma Sanitária e os representantes da Federação Brasileira de Hospitais, que desejavam uma regulamentação mínima da saúde, com objetivo de manter seus interesses privados econômicos.

O segundo momento de influência do movimento Sanitário Brasileiro foi na elaboração da constituição de 1988. Novamente, os grupos que se confrontaram durante a VIII Conferência tentaram influenciar os rumos da Saúde Pública. Assim sendo, os dois grupos procuram pressionar os constituintes para que seus interesses fossem atendidos. O lado progressista usava das deliberações feitas durante a VIII Conferência para tentar influenciar os parlamentares; do outro lado, os setores conservadores tentavam provar a inviabilidade de um Sistema Público de Saúde universal e gratuito. É bem verdade que os parlamentares pertencentes à Subcomissão de Saúde, Seguridade Social e Meio-Ambiente não tinham em mente um projeto definido para o sistema de saúde. Eles se encontravam em uma situação delicada, principalmente pela grande pressão exercida pela sociedade e pela repercussão que a matéria tinha tomado (FERRAZ, 1998).

Logo, criou-se um modelo híbrido entre as duas propostas, que foi consagrado pela Constituição de 1988. De acordo com o que foi aprovado, coexistiriam políticas estatais com políticas de mercado nas áreas da saúde, da previdência e da assistência social. Isso ocorre principalmente porque era inviável, naquele momento, que o Sistema de Saúde se concentrasse somente nas mãos do Estado (FERRAZ, 1998). Era necessária a realização de convênios para responder à demanda de saúde da população, pois a rede de saúde pública era reduzida, ainda mais se lembrarmos que nas décadas anteriores os governos priorizaram os investimentos da rede privada.

2.3 A década de 90 e os Novos Desafios

Após a promulgação Constituição, inicia-se um processo de elaboração da legislação que estabeleceu as diretrizes, os princípios e a organização da saúde brasileira (LIMA, 2005). Em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) regulamentou as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta as seguintes políticas norteadoras:

- “1. Unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde;
2. Universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços;
3. Participação da população através – de entidades representativas – na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de Saúde;
4. Racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde a nível federal.”. (GALLO et Al, 1988)

Além disso, a Lei do SUS apresenta as seguintes diretrizes:

- “a) define o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas em todos os níveis de governo – com caráter complementar para a iniciativa privada; b) disciplina a atuação permanente da análise das condições de saúde e de seus determinantes; c) atribui responsabilidades pela formulação das políticas de saúde e de assistência; d) determina seus princípios e diretrizes, ressaltando-se, entre outros, a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a equidade, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e articulação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e recursos humanos de todos os níveis (esses aspectos são os mais marcantes para a demonstração da importância do SUS); e) define as atribuições e competências de cada nível de governo.” (FONSECA, 2007; 251)

Também em 1990 foi aprovada a Lei nº 8.142 que legisla sobre a participação da comunidade nas políticas de Saúde. Os dois mecanismos que garantem essa participação por meio de fóruns colegiados são as Conferências de Saúde e os

Conselhos Gestores de Políticas Públicas na Saúde¹⁸. O período subsequente à criação das principais Leis que regem as atividades do SUS foi marcado por novas disputas no campo da Saúde.

Os primeiros conflitos que ocorrem na Saúde referem-se à política de descentralização preconizada pelo SUS. A LOS determinara que as verbas e a gestão da Saúde fossem partilhadas entre União, Estados, DF e municípios. Conforme visto anteriormente, o Brasil tinha uma tradição centralizadora das políticas sociais que foi reforçada ainda mais durante o governo militar. Esta mudança “brusca” de paradigmas, que ocorre após a constituinte, resulta em um processo lento de adaptação das autoridades da Saúde. Na verdade, David (2005) aponta que havia uma relação tensa entre autoridades municipais e estaduais, pois estas se recusam a compartilhar o poder com aquelas.

Com a finalidade de resolver este problema, o Ministério da Saúde editou três Normas Básicas Operacionais (NOBs) entre 1991 e 1996. As NOBs visavam regular o nível de responsabilidade que cabia a cada um dos entes federativos para findar os conflitos de atribuições que ocorriam, bem como procuravam garantir o repasse de dinheiro para os Municípios, visto que havia a resistência dos Estados em fazer esse repasse. Cortes (2000) ressalta um aspecto importante: um dos requisitos para que houvesse o repasse das verbas federais (que é de onde vem a maior parte do dinheiro) tanto para o nível municipal, quanto para o nível estadual, era a exigência de Conselhos Gestores de Saúde organizados de acordo com as determinações legais. Esta exigência fez com que os Municípios e os Estados fomentassem a criação dos conselhos.

Claro que havia cidades, principalmente os grandes centros - Campinas, São Paulo, Vitória, Belo Horizonte -, que já tinham uma Sociedade Civil mobilizada, desde o fim dos anos 70, e que estava interessada em ocupar lugares dentro da estrutura estatal para influir nas políticas públicas. Todavia, a maioria dos municípios não contava com organizações sociais anteriores que poderiam impulsionar este projeto. Desta forma, em várias cidades, ficou a cargo das prefeituras (e principalmente dos prefeitos) incitarem a participação. A consequência é que em muitos municípios os prefeitos acabavam indicando (como ainda hoje indicam) parentes, amigos ou funcionários da prefeitura para compor os conselhos (BONFIM, 2000; CORTES, 2004).

¹⁸ Maiores informações sobre os Conselhos serão fornecidos nos capítulos seguintes.

A década de 90 ainda é marcada por um parcial abandono¹⁹ dos sindicatos nos conflitos que vinham sendo travados pela melhoria dos serviços de saúde. Relembro que os sindicatos foram um dos atores que mais apoiaram a Reforma Sanitária na década de 80 e eram importantes aliados estratégicos do movimento, uma vez que contavam com uma ampla base de apoio, além do que tinham muitas ligações políticas que foram úteis para influenciar a opinião dos deputados durante a formulação da Constituição. Acontecesse que as entidades sindicais passam a pressionar o governo para a inclusão de seus filiados em planos de saúde privados (CAMPOS, 1992; CARVALHO, 2007). Este movimento das entidades sindicais pode estar relacionado à precariedade do SUS em alguns centros urbanos.

Assim, paulatinamente, as classes médias brasileiras, representada, em sua maioria, por trabalhadores formais sindicalizados, deixam de utilizar o serviço público de saúde. Desta forma, este importante grupo social de pressão ao governo foca-se em demandas próprias de sua categoria e colocam em um segundo plano as políticas de saúde.

Sem dúvida, este fato também está associado ao processo de descentralização que foi engendrado no Estado Brasileiro. Para entendermos, é importante retomarmos a crítica que Marques & Arretche (2003) fazem a descentralização, qual seja, é que esta se deu somente em relação aos responsáveis por gerir o Sistema de Saúde, não havendo uma descentralização também da rede hospitalar de saúde. Assim sendo, não houve uma preocupação do Estado em construir novos hospitais, postos de saúde e de ampliar seu atendimento, conforme as debilidades já existentes na rede e o crescimento populacional. Os grupos organizados em torno de sindicatos, para escapar dessa lógica perversa, começam a fugir da rede pública e se concentram em torno dos planos de saúde. O resultado disso é uma “universalização excludente”, ou seja, usam prioritariamente o Sistema de Saúde aqueles que não têm como pagar por serviços privados ou planos de Saúde. Logo, o serviço é “universal”, mas quem o utiliza são as classes pobres, tal como aponta Menicucci (2006).

Apesar disso, nota-se uma particularidade interessante nessa questão, pois observamos que aqueles que pagam planos de saúde recorrem ao SUS quando os procedimentos envolvem alta complexidade, seja porque o plano de saúde não cobre os

¹⁹ Chamo de abandono parcial porque os sindicatos continuam apoiando os movimentos de saúde, contudo deixam de utilizar os serviços básicos da rede.

serviços, seja porque, dependendo do serviço, os profissionais e equipamentos da rede pública são melhores do que os da rede particular.

Outra consequência que é apontada por Marques & Arretche (2003) é que a rede privada, que deveria ser somente complementar à pública, passa a ser responsável por boa parte dos atendimentos da saúde por meios dos convênios firmados entre as secretarias estaduais e municipais e os hospitais privados e prestadores de serviço de saúde. É interessante percebermos que aqueles setores anteriormente ligados à política privatista de saúde aparecem renovados neste contexto por um novo repertório: se antes eles eram vistos como “inimigos” de um sistema público e gratuito de saúde, eles passam a ser considerados os “heróis”, pois auxiliam o Estado a atender às demandas crescentes de saúde.

A bem da verdade, como afirmado acima, na concepção original da reforma sanitária, a política de descentralização deveria ter sido aliada a uma política de financiamento do SUS. Contudo, a década de 90 é marcada pela pressão das políticas liberalizantes Pós-Consenso de Washington²⁰ das agências financeiras que preconizavam a redução de gastos:

A questão do financiamento tornou-se o “calcanhar de Aquiles” para a efetivação da reforma, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços. A ausência de fontes estáveis de financiamento os constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios levou a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS. (MENICUCCI, 2006)

A falta de financiamento na saúde acarretou em um SUS deficitário em capacidade e qualidade dos atendimentos, nos serviços oferecidos e na falta de capacitação de seus profissionais. Claro que isto se dá em maior ou em menor grau dependendo da região do país. Coelho (2010) apresenta uma comparação entre as regiões do País e revela as diferenças regionais existentes. Não apresentarei aqui os

²⁰ Consenso de Washington é um conjunto de medidas formuladas em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras que se baseava, entre outros, em disciplina fiscal, redução de gastos, privatizações, desregulação, liberalização da economia e reforma tributária.

dados empíricos da pesquisa realizada pelo autor²¹, entretanto as diferenças ficam visíveis quando comparamos os dados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em relação aos do Sul e Sudeste, assim as regiões mais pobres do país têm um pior Sistema de Saúde do que aquelas mais ricas.

Outro fator que também pode influenciar a política de saúde é o grau de participação social da população. Ter uma sociedade ativa que propõe novas políticas públicas pode auxiliar (e fiscalizar) a atuação do poder público. De acordo com Gohn (2001), os Conselhos Gestores, se realmente representativos, podem influir na construção das políticas públicas, bem como na tomada de decisões. A questão é se a população tem conseguido ocupar esses espaços, representar idéias e influenciar nas decisões, sem serem cooptadas por outros segmentos.

Baseado em todos os problemas apontados acima, resgato um artigo de Campos (2007), onde ele elaborou uma série de estratégias necessárias para se garantir uma efetiva consolidação do SUS, baseado nas bandeiras da Reforma Sanitária. Segundo ele, os sete passos deveriam ser: (1) procurar formas de instigar a criação de um grande movimento social plural que objetive melhorias sociais em todos os níveis para a população; (2) melhorar a utilização e a gestão de recursos financeiros do SUS; (3) priorizar na rede a cooperação e a co-responsabilidade dos atores, bem como as práticas preventivas em saúde, baseadas no modelo dos sistemas públicos de saúde; (4) pensar em novas formas organizacionais que definam o papel de cada agente na cadeia, evitando o “empurra-empurra” de obrigações; (5) reforçar as políticas de Saúde na família, estimulando a atenção primária; (6) reorganizar o modelo de gestão empregado pelo SUS, tanto em seus serviços próprios, quanto no das redes privadas, diminuindo o peso do governo e valorizando a gestão compartilhada; (7) fomento ao desenvolvimento científico e de tecnologias em saúde.

Desta forma, faz-se necessário uma mudança de atitude em relação às questões da Saúde no Brasil. O primeiro passo já foi dado, ainda na década de 80, pelos grupos que se organizaram para pressionar à Constituinte em prol de uma saúde pública, gratuita e universal. Hoje, é preciso uma retomada dos debates, entre a população, o governo e demais setores interessados, sobre quais rumos à Saúde deve tomar. Embora

²¹ Para mais ler: COELHO, I. B. (2010). “Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):171-183.

acredite no estabelecimento de novas arenas de debate, os Conselhos Gestores assumem importância exatamente por serem a arena já constituída em que se ocorrem essas discussões. Nesse sentido, é preciso compreender quem são os grupos da Sociedade Civil que lá estão representados e como eles têm agido. Assim sendo, os próximos capítulos procuram debater as questões da luta da Saúde no caso específico do Conselho de Saúde de Campinas (objeto de estudo deste trabalho), bem como a atuação dos conselheiros usuários neste espaço participativo.

III. O Desenho Institucional dos Conselhos Gestores de Saúde: Pensando a Categoria Usuários no CMS/CPS

Este capítulo tem o objetivo de analisar a questão dos representantes de Usuários nos Conselhos de Saúde, avaliando como isso vem sendo aplicado no caso concreto. Utilizaremos como referencial o nosso objeto de estudo: o Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMS/CPS). Primeiramente, apresentarei, de acordo com as Leis e as Resoluções Nacionais, quem são os atores considerados legítimos para representar a categoria Usuários. Em seguida, apresentarei a trajetória do CMS/CPS e discutirei quem são os grupos organizados que têm cadeira definida em Lei no CMS/CPS.

A Constituição de 1988 é considerada progressista, pois estabelece uma série de garantias *formais*²² para os cidadãos. Ela, como mencionado no capítulo anterior, é reflexo das séries de lutas pela redemocratização do país e o retorno das liberdades individuais. A pressão na constituinte por parte da Sociedade Civil – principalmente após a VIII Conferência Nacional de Saúde - resultou que, no próprio texto da Constituição, houvesse claramente a garantia de direito à Saúde. O artigo 196 da constituição estabeleceu que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Conforme o Artigo 198 inciso III é garantido à participação da comunidade na gestão da saúde. Provavelmente, este seja um dos maiores avanços, pois há previsão no próprio texto constitucional da participação da sociedade na Saúde Pública.

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080 que rege as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a forma de organização e as competências do SUS. No segundo Capítulo da lei do SUS, são fornecidos as diretrizes e os princípios que devem ser seguidos. No 7º Artigo, inciso VIII da Lei do SUS, também é garantida à participação da comunidade.

A Lei que regulamenta sobre a participação da Sociedade Civil na gestão do SUS foi criada logo em seguida, pois os grupos organizados em torno da saúde

²² Constituição formal é aquela que pode apresentar em seu texto qualquer assunto, mesmo os que não são considerados de pertinência constitucional. Se diferencia da material, pois nesta só são abordados os assuntos considerados essenciais ou fundamentais, como Organização do Estado e Organização dos Poderes. No caso brasileiro, a constituição se encaixa no primeiro caso, pois, além de ter assuntos tipicamente materiais, apresenta matérias que são constitucionais somente do ponto de vista formal, tal como o capítulo “Da Ordem Social” (pelo menos a maior parte dele).

pressionavam o governo para garantir sua participação. A Lei nº 8.142/90, no seu 1º Parágrafo, determina que o SUS conta com duas instâncias colegiadas de participação da sociedade: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Como a ênfase da dissertação é o conselho de saúde, abaixo segue o que a lei determina como características e atribuições do Conselho de Saúde tendo o foco à questão da representação dos usuários.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (Artigo 1º. § 2 da lei 8142/90)

Em 2003, a Resolução nº 333/03 ainda complementa a definição em sua *primeira diretriz*:

“O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.”.

Já na Lei nº 8112/90, há a determinação que a representação de Usuários seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Isso significa que 50% das cadeiras são de representantes da Sociedade Civil, enquanto que representantes governamentais, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde dividem as demais cadeiras entre si. Para garantir o cumprimento da Lei, ficou determinado que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que não se adequassem as novas normas poderiam parar de receber os recursos financeiros vindos da união.

A Resolução nº 333/03 é a espécie normativa mais recente publicada pelo CNS em que se reafirma a paridade dos usuários em relação às demais categorias:

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de *entidades* de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (3º. Diretriz, inciso II, grifos meus)

No entanto, é preciso saber quem são os grupos que podem representar a categoria Usuários no CMS/CPS. Esta definição é importante para se evitar que pessoas/grupos que não estejam ligados à categoria usuários ocupem a cadeira reservada a este segmento. Afinal, conquanto a Lei já afirme que pessoas relacionadas com prefeitos ou que trabalhem nas prefeituras dos municípios não possam ocupar as cadeiras da categoria Usuários, ainda é realidade em diversos municípios que haja indicação de pessoas de confiança do prefeito para essas cadeiras (LABRA, 2006; MARTINS, 2008; CORTES, 2002).

A Resolução nº 33/92 procurou definir que seriam os atores legitimados para ocupar as cadeiras dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde. Ela afirma que os Conselhos Municipais deveriam seguir a composição dos Conselhos Estaduais (que estava expressamente definida na Resolução). Assim, de acordo com a Resolução, a representação dos Usuários deveria ser composta por:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;
- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A elaboração da Resolução nº 333/03, no inciso III da *terceira diretriz*, refinou mais ainda a lista daqueles que poderiam ocupar a cadeira de representantes de Usuários em Conselhos de Saúde. A Resolução apresenta a seguinte redação:

De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, *dentre outras*, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de Saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de Saúde;
- q) do Governo. (3º Diretriz, Inciso III)

É interessante notarmos que não há uma divisão clara entre quem são os atores que podem representar cada categoria. Uma divisão mais sistemática seria importante justamente para se evitar que a cadeira dos usuários seja usurpada pelas outras categorias, tal como afirmado mais acima.

Outro detalhe importante é que, quando no *caput* da Resolução o legislador escolheu utilizar a expressão “dentre outras” para ampliar o leque de atores que poderiam ser representantes nos conselhos de saúde, ele próprio já abre a possibilidade de novas representações conforme as especificidades de cada localidade.

É importante relacionarmos o que as espécies normativas Federais definem como sendo os atores legítimos para representar a Sociedade Civil com a realidade do CMS/CPS, o nosso objeto de estudo. Assim sendo, conforme anunciado anteriormente, relatarei brevemente a história do Conselho de Campinas, bem como o que as Leis que

regulamentam o seu funcionamento ressaltam como aspectos imprescindíveis para a efetiva representação da Sociedade nesse espaço.

O município de Campinas é marcado por uma forte atuação da Sociedade Civil nas questões de saúde desde o fim dos anos 70. Esta atuação contou com os mais diversos grupos, entre eles, os movimentos sociais, os sindicatos, os intelectuais, as Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), sendo que estas últimas acabaram estimulando nos bairros a formação de Comissões Populares de Saúde (CPS). As CPS significaram a congregação de atores pela melhoria das condições de saúde. Destacam-se a atuação de grupos de mulheres da Zona Sul de Campinas, dos bairros do Swift, Vila Georgina, Vila Ipê, Jardim Esmeraldina e Jardim São Vicente (História do MOPS – Campinas).

Com o crescimento da organização das CPS, que recrutou pessoas de diferentes setores da cidade – médicos, sanitaristas, estudantes, entre outros -, rapidamente as comissões se transformaram em um movimento bem mais organizado, e que ficou denominado de Movimento Popular de Saúde (MOPS). Esse conjunto de atores acabou formando uma aliança diante da necessidade de reforma do Sistema de Saúde. Este projeto veio ao encontro da luta nacional de mudança nos rumos da saúde no bojo de uma luta mais ampla pelo fim da ditadura e pela redemocratização do país (FERRAZ, 2005: 68).

Mostrando a força do Movimento de Saúde de Campinas, trinta e uma entidades se reuniram, em 1987, no 1º Seminário de Saúde. Este seminário teve como tema “Saúde e Participação Popular”, e visou debater a questão da saúde, levantando os principais problemas, as bandeiras de luta, principalmente em relação os desafios impostos para a real participação da Sociedade no âmbito da Saúde e a formulação de propostas para área. Ele foi organizado pelas Comissões de Saúde do Cura D'Arce e do Jardim Nova Europa (História do MOPS – Campinas).

Quando acontece, no plano nacional, o processo de redemocratização e a criação da nova Constituição que previa a participação popular na gestão da saúde (via conselhos), começa dentro das Comissões de Saúde de Campinas, e entre todos aqueles que se mobilizaram pela mudança do Sistema de Saúde no município, as primeiras discussões sobre como deveria ser o modelo do Conselho de Saúde de Campinas. O auge dessas discussões foi a I Conferência Municipal de Saúde realizada em agosto de 1990 (FERRAZ, 2005). Uma apoiadora do CMS/CPS nos confirma esse processo:

Tinha um grupo de pessoas que reuniam, sindicatos, movimento popular de saúde, movimentos sociais, Sociedade Civil organizada. Eles já se reuniam para discutir o novo modelo de saúde que em 88 foi promulgada a lei... do SUS. Eles se reuniam para formar o conselho. As comissões já existiam, já discutia os problemas de saúde de Campinas. (apoiadora do CMS/CPS²³)

Apesar de ainda não existir formalmente, uma primeira reunião do CMS/CPS, com registro em ata, foi realizada em setembro de 1990, onde já se debatia os rumos para a Saúde Pública no Município. O Conselho Municipal passou a existir formalmente em dezembro de 1990 de acordo com a Lei nº 6.369/90 (FERRAZ, 2005).

É interessante percebermos que a Lei nº 6.369/90, que cria o Conselho Municipal de Campinas, data de 27 de dezembro de 1990, enquanto que a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade mediante conferências e conselhos gestores (legislação nacional) data de 28 de dezembro de 1990, ou seja, um dia após a criação da lei que rege as atividades do Conselho Municipal de Campinas.

Segundo sua lei de criação, o CMS/CPS é um órgão que “tem caráter permanente, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, e tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde” sendo o colegiado máximo responsável pela coordenação do SUS/Campinas (Lei nº 6.369/90). Estando, desta forma, consoante com o que às leis e resoluções do CNS determinam. Desde a sua criação, o CMS/CPS passou por dois processos de descentralização importantes: a criação dos Conselhos Locais de Saúde e a criação dos Conselhos Distritais de Saúde.

No ano seguinte após a criação do CMS/CPS, foi promovido um seminário pela Secretaria Municipal de Saúde a fim de debater a criação dos Conselhos Locais de Saúde que, a princípio, foram chamados de Conselhos Técnicos Administrativos. O objetivo era descentralizar as Políticas de Saúde, estabelecendo em cada unidade de atendimento de Saúde um braço do Conselho. Houve outro seminário após a realização deste primeiro para se continuar os debates sobre a criação dos Conselhos Locais. Neste momento, o MOPS já havia ido até São Paulo para observar a experiência da Zona Leste que era gestada e que ampliavam a participação da comunidade local na Gestão da Saúde. Assim, a idéia e as leis que regulavam os CLS de Campinas foram extremamente influenciadas pela experiência da Zona Leste de São Paulo.

²³ Apoiadores são pessoas que trabalham no CMS/CPS, auxiliando nas atividades desenvolvidas pelos Conselheiros. Atualmente, Campinas conta com três apoiadores e todos são ex-conselheiros.

Em 1991, a Lei nº 6.547/91 criou os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Os CLS passaram a ser responsáveis pelo controle e pela fiscalização da Política Municipal de Saúde no âmbito *local*. Isso criou uma proximidade maior entre população e conselho, pois as reuniões dos conselhos locais eram próximas à moradia da população (FERRAZ, 2005).

A criação dos Conselhos Distritais ocorreu somente em 2003, em um projeto de Lei proposto pelo vereador Ângelo Barreto do PT. Os Conselhos Distritais apresentam funções parecidas com o Conselho Municipal, ou seja, têm o objetivo de atuar na formulação e controle da execução da Política de Saúde, só que se restringe ao âmbito *regional*²⁴.

Nos últimos vinte anos, o Regimento Interno do CMS/CPS passou por três alterações. A última mudança foi votada e aprovada em 2008. Abaixo apresentarei brevemente o que dispõe, no geral, a Portaria de homologação para em seguida detalhar questões referentes à representação da categoria Usuários.

A Portaria SMS-04 de 07 de fevereiro de 2008 homologou o Regimento Interno do CMS/CPS, aprovado em reunião ordinária em 23 de janeiro de 2008. Este estabelece reuniões ordinárias mensais. O CMS/CPS apresenta a seguinte organização:

(a) *Pleno*, composto pelo conjunto de atores que foram eleitos ou indicados por suas respectivas categorias para as representarem no CMS/CPS;

(b) *secretaria executiva* composta por 04 (quatro) representantes dos usuários, 01 (um) representante dos prestadores de serviço, 01 (um) representante do governo Municipal; 02 (dois) representantes dos trabalhadores de saúde;

(c) *comissões permanentes*, sendo compostas por até 05 (cinco) membros, eleitos pelo Pleno, observando a representatividade dos diversos segmentos que compõem o Conselho, podendo delas participar conselheiros titulares e suplentes;

(d) *comissões provisórias*, podendo ser compostas por no máximo 05 (cinco) membros, podendo delas participar conselheiros titulares e suplentes.

As competências determinadas pelo Regimento Interno do CMS/CPS são: (a) atuar na formulação, controle da execução e avaliação da Política Municipal de Saúde; (b) estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos Municipais de Saúde; (c) propor critérios para definições de padrões e parâmetros assistenciais; (d)

²⁴ Mais adiante, neste capítulo, apresentarei as principais críticas aos Conselhos Distritais.

Estabelecer critérios gerais de controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde; (e) estabelecer critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde; (f) apreciar e deliberar sobre a inclusão ou exclusão de serviços ao Sistema Municipal de Saúde (g) fiscalizar os serviços próprios da Secretaria e os prestadores de serviços na área de saúde; (h) garantir a participação e controle popular; (i) acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde; (h) examinar propostas e denúncias, responder consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberação do próprio CMS; (j) convocar as Conferências Municipais de Saúde; (k) acompanhar o processo de capacitação dos profissionais da saúde.

Como as atividades são consideradas “relevantes serviços públicos”, elas não são remuneradas. Os representantes são eleitos por meio de plenárias convocadas especificamente para esse fim. Os representantes têm mandato de três anos, podendo ser reconduzido ao cargo apenas uma vez. Antes da Lei nº 13.230/07, o mandato era de dois anos. É interessante observar que a Resolução nº 333/03 do CNS sugere que os mandatos sejam de apenas dois anos. A última eleição ocorreu em 2008, coincidindo com as eleições no âmbito municipal. A Resolução nº 333/03 do CNS também sugere que não haja correspondência entre as eleições do conselho e as dos mandatos do parlamento. Em princípio, eu acreditava que a mudança para três anos de mandato havia sido uma solução para se evitar a correspondência entre as eleições do Conselho e às eleições representativas. Mas, impreterivelmente, a cada seis anos haveria a correspondência ora com a eleição Municipal, ora com a eleição Estadual/Federal. Constatando esse fato, perguntei, então, para uma conselheira qual era a razão da ampliação do mandato. Ela me informou que os dois anos de mandato passavam rápido demais e sempre interrompia os trabalhos para a realização de novas eleições. Para ilustrar a situação: um conselheiro eleito em 2005 começaria o mandato em 2006 e já em 2007 haveria novas eleições. Isso, segundo a conselheira, impedia a continuidade dos trabalhos do Conselho, além de demandar muito tempo das reuniões, que já era insuficiente para atender às tarefas do CMS/CPS. Apesar de a idéia ser interessante, um representante de usuários mostra o problema que isso tem causado atualmente:

“O único problema que eu vejo nesse novo é que o mandato era de dois anos e passou para três. No local, continua dois. E agora tão querendo passar para três. Enquanto houver essa divergência de local para municipal é difícil. Porque você só pode ser conselheiro

municipal se você for um conselheiro local. Então, quando encerra o mandato lá no local, ele tem que parar o mandato no municipal. Isso tá sendo um problema que a gente vem discutindo a tempos. A data teria que ser a mesma, pra encerrar junto. Isso prejudica no conselho municipal.” (Representante de Usuários).

De fato, pude observar que havia dentro do CMS/CPS uma movimentação para alterar a Legislação Local para que fossem implementadas, também em âmbito local, as mudanças que ocorreram no Município. Embora a fala do conselheiro aponte que os Conselheiros eleitos pelo Distrito deveriam deixar as cadeiras do CMS/CPS, na realidade isso não ocorre, pois há consciência por parte dos conselheiros deste problema causado e as providências estão sendo tomadas para resolver o “furo” da legislação.

O CMS/CPS se reúne, em reunião ordinária, todas as últimas quartas-feiras do mês. Esporadicamente são convocadas reuniões extraordinárias, que são realizadas conforme a urgência na solução de algum problema. As reuniões da comissão executiva ocorrem na parte da tarde do mesmo dia que as do Pleno. As demais comissões organizam sua agenda de acordo com a disponibilidade de seus membros.

Quanto à composição, a Lei nº 13.230/07 determinou que o Conselho de Saúde fosse composto por 44 (quarenta e quatro) cadeiras ou 88 (oitenta e oito) membros, se considerarmos os titulares e os suplentes. Além disso, a Lei garante a paridade dos representantes de usuários em relação aos demais segmentos.

Entrando no debate da representação da categoria usuários (e como a temática central deste trabalho é sobre isso), apresentarei as mudanças que ocorreram no Regimento Interno do CMS/CPS no que diz respeito à representação dos usuários. Antecipo que nas três mudanças de Regimento Interno que houve até hoje, todas apresentaram mudanças na Composição de representantes da categoria usuários²⁵.

²⁵ Há debates no CMS/CPS para que haja mais uma alteração no seu Regimento Interno, pois foram encontradas algumas lacunas. Novamente, essas discussões apontam na direção de alterações na composição da categoria usuários no conselho. Há algumas insatisfações, que serão apresentadas no corpo desta dissertação. Entre elas estão o número de conselheiros – 44 membros, o que é considerado por alguns um número excessivo -, e uma insatisfação por parte dos usuários pela atuação dos representantes de sindicato.

TABELA 1: As Diferentes Composições do CMS/CPS entre 1991/1998/2007
Representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas

1991	1998	2007
02 entidades Patronais	01 entidades Patronais 01 Associações de Aposentados	05 Movimentos Sociais ²⁶
06 do MOPS	03 MOPS	03 MOPS
_____	05 Conselhos Locais ²⁷	07 Conselheiros Locais ²⁸
02 para Associações de Doentes	01 para Associação de Portadores de Patologia/ Deficiência	01 Assoc. de Portadores de Patologia 01 Assoc. de Portadores de Deficiência
06 Sindicatos de Trabalhadores	06 Sindicatos de Trabalhadores	05 Movimento Sindical
16 representantes de usuários titulares	17 representantes de usuários titulares	22 representantes de usuários titulares

Fonte: Leis do CMS/CPS

²⁶ Segundo uma conselheira, as cadeiras reservadas às entidades patronais e às de associações de Portadores foram incorporadas dentro da categoria Movimentos Sociais.

²⁷ Sendo um por região/distrito.

²⁸ Sendo pelo menos um por Distrito de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

A Lei ainda define que são considerados entidades e movimentos sociais de usuários aqueles que: (1) tenham atuação no Município de Campinas; (2) tenham constituição formalizada nos órgãos competentes, ou documentação que comprove sua existência a no mínimo dois anos; (3) representem etnias, gênero, idosos, organizações religiosas ou organizações de moradores. Para a eleição, são convocadas 12 assembleias com horário, data e local distintos. Formalmente, as assembleias plenárias para escolhas dos membros são convocadas mediante edital publicado no Diário Oficial do Município ou, em sua ausência, em órgão de imprensa local. Informalmente, há a divulgação no site do CMS/CPS e no “boca a boca” pelas redes criadas, afinal, quem participa do Conselho conhece outras pessoas que participam ou tem interesse. As assembleias da última eleição ocorreram no Salão Vermelho da Prefeitura.

No CMS/CPS, as três alterações que aconteceram na Lei apresentam algumas características interessantes. A primeira é o aumento significativo de cadeiras que ocorreu na última mudança da legislação. Tal fato, pelo que pude observar, não é unanimidade dentro do Conselho. Abaixo segue posições contrárias e favoráveis ao aumento de cadeiras dos conselheiros:

Foi boa. Houve maior diversidade (Representante de Usuários).

Acho que democratizou mais. (Representante de Usuários)

Eu fui voto vencido nesse debate das mudanças principalmente por causa dessa composição da representatividade. Tem muitos setores, são raras as sessões do pleno que você tem um quórum de 80%. Você tem um número muito de conselheiros e uma participação não tão... afinal de contas, você tem uma reunião mensal. Então, tentou-se dar uma amplitude maior de participação na sociedade, mas que acabou não se consolidando em representação efetiva. (Representante de Usuários)

Estamos revisando novamente a lei. Eu acho que o conselho deveria ser mais enxuto, inchou muito. (Representante de Usuários)

Notamos que os Conselheiros Usuários que foram favoráveis ao aumento de cadeiras acreditam que isso tenha ampliado ainda mais a diversidade dentro do CMS/CPS. Já aqueles que são contrários, afirmam que o Conselho aumentou demais, e que não houve ganhos qualitativos na representação. A última conselheira reforça o que eu já havia comentado anteriormente, há a proposta de uma nova mudança na Lei do Conselho que, entre outros, procura revisar a quantidade e a quem pertencem às cadeiras no Conselho Municipal.

Quanto à categoria dos sindicatos, observamos que houve a diminuição de uma cadeira para esta categoria. No momento, abstenho-me neste momento de tecer maiores comentários, pois dissertarei a respeito na análise empírica dos dados. Adianto somente que há uma forte resistência a (falta de) atuação dos representantes de sindicatos por parte dos outros conselheiros usuários no CMS/CPS. Observamos, pela Tabela 01, a existência de cadeiras cativas, ou seja, grupos/associações que historicamente ocupam cadeiras no CMS/CPS. Destaque para o Movimento Popular de Saúde e para as Associações de Portadores de Deficiência e de Patologia.

Já os Movimentos Sociais somente entraram na lista de representações na última eleição. Na verdade, podemos dizer que duas cadeiras anteriores foram incorporadas dentro dessa categoria: as Entidades Patronais (que em 1991 tinha direito a duas cadeiras e em 1998 só tinham direito a uma) e as Associações de Idosos. Os conselheiros acreditam que é muito mais democrático garantir cadeiras para os “Movimentos Sociais” do que reservar para entidades específicas algumas cadeiras. Quando comparei na primeira vez as mudanças nas legislações, fiquei com dúvida do por que não existir mais uma cadeira reservada às entidades patronais. Desta forma, perguntei a uma das apoiadoras do CMS/CPS que tinha “mais tempo de casa”. Ela, então, me explicou que os conselheiros haviam considerado mais justo que as *entidades patronais* disputassem uma cadeira com as demais entidades civis na categoria Movimentos Sociais. Mais ainda, esta conselheira lembrou que essas entidades elegiam membros, mas estes não iam às reuniões, nem participavam das atividades do CMS/CPS. Tal postura deixava os conselheiros mais ativos insatisfeitos com a atuação destes representantes, o que os levou, durante as discussões da última mudança de composição, suprimir definitivamente a reserva de cadeira para entidades patronais.

Por fim, é importante destacarmos a inclusão de representantes dos Conselhos Locais de Saúde no CMS/CPS. Porém, antes de travar o debate pertinente sobre essa categoria, gostaria de comparar quem são os representantes de usuários que estão determinados no Regimento Interno do CMS/CPS com os que foram instruídos pela Resolução do CNS.

Primeiramente, observamos que as seguintes cadeiras do CMS/CPS estão contempladas na Resolução nº 333/03 do CNS: as *associações de portadores de patologia, as associações de portadores de deficiência, os movimentos sociais (incluindo aí o MOPS) e os sindicatos*. Contudo, não há nada que se refira aos

representantes de distrito. Se nos basearmos na Lei nº 13.230/07, não há nenhuma determinação legal de que os representantes de distrito de Campinas precisam pertencer a uma organização, associação ou movimento social. No entanto, no 4º artigo inciso II, da Resolução nº 333/03 do CNS há a instrução para que *entidades* representem os usuários. Assim sendo, procuro compreender quem são os representantes de Distrito que compõe o CMS/CPS e quais são os problemas e vantagens da sua representação.

Antes, é preciso compreender o processo de formação e divisão do Município de Campinas em Distritos. Assim sendo, deparei-me com duas leituras do processo de formação dos distritos. Esses processos são complementares e reforçam a idéia de projetos em disputa que se confundem no discurso, como já indicado por Dagnino (2004). A primeira das leituras, e que no meu entender se aproxima do projeto democrático, foi fornecida por uma apoiadora do CMS/CPS que pertence ao MOPS:

O que existia eram os distritos de saúde organizados na região, distrito leste, distrito sul... Mas não existia conselho formalizado lá. Existiam plenárias daqueles conselhos locais daquela região.(...) O conselho distrital não era um conselho formalizado. Eram plenárias que existiam no distrito de saúde. Então, esses distritos de saúde faziam plenárias no conselho local. Não existiam conselhos distritais. (apoiadora do CMS/CPS)

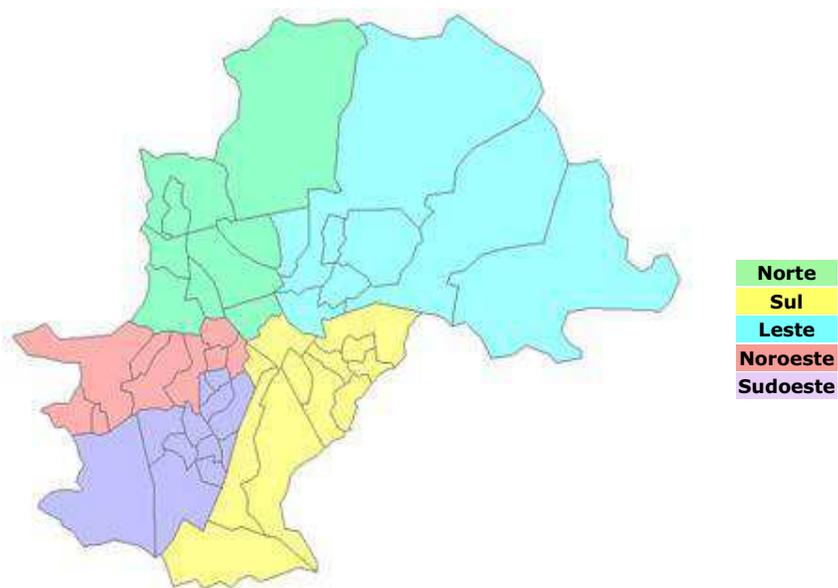
Os distritos de saúde eram, na verdade, a divisão da cidade de Campinas em cinco regiões. Dentro de cada região eram realizadas plenárias da população aonde se debatiam os problemas da saúde daquela área. Podemos aproximar essa idéia da de construção de um projeto democrático, aonde se exige atores sociais ativos, que participem dos debates e construam em coletividade uma agenda de reivindicações e prioridades (Dagnino, 1994).

Dentro das plenárias eram escolhidos aqueles representantes dos conselhos locais que participariam do conselho municipal. É importante notar que nesse primeiro momento não havia a formalização dos distritos, ou seja, não havia nada que o garantisse legalmente. Então, se retomarmos o Regimento Interno anterior (Lei nº 9.625/98) do CMS/CPS, observamos que havia 05 (cinco) vagas reservadas para os conselhos locais, não havendo a necessidade de o conselheiro participar de outras instâncias para ser representante de usuários. Ainda há nessa Lei a especificação de que cada região deveria ter um representante.

(b) 5 (cinco) vagas dos Conselhos Locais, sendo 01 (hum) por região ou distrito. (lei nº 9.625/98).

A outra face da moeda no que se refere à formação desses distritos é que, complementarmente, já havia também dentro da Secretaria de Saúde a divisão da região de Campinas em áreas com cerca de 200.00 habitantes com a finalidade de facilitar a gestão da cidade, através da descentralização do planejamento. O município de Campinas foi dividido em 05 regiões: norte, sul, noroeste, leste e sudoeste, conforme mapa abaixo.

FIGURA 1: A Divisão do Município em Distritos de Saúde



Temos, dessa forma, dois processos paralelos de distritalização: um que é tocado pela sociedade e que prevê a participação social nas questões da saúde através de plenárias nos distritos; e outro que divide a cidade em distritos com o objetivo de melhorar a gestão pública através da descentralização. A confusão desses projetos talvez se espelhe na proposta a Lei de nº 11.465/03, apresentada pelo vereador Ângelo Barreto do PT, que criou formalmente os Conselhos Distritais de Saúde, conforme o relato abaixo indica:

“Aí depois um vereador [Ângelo Barreto] achou bom fazer uma lei dos conselhos distritais. Por isso que viraram conselheiros distritais.” (Apoiadora do CMS/CPS)

Temos, dessa forma, uma relação dúbia, de um lado temos um vereador do PT, um partido normalmente ligado aos movimentos sociais e demais formas de organização social, mas que propõe algo que não estava nos planos de todos aqueles que construíram o movimento de saúde em Campinas:

“A gente nunca *pensou em conselhos distritais formalizados*, formal. A gente tinha os conselhos locais formalizados. (...). O conselho distrital não era um conselho formalizado. Eram plenárias que existiam no distrito de saúde. (...). Aí o Ângelo decidiu fazer uma lei... (Apoiadora do CMS/CPS)

Conforme já mencionado, os conselhos distritais passaram a ser espaços formais. Quando houve a mudança no Regimento Interno do CMS/CPS em 2007, a redação da Lei nº 13.230/07 sofreu uma pequena, mas significativa alteração:

b. 07 (sete) representantes dos Conselhos Locais de Saúde, sendo pelo menos 01 (hum) por Distrito de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

Um dado chama a atenção nesta representação, Campinas conta com sete cadeiras para os representantes de distrito. Contudo, a cidade é dividida em apenas cinco distritos, e cada um deles tem direito a uma cadeira, exceto o distrito sul que tem direito a duas. A razão disso é que há a previsão da divisão deste distrito em dois, logo ao alterar a lei, os conselheiros já se adiantaram e deixaram essa cadeira a mais para evitar mais uma mudança da legislação ou uma disputa para determinar quem iria ficar sem cadeira. Além dessas seis cadeiras, a sétima pertence aos Centros de Referência.

Dando continuidade ao debate, para ser representante do Conselho Municipal de Saúde, além de participar do conselho local, o conselheiro deve também, pela Lei, participar do conselho do Distrito. Isso, como aponta uma das apoiadoras, pode ser um obstáculo:

“Só que na minha visão (...) eu acho que o conselho distrital é mais um canal onde pára as coisas. O conselho distrital... não tem a ligação direta... o conselho local não tem ligação com municipal. Tem que passar pelo distrital. Então, para mim, é mais um muro. Você começa dificultar porque quando você pensa em um conselho popular, em uma sociedade que participa você não pode criar barreiras. Então, se eu não resolvo no conselho local, eu não posso ir direto para o municipal, eu tenho que passar pelo distrito primeiro. É toda uma questão de regionalização. Hoje eu até entendo a organização. Mas eu vejo a dificuldade dos conselheiros. É muita coisas que eles têm que participar. Tem que ser conselheiro local, distrital e municipal. Então são etapas que você vai percorrendo e os conselheiros não tem tempo e não tem dinheiro. E aqueles que querem participar perdem o estímulo, querem participar de tudo, mas não podem, não tem dinheiro, não tem tempo

para fazer. Então, na minha humilde opinião, é mais uma barreira.” (apoiadora do CMS/CPS)

E ainda continua:

O conselheiro distrital está perdendo a sua base. São muitas participações [conselho local, conselho distrital, conselho municipal, além das comissões das quais ele participa]. Que tempo ela tem para trabalhar os usuários da localidade deles ou do centro de saúde? (Apoiadora do CMS/CPS)

Nota-se que os problemas se concentram em duas frentes: (a) no excesso de funções que um conselheiro representante de distrito no CMS/CPS assume, pois se a Lei nº 13.230/07 procurou valorizar a representação distrital, acabou sobrecarregando de tarefas esses conselheiros; (b) na perda de vínculos entre população local e Conselho Municipal, somando-se ainda a perda do elemento principal da concepção da representação dos conselhos locais (no CMS/CPS) que eram as plenárias, esses espaços ampliados de comunicação da sociedade, aonde se debatiam os problemas de saúde de uma dada região.

Algumas considerações são necessárias, pois, ao mesmo tempo em que há certa resistência por parte de certos grupos – e acredito que os motivos acima expostos por essa apoiadora são bem esclarecedores para o caso específico de Campinas – há aqueles grupos que apoiaram o vereador, além do que as Conferências Nacionais de Saúde e as resoluções do CNS estimulam a criação de conselhos distritais:

27. Incentivar a criação por lei, em todo o país, de conselhos locais e distritais de saúde, com apoio e supervisão das três esferas de governo, como instâncias de controle social, recomendando a participação efetiva de usuários e trabalhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento. (XIII Conferência Nacional de Saúde. **Eixo III** – *A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde* 2008).

É bem verdade que as críticas mais contundentes aos Conselhos Distritais não devem “apagar” o outro lado da moeda, qual seja, a participação de atores mais diversos no processo de representação. A existência de Conselhos Distritais garante que aqueles que não se organizavam *formalmente* possam participar ativamente de espaços participativos. Além disso, ganha-se em representatividade dentro do Conselho. Afinal, tem-se a garantia de que há pelo menos um representante de cada região no CMS/CPS, não havendo concentração da representação em poucos segmentos da Sociedade.

Conforme comentado no capítulo I, a representação baseada em critérios territoriais pode ser uma das alternativas para se evitar que sejam sempre as mesmas entidades civis dentro do Conselho. Em uma representação territorial, os laços de *afinidade* entre população e conselheiro usuário são anteriores a própria representação, pois a comunidade de um distrito tende a sofrer problemas próximos, visto que os problemas de um bairro tendem a atingir ao bairro vizinho e assim sucessivamente. Desta forma, se uma das críticas recai sobre o fato dos conselheiros distritais terem “muitas representações”, as várias entradas de atuação que os conselheiros distritais estão submetidos podem facilitar a compreensão destes para com os temas que são debatidos tanto dentro da comunidade, quanto nas plenárias do CMS/CPS.

De fato, observamos que não é exclusivo de Campinas uma representação baseada em critérios territoriais. No município de São Paulo, por exemplo, também observamos esse tipo de representação:

6 (seis) representantes de Movimentos Populares de Saúde, sendo 1 (um) da Região Leste, 1 (um) da Região Sudeste, 1 (um) da Região Sul, 1 (um) da Região Oeste, 1 (um) da Região Norte, 1 (um) da Região Centro (Decreto N° 38.576, de 5 de novembro de 1999).

A diferença mais significativa que existe entre a representação do Município de São Paulo e de Campinas é que enquanto em São Paulo as cadeiras são garantidas para os representantes do MOPS de cada região, em Campinas não é necessário que o representante faça parte de nenhuma entidade civil.

Ao se cogitar novas formas de representação nos conselhos, diferentes ou complementares as que já existem, não estou afirmando que o formato da representação já desenhado não é bom ou não é suficiente, mas que novas possibilidades de representação são possíveis na construção democrática da participação política e que podem garantir e ampliar a diversidade de atores nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. É importante conhecermos o caso concreto para aprendermos com as experiências que estão sendo gestadas no interior dos espaços participativos. Os próximos capítulos procuram exatamente fazer esse papel.

IV. A Participação dos Usuários no CMS/CPS

Este capítulo tem dois objetivos centrais. O primeiro é identificar o perfil dos representantes de usuários que integram o CMS/CPS. O segundo é avaliar a participação da categoria usuários baseada nas percepções dos próprios conselheiros usuários. Assim, procuraremos identificar como o usuário avalia a própria participação, quais são os principais problemas enfrentados para o real empoderamento nos conselhos e como ele avalia a sua relação com a Secretaria de Saúde e que, conseqüentemente, podem facilitar ou dificultar a participação.

4.1. Perfil dos Entrevistados

Antes de traçar o perfil dos Representantes de Usuários, apresentarei um quadro que visa explicar a composição do CMS/CPS e aqueles que foram entrevistados. Tal quadro tem o objetivo de facilitar a compreensão do leitor sobre os conselheiros que foram entrevistados em comparação com o universo do Conselho.

TABELA 02: Formação Originária X Atual Composição X Entrevistados

Representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, gestão 2008/2010

	Formação Originária²⁹	Nº de Membros em Junho de 2009	Entrevistados
Representantes dos Movimentos Sociais	5 Titulares	4 Titulares	4 Titulares
	5 Suplentes	_____	_____
Representantes do MOPS	3 Titulares	3 Titulares	2 Titulares
	3 Suplentes	1 Suplente	1 Suplente
Representantes de Distrito	7 Titulares	7 Titulares	6 Titulares
	7 Suplentes	5 Suplentes	3 Suplentes

²⁹ Quero dizer com “Formação Originária” todas as cadeiras que cada categoria tem direito (e foram eleitos), conforme determina o Regimento Interno.

	Formação Originária³⁰	Nº de Membros em Junho de 2009	Entrevistados
Representantes das Assoc. dos Portadores de Patologia	1 Titular 1 Suplente	1 Titular 1 Suplente	1 Titular 1 Suplente
Representantes das Assoc. dos Port. de Deficiências	1 Titular 1 Suplente	1 Titular _____	1 Titular _____
Representantes de Sindicatos	5 Titulares 5 Suplentes	5 Titulares 2 Suplente	3 Titulares 1 Suplente

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa realizada.

Observamos que todas as categorias tiveram pelo menos um de seus representantes entrevistado. A categoria em que menos entrevistas foram realizadas foi a de Representantes de *Sindicatos*. Em três categorias todos que ainda ocupavam cadeiras foram entrevistados: os dois Representantes de *Associações de Portadores de Patologia*, o Representante de *Associações de Portadores de Deficiências* e os quatro Representantes de *Movimentos Sociais*.

Uma peculiaridade chama atenção no quadro acima, das *dez* cadeiras, entre titulares e suplentes, que deveriam ser ocupadas pelos representantes de *Movimentos Sociais*, apenas *quatro* ainda estão ocupadas. Inclusive, na época em que eu realizava as entrevistas, havia a possibilidade de serem feitas novas eleições para preencher as cadeiras que estão vagas no CMS/CPS. O ANEXO II é composto de documentos que foram entregues em uma das reuniões da Executiva e apontam para a necessidade de realização de novas eleições para preenchimento das cadeiras vagas. Uma conselheira certa vez comentou comigo que a deficiência na categoria *Movimentos Sociais* se deve a mudança recente no Regimento Interno, em que as vagas dos Representantes de *Movimentos Sociais* saltaram de *quatro* (dois titulares e dois suplentes) para *dez* (cinco titulares e cinco suplentes). Logo, segundo esta conselheira³¹, não há ainda uma cultura participativa entre os *Movimentos Sociais* de Campinas, o que levou a essa deficiência

³⁰ Quero dizer com “Formação Originária” todas as cadeiras que cada categoria tem direito (e foram eleitos), conforme determina o Regimento Interno.

³¹ Utilizo palavras próprias, mas que expressam o pensamento da conselheira, uma vez que esse comentário não ocorreu durante uma entrevista e não tenho como reproduzir fielmente o que foi dito pela conselheira. Tal recurso será usado outras vezes no corpo dessa dissertação.

nessa primeira experiência de maior número de vagas no Conselho³². Contudo, lembro-me dela ressaltar que acreditava que o tempo iria corrigir esse problema, pois os Movimentos Sociais da região iriam participar cada vez mais assim que tomassem conhecimento do espaço e da ampliação de cadeiras para a própria categoria.

No quadro abaixo, temos a caracterização dos *vinte e três* entrevistados, que compõem o universo da pesquisa. Lembro que, atualmente, das *quarenta e quatro* cadeiras reservadas aos representantes de usuários, entre titulares e suplentes, apenas *trinta* estão ocupadas.

QUADRO 01: Caracterização do Perfil dos Entrevistados
Representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, gestão
2008/2010

Entrevistado	Idade	Sexo	Grau de Escolaridade	Ocupação
<i>Representantes de Movimentos Sociais</i>				
Representante de Usuários 01 ³³	56 anos	Masculino	Superior Incompleto	Autônomo
Representante de Usuários 02	37 anos	Masculino	Superior Completo	Jornalista e Professor
Representante de Usuários 03	60 anos	Masculino	Ensino Médio Incompleto	Autônomo
Representante de Usuários 04	54 anos	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Dona de Casa
<i>Representantes do MOPS</i>				
Representante de Usuários 05	38 anos	Feminino	Superior Incompleto	Dona de Casa
Representante de Usuários 06*	51 anos	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Dona de Casa
Representante de Usuários 07	66 anos	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Aposentada
<i>Representantes de Associações</i>				

³² Conforme comentado no capítulo anterior, o último Regimento Interno data de 2007.

³³ A seqüência numérica dos conselheiros entrevistados foi estabelecida aleatoriamente. Contudo, para preservar as identidades dos mesmos, elas não serão utilizadas no corpo da dissertação.

Representante de Usuários 08*	44 anos	Feminino	Superior Completo	Assistente Social
Entrevistado	Idade	Sexo	Grau de Escolaridade	Ocupação
Representante de Usuários 09	52 anos	Feminino	Superior Completo	Jornalista
Representante de Usuários 10	33 anos	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Funcionária de Associação
<i>Representante de Distrito</i>				
Representante de Usuários 11*	67 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Aposentada
Representante de Usuários 12	56 anos	Masculino	Superior Completo	Autônomo
Representante de Usuários 13	52 anos	Feminino	Ensino Médio Completo	Aposentada
Representante de Usuários 14*	49 anos	Feminino	Superior Incompleto	Funcionária de ONG
Representante de Usuários 15	56 anos	Masculino	Fundamental Completo	Autônomo
Representante de Usuários 16	61 anos	Feminino	Fundamental Completo	Aposentada
Representante de Usuários 17	58 anos	Feminino	Ensino Médio Completo	Aposentada
Representante de Usuários 18*	56 anos	Feminino	Superior Completo	Aposentada
Representante de Usuários 19	44 anos	Feminino	Superior Completo	Autônoma
<i>Representantes de Sindicato</i>				
Representante de Usuários 20	43 anos	Masculino	Superior Completo	Funcionário de Empresa Privada
Representante de Usuários 21	56 anos	Feminino	Alfabetizada	Doméstica
Representante de Usuários 22	38 anos	Masculino	Superior Completo	Funcionário de Empresa Privada
Representante de Usuários 23*	43 anos	Masculino	Superior Incompleto	Funcionário Público

Fonte: elaboração própria a partir dos dados das entrevistas.

* Suplentes entrevistados

Atualmente, o CMS/CPS é composto por doze homens e dezoito mulheres representantes de usuários. Destes temos, entre titulares e suplentes, uma mulher e três homens representantes de movimento social; quatro mulheres representantes do Movimento Popular de Saúde (MOPS); quatro homens e oito mulheres representantes de distrito; três mulheres representantes de associações; e cinco homens e duas mulheres sindicalistas.

As mulheres são, portanto, maioria (62% dos conselheiros) dentro da representação dos usuários no CMS/CPS. Dentre os entrevistados, tivemos quinze mulheres e oito homens, sendo as mulheres também maioria (65%), confirmando uma tendência à predominância das mulheres em certos espaços de participação, já apontada pela literatura (MORITA & Al., 2006; WENDHAUSEN, BARBOSA & BORBA, 2006). A predominância de mulheres no conselho de saúde parece reafirmar o que alguns autores (MIGUEL & BIROLI, 2007) vêm destacando: que existem espaços que são considerados “próprios” da política feminina - questões sociais, família, assistência social, educação, saúde -, indicando a persistência dos estereótipos de gênero na sociedade.

Nota-se também a carência de pessoas mais novas dentro do conselho. Há apenas quatro entrevistados com menos de 40 anos de idade, sendo a mais nova com 33 anos. A grande maioria dos entrevistados se encontra entre os 40 e 60 anos de idade. O mais idoso tem 67 anos. Observamos ainda que a ausência de pessoas mais jovens no conselho é recorrente na literatura (WENDHAUSEN, BARBOSA & BORBA, 2006; STRALEN & Al. 2006; LABRA & FIGUEIREDO, 2002). David (2005), por exemplo, mostra em seu estudo sobre os representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre que apenas um dos conselheiros que ela entrevistou tinha menos de 45 anos de idade.

Ao se perguntar o vínculo empregatício dos entrevistados, observamos que seis deles já estão aposentados, três são donas de casa e treze trabalham. Se por um lado, aqueles que são aposentados dispõem de mais tempo livre para dedicar aos trabalhos do conselho, a falta de pessoas mais novas (entre vinte e trinta anos) pode indicar uma dificuldade de renovação dos participantes. Embora não tenhamos nos debruçado sobre esse tema na pesquisa, alguns motivos podem ser apontados, tais como (a) falta de interesse dos mais jovens em participar desses espaços; (b) falta de conhecimento da existência desses espaços (cabe lembrar que aqueles que estão hoje na faixa dos 20 - 30 anos ainda eram crianças na década de 80, logo não participaram do momento político

pela ampliação de direitos de cidadania); (c) dificuldades na própria participação, como falta de tempo ou de recursos financeiros (problema recorrentemente apontado na literatura e que será posteriormente debatido); (d) resistência dos próprios conselheiros mais antigos à participação dos mais jovens como representantes de suas categorias nos espaços institucionais de participação. Dois conselheiros dão a dimensão dessas dificuldades. O primeiro conselheiro usuário reclama da dificuldade de recrutamento de novos participantes para o Conselho Municipal. Já a segunda e a terceira conselheira, que estão em seu primeiro mandato, revelam as dificuldades que encontrou para se engajar no conselho, entre elas, o fato de ser nova:

Chegou a hora de renovar pessoas dentro do conselho. A gente tem dificuldade de trazer novos conselheiros, que se interessem pela luta. Renovar os elementos do conselho. (Representante de Usuários)

Hoje, eu acho que poucas [dificuldades são enfrentadas]. Eu acho que eu enfrentei mais [delas] no começo. Por ser inexperiente. As pessoas acharem que precisava de experiência, que a pessoa tem que tá lá participando, tem que tá com a cara lá todo dia dentro do conselho. Chegaram a apontar “ah, você é muito nova”. (Representante de Usuários).

[Dificuldade] em ser ouvida, pois eu sou nova no conselho. Além disso, eu não tenho respaldo partidário³⁴. (Representante de Usuários).

Outro fator importante para análise é observar qual o grau de escolaridade dos entrevistados. Os dados do IBGE³⁵ apontam que na cidade de Campinas 33% da população possui nível superior completo ou incompleto, 19% terminou o Ensino Fundamental e começou ou concluiu o Ensino Médio, 43% possui Ensino Fundamental completo ou incompleto e 5% que tem menos de um ano de estudo ou é analfabeto. Os dados do Quadro 01 mostram que 52% dos conselheiros representantes de usuários começaram ou concluíram o Ensino Superior, 30% iniciaram ou concluíram o Ensino Médio, 13% possuem Ensino Fundamental completo ou incompleto e que uma conselheira (5%) foi somente alfabetizada. Quando comparamos o Quadro 01 com os dados dos IBGE sobre o município de Campinas, notamos que os conselheiros apresentam maior média de escolaridade que os habitantes do Município, corroborando uma tendência indicada na literatura (TONELLA, 2004; FUKS, PERSSIONOTO & RIBEIRO, 2003) de que aqueles que participam de Conselhos apresentam maior

³⁴ Quanto ao respaldo partidário, trataremos desse assunto um pouco mais adiante.

³⁵ Os dados referem-se ao último censo realizado em 2001 e só contemplam maiores de 10 anos.

escolaridade quando comparamos com a população da área estudada. Outra característica do CMS/CPS é que proporcionalmente os homens apresentam maior nível de escolaridade que as mulheres, pois 70% deles têm nível superior completo ou incompleto, enquanto que apenas 40% delas começaram ou concluíram o nível superior.

Um dado importante é que uma das conselheiras se declarou apenas alfabetizada. Isto, por um lado, poderia impedir o real controle social por parte dessa conselheira, pois ela pode ter dificuldade de acompanhar materiais que são enviados anteriormente para os conselheiros usuários como pautas, relatórios e documentos para que se reflita sobre os assuntos que serão debatidos, questionem o que está sendo apresentado nos relatórios pela Secretaria de Saúde e discutam com suas bases para tomar posições em relação às temáticas. Nesse sentido, afirma a conselheira: “*A minha maior dificuldade é não saber escrever direito*”. Por outro lado, a presença dela parece indicar que o CMS/CPS está aberto para a participação de todos os cidadãos, seguindo, nesse sentido, os princípios da democracia representativa brasileira que prevê que todos os que são filiados a partidos políticos podem ser candidatos a cargos eletivos desde que estejam gozando de seus direitos políticos e saibam ler e escrever. Partindo dessa orientação, o fato da conselheira ser apenas alfabetizada não deve significar necessariamente um empecilho para sua participação.

É necessário ressaltar a importância simbólica da participação dessa conselheira no CMS/CPS, pois pode significar representações que contemplam não somente os elitizados, como já foi mencionado em um momento anterior, mas que há espaço para uma participação daqueles que são os mais afetados pelas políticas de saúde. Assim sendo, a participação dessa conselheira é de suma importância para estimular outros que partem da mesma *perspectiva social* a participarem, bem como para que o próprio conselho tenha esse referencial para as políticas desenvolvidas.

Afinal, se a saúde é um direito de todos e o SUS procurou garantir o acesso de todos aos serviços de saúde, não se deve desconsiderar que aqueles que mais utilizam a rede básica são os mais necessitados, conforme apontado no capítulo 2 dessa dissertação. Claro que isso não significa que a classe média, por exemplo, não utiliza o SUS. O quadro abaixo aponta, entre os entrevistados, aqueles que possuem e não possuem convênios de saúde.

TABELA 03: Usuários exclusivos do SUS e Usuários com Plano de Saúde
 Representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, gestão
 2008/2010

Categoria Dos Conselheiros	Quantidade de Entrevistados que só usam o SUS	Entrevistados com Plano de Saúde	Total de Conselheiros por Categoria
<i>Representantes de Movimentos Sociais</i>	04 Conselheiros	_____	04 Conselheiros
<i>Representantes do MOPS</i>	01 Conselheiro	02 Conselheiros	03 Conselheiros
<i>Representantes de Associações</i>	02 Conselheiros	01 Conselheiro	03 Conselheiros
<i>Representante de Distrito</i>	06 Conselheiros	03 Conselheiros	09 Conselheiros
<i>Representantes de Sindicato</i>	01 Conselheiros	03 Conselheiros	04 Conselheiros
Total de Conselheiros	14 Conselheiros	09 Conselheiros	23 Conselheiros

Fonte: elaboração própria a partir dos dados das entrevistas.

Comparando este quadro com o que já foi debatido anteriormente, observamos que vários conselheiros têm convênios de saúde. Embora os dados coletados não dêem para fazer nenhum debate mais profundo sobre uma possível distinção de idéias e posicionamentos entre conselheiros que têm ou não planos de saúde, gostaria de destacar a questão do sindicato no quadro acima. Dos representantes de sindicato, apenas um conselheiro não tem plano de saúde³⁶. Isso vai ao encontro do que foi debatido anteriormente, ou seja, os sindicatos têm lutado, nos últimos anos, para que seus filiados tenham direito a planos privados de saúde, pois estes os preferem ao SUS.

Além disso, uma das últimas conselheiras do MOPS entrevistadas revelou um dado importante, ela só tem plano de saúde porque é casada com um metalúrgico. Como só fui perceber esta falha no questionário já perto do final das entrevistas, não foi

³⁶ A conselheira que não tem plano de saúde é a representante do sindicato das empregadas domésticas.

possível detectar quem eram os conselheiros que só tinham plano de saúde por causa do respectivo marido/mulher.

4.2. A Influência dos Atores no CMS/CPS

O Quadro 02 almeja traçar o perfil associativo dos conselheiros. Os critérios para inserir o conselheiro em uma categoria foram: (a) participar ou já ter participado do movimento, sindicato, partido etc.³⁷; (b) **não** será contabilizado a associação pelo qual o conselheiro usuário seja representante no conselho³⁸. Para isso, seis categorias foram estabelecidas: (1) Participação em Movimentos Sociais; (2) Participação em Associações de Moradores ou de Bairro; (3) Participação em ONG; (4) Filiado ou simpatizante de Partido Político (qual?); (5) Pertencente a Sindicato; (6) Participação em Associação Religiosa. No Quadro 02, cada número representa um dos conselheiros. Eles, novamente, estão divididos por entidade que representa no CMS/CPS.

QUADRO 02: Perfil Associativo dos Entrevistados.
Representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, gestão
2008/2010

³⁷ No caso de partido político, foram contabilizados os militantes e os simpatizantes, conforme auto-declaração.

³⁸ O objetivo é saber quais são as formas associativas que os conselheiros têm além daqueles pelas quais eles são representantes no conselho. Logo, por exemplo, um sindicalista não entraria na categoria Filiado à Sindicato.

Repres. de Usuários/ Grupos aos quais pertence	Representante dos Movimentos sociais				Representantes do MOPS			Representantes de Associações			Representantes de Distrito								Representantes de Sindicatos				
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Mov. Sociais/OP					X OP								X OP										X
Assoc. de Moradores / Bairro	X		X			X	X				X												
ONG's		X															X						
Partidos		X PC do B	X PC do B	X PP L*		X PT		X PT	X PT		X PD T		X PS DB			X PC do B		X PT	X PD T	X PT	X PT	X PT	X PC do B
			X														X						
Assoc. Religiosas					X	X	X																X

*O PPI. (Partido Pátria Livre) ainda não existe

Fonte: elaboração própria a partir dos dados das entrevistas.

Observamos pelo Quadro 02 que os representantes da Sociedade Civil de Campinas têm um alto grau associativo. Dentre os vinte e três conselheiros entrevistados, apenas três nunca participaram de nenhum outro movimento ou associação. Treze conselheiros participam ou já participaram de duas ou mais formas de participação social.

Considerando as categorias estabelecidas, os “partidos políticos” foram o grupo que mais mobilizou os representantes de usuários quanto à participação. Quinze conselheiros afirmam já terem sido (ou são) militantes ou simpatizantes de partidos políticos. Observamos, no Quadro 02, uma predominância de partidos identificados com a esquerda brasileira. Estabelecendo um paralelo com o primeiro capítulo, notamos que há uma predominância de atores do mesmo lócus ideológico-partidário. Isso ocorre porque a trajetória da participação social em espaços participativos está intrinsecamente relacionada com os partidos de esquerda, tal qual vimos no capítulo 02 e podemos observar nesse caso concreto.

Na realidade, não há muita pesquisa no sentido de descobrir se outros grupos querem entrar na disputa desses espaços, principalmente daqueles tipicamente tachados de direita. Entretanto, essa entrada poderia ser dificultada, pois a esquerda brasileira, ao longo dos anos, assumiu o papel de atores *legítimos* para ocupar esses espaços, o que pode indicar que não foi deixada muita margem para a participação desses outros grupos de campos ideológicos diferentes. A consequência disso é que se fortaleceu, nesses espaços participativos, uma representação dos mesmos grupos – os que são relacionados à esquerda. Não quero dizer com isso que dentro dos partidos não há disputas internas entre diferentes grupos que o compõe, mas que, embora haja essas disputas, falha-se na questão da diversidade. Afinal, na política tradicional - a da democracia eleitoral - concorrem partidos de naturezas diversas e eles estão em constante disputa pelo poder. Já nos espaços participativos, como mencionado, a diversidade torna-se bem menor no que se refere a posicionamentos ideológicos, o que pode nos fazer cair em um modelo corporativista de representação. Não podemos ser levados pela falácia de que somente a participação da Sociedade Civil, independente de quem seja os representantes, é suficiente. Afinal, como Abers & Keck (2008) indicam, a diversidade tem a função de ser o grande diferenciador da representação da Sociedade Civil em comparação a atuação exclusiva do Estado nos espaços públicos.

Para além dessa discussão, devemos também mensurar qual a influência que os partidos políticos têm exercido sobre as decisões que são tomadas pelos conselheiros, afinal, uma grande maioria dos conselheiros do CMS/CPS são filiados/ simpatizantes de algum partido político. Ressalto ainda que, mesmo não tendo sido ponto de questionamento na pesquisa, *dezessete* conselheiros destacaram a interferência político-partidária na tomada de decisões dentro do conselho como um sério problema. Mesmo aqueles que são filiados a algum partido político detectam essa influência em suas experiências como conselheiros usuários.

Tem muita questão política no conselho. Eu acho que se você pegar, por exemplo, a composição do conselho, você vê que é tudo do mesmo partido político. O cidadão comum não tem acesso ao conselho, quer dizer, você tem que ter uma entidade, uma estrutura que introduza dentro do conselho. Eu sou um caso típico, o sindicato que me indicou para estar dentro do conselho. Então não foi uma coisa assim, o cidadão que quer participar, então ele vai lá e se candidata e é eleito. Isso não existe. Acho que isso atrapalha um pouco. Não é a opinião dela que tá ali, é a opinião que está por trás dela. É uma utopia pensar que os conselhos têm essa condição de ‘a sociedade tá ali’. Isso é utopia. Os segmentos políticos, os partidos políticos que estão por trás é que decidem tudo. (Representantes de Usuários).

As pessoas entram no conselho por interesse, por interesse pessoal, por interesse político, aí, logicamente, eu acho que eles nem analisam o que vão votando. Votam de acordo com os interesses. Até usuário, a maior parte entra ali, tudo partidário, faz o que o partido quer, principalmente o partido que acabou de sair (refere-se a um ex-conselheiro do PC do B que saiu do conselho para assumir um cargo comissionado na Prefeitura). Faz o que o partido manda fazer. Eles não votam pensando na população, eles votam pensando no partido. Até porque no partido é isso. Se eles votam contra, nossa, eles são chamados atenção porque votaram contra. (Representante de Usuários).

Observamos uma dinâmica dentro do CMS/CPS onde os atores sentem a influência político-partidária nas decisões que ali são tomadas. Essas influências partem principalmente do PT e do PC do B, segundo comentários de um conselheiro usuário certa vez comigo. Em uma das reuniões do CMS/CPS, uma conselheira comentou durante um dos processos de votação, conforme os representantes de usuários iam votando (voto aberto) que aqueles que se mostravam favoráveis já tinham “fechado”, juntamente com os colegas de partido, qual seria o posicionamento deles em relação àquela votação. Tal fato torna-se imprescindível para a análise dos conselhos, uma vez que podemos questionar qual tem sido o grau de importância dada pelos conselheiros aos debates realizados e as implicações que isso tem para o próprio debate. Pois, se não são as discussões que necessariamente influenciam os atores, uma vez que eles já as tomam antes dos debates ou durante eles (de acordo com as diretrizes do partido ao qual

está filiado), questiona-se se esses debates têm realmente se aprofundado nos temas, ou se eles são rasos, uma vez que os atores já chegam com posições pré-definidas.

Estudos de Tatagiba e Teixeira sobre o funcionamento dos conselhos da área social na cidade de São Paulo revelam dinâmicas semelhantes. Analisando o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente as autoras afirmam:

“Ao longo da história do Conselho a dinâmica do jogo político eleitoral na cidade [de São Paulo] repercutiu forte e perversamente na dinâmica política no interior do Conselho, subordinando o estabelecimento dos acordos e as articulações necessárias à construção pactuada das políticas às estratégias eleitorais dos diferentes grupos em cada conjuntura específica. (...) Os conselheiros, tanto governamentais quanto não-governamentais, afirmaram que o principal motivo dos conflitos e das disputas no interior do CMDCA não estiveram relacionados as diferentes concepções sobre o atendimento, ou sobre o lugar e papel do Conselho na política. *Na imagem construída pelos conselheiros, o CMDCA é uma arena que repercute a disputa pelo poder político no seu sentido mais estreito, como disputa pela conquista ou manutenção de maiorias eleitorais.*”. (TATAGIBA & SANTOS, 2007: 57).

No caso do Conselho de Habitação de São Paulo, as autoras demonstram em outro estudo que o problema se repete.

“A curta trajetória do CMH confunde-se com a polarização das disputas em nível municipal e nacional entre PT e PSDB. Se em outros conselhos é mais difícil perceber se há ou não um vínculo entre os partidos políticos e os componentes de movimentos e Sociedade Civil no conselho, no CMH estes vínculos são mais perceptíveis. Na gestão de Marta Suplicy tomam assento no conselho movimentos mais próximos do PT, na gestão do Serra, estes atores não são reeleitos e outros ocupam aquele espaço. Não sabemos dizer se eles de fato são identificados com o PSDB, mas pela postura nas reuniões é possível dizer que pouco divergem do governo.” (TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007b) .

Analisando essas convergências, as autoras apontam para as formas perversas de confluência entre democracia participativa e representativa:

“Dessa maneira, instituições participativas e representativas, não estão lado a lado, mas se interconectam e exercem impacto e influência recíproca. Combinam-se – tensa e precariamente - numa lógica cuja direção e sentido estão predominantemente orientados pelas exigências e desafios próprios à competição eleitoral. Trata-se, como sugerimos acima, não de uma situação de complementaridade, mas de uma combinação entre participação e representação, sob a direção hegemônica dessa última.” (TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007a).

É interessante, no entanto, perceber que apesar de os conselheiros notarem essa interferência político-partidária no Conselho, uma conselheira critica a ausência de representantes do legislativo acompanhando às reuniões do conselho, observando o que vem sendo deliberado. O fato é que ainda não há a consciência de um trabalho coletivo entre conselheiros e legisladores. Há a ausência de formas de contato ou articulação entre essas partes.

Eu tenho uma crítica para fazer no Conselho Municipal, que o executivo e os vereadores não têm uma presença. Eu sinto falta da presença dos vereadores acompanharem mais de perto. São pessoas que não vão lá, não vão um dia lá numa reunião do conselho municipal. Eles criam a comissão deles lá, e marcam uma reunião para a gente ir conversar com eles em separado. Eles deveriam ir lá onde a gente debate todas as questões. (Representante de Usuários).

Um exemplo marcante da necessidade de haver algum tipo de contato entre representantes de usuários e vereadores é a aprovação do orçamento da saúde. Ela deve passar necessariamente pelo Conselho e pela Câmara de Vereadores. No último ano (2009), no entanto, o orçamento da saúde foi direto para a Câmara, não passando pelo CMS/CPS. Tal fato gerou conflitos dentro do conselho.

Esse ano passado deu a maior polêmica por causa disso (do orçamento), que a gente denunciou a Câmara de Vereadores porque o orçamento que eles estavam apresentando não tinha passado pelo Conselho. A gente conseguiu retroagir a discussão. (Representante de Usuários).

É interessante notar que os conselheiros conseguiram com que o orçamento da saúde já aprovado na Câmara dos Vereadores voltasse para a fase de deliberação no CMS/CPS – fase obrigatória para a liberação de verbas federais -, fato esse que demonstrou a existência de um certo grau de influência/pressão do Conselho dentro do processo decisório. No entanto, é imprescindível compreendermos os limites e problemas correlacionados. A primeira é que não devemos pensar que esse acontecimento foi um mero “esquecimento” da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

No limite, podemos mensurar o “grau de importância” que a Secretaria tem dado para o CMS/CPS, pois mesmo tendo ¼ das cadeiras, e sendo a cadeira do Secretário de Saúde de caráter permanente, esse “esquecimento” revela em qual posição a burocracia estatal e o governo tem colocado os espaços de participação social dentro da atual gestão do Município de Campinas. Em segundo lugar, as conseqüências - e perdas - para o processo de discussão e deliberação do orçamento da Saúde de 2010, visto que os conselheiros se viram obrigados a votar o orçamento de maneira apressada.

Os conselheiros ainda relataram que durante as últimas eleições para o CMS/CPS, pelo fato de ter sido ano eleitoral (ou próximo de), apareceram para a disputa vários concorrentes a fim de “fazer nome” para as eleições municipais ou para ganhar favores políticos, reforçando mais ainda essa interferência político-partidária na escolha dos representantes de usuários. A representante de usuários abaixo mostra que as disputas por cadeiras já aconteceram na própria eleição para o Conselho Municipal.

Nessa última eleição eu fiquei muito chateada porque tinham pessoas muito boas para entrar, tava lotado o Salão Vermelho. Ficou uma disputa muito grande, e eu fiquei muito chateada, a gente via que teve muitos acordos políticos ali. E eu não tava preparada, eu nem levei gente daqui. E quando eu cheguei lá eu via que tinha gente que nunca participou do movimento e de repente tava lá como candidato. E eu não achei isso legal. Tava um tentando derrubar o outro. Puseram pessoas lá que... eram 3 pessoas de uma mesma área, porque? Tinha lotado 3 ônibus e levado para lá. Então, eu acho assim, que houve uma disputa política muito grande nessa última eleição e isso estraga o conselho. E isso não é legal. (Representante de Usuários).

Os conselheiros abaixo reforçam que muitas vezes a participação de alguns representantes de usuários está condicionada a interesses próprios, ou seja, em se conseguir benesses do prefeito ou favores políticos:

Atualmente o conselheiro está desmoralizado por conta de conselheiros que vem aqui não para representar a sociedade ou aquilo que a sociedade almeja. Ele vem aqui para representar interesses próprios ou político-partidários. Esse que é o problema. Então tem um determinado cidadão lá que vereador, manda os assessores dele para ser conselheiro e faz um acordo com o prefeito para votar aquilo que é de interesse dele e não em benefício da sociedade. Isso é uma praga. É legal, mas é imoral, do meu ponto de vista. Essa é uma das coisas que a gente tá aqui e briga. É uma luta diária (Representante de Usuários).

Tem uma grande maioria de usuários que usa do conselho como um trampolim. Muita gente usa do conselho como um trampolim para ganhar algum benefício próprio. Nós temos visto nessa última eleição que já temos dois que foram candidatos a vereador e hoje são assessores do prefeito. (Representante de Usuários).

Este assunto, constantemente abordado, foi reflexo da atual conjuntura do CMS/CPS, em que o Presidente do Conselho, que era de um Movimento Social,

abdicou de seu cargo para assumir um cargo comissionado na Prefeitura. Nas novas eleições que foram realizadas devido à vacância do cargo, ganhou às eleições um representante do governo (gestor). Ressalto que esse foi um tema corrente nas conversas dos conselheiros, alguns se sentiam traídos pela postura do usuário que largou a presidência para assumir um cargo comissionado na Prefeitura. Durante a campanha eleitoral, era possível observar a decepção em relação a esse ex-presidente e o temor por parte de alguns em ter outro usuário presidente que também usasse o cargo para conseguir benesses políticas. Mesmo assim, pude observar uma forte articulação dos atores, em geral, em busca de um nome para o cargo de Presidente, contudo os usuários não conseguiram se reunir em torno de um único nome.

No dia da votação, antes mesmo que se começasse a contar os votos, um conselheiro me confidenciou indignado que sabia que o gestor iria ganhar, pois ele conhecia outros conselheiros usuários que votariam no nome “indicado” pela prefeitura, principalmente para responder às pressões partidárias. Segundo esse conselheiro, eram comuns os telefonemas daqueles que concorriam pedindo votos. E ainda afirmou: *“me entristece muito saber que o gestor vai ganhar. Usuário tem que votar em usuário. Nós somos maioria... aí quem ganha é o gestor, que só faz o que o secretário de saúde quer. Isso não pode”*. Conforme prognóstico desse representante de usuários, o candidato que venceu as eleições era o representante do governo. Os trechos abaixo revelam um pouco mais dessa dinâmica:

Esse último ano foi muito contaminado por disputas. Agora nosso presidente saiu, foi para o governo, então, você vê o nível de sensibilidade e fio da navalha que a gente tem trabalhado. Então quer dizer, o nosso presidente, eleito pelo movimento social, larga, abre mão da presidência para ir trabalhar no governo?! Cria uma confusão. E essa confusão veio desse período todo, porque a influência dos sindicatos dos servidores dentro do conselho, disputas políticas dentro do conselho. (Representante de Usuários).

Assim, eu fiquei muito triste agora com a eleição. Eu acho que quem tinha que ser presidente tinha que ser usuário. 50% é usuário e aí eu acho assim que da gestão ser o presidente é um retrocesso. (Representante de Usuários).

Eu gostaria, na verdade, que não fosse um gestor que tomasse a presidência. Eu gostaria que fosse uma pessoa usuária, ou trabalhador também... por ser familiarizado também com as coisas da saúde (Representante de Usuários).

Esse caso lança luz ao que Abers & Keck (2008) afirmam. Se a diversidade da Sociedade Civil for garantida, como sugerem as autoras, evitamos cair na falácia de considerar que os conselheiros têm a mesma trajetória ou que defendem

posicionamentos similares simplesmente por representarem à Sociedade Civil. Afinal, a Sociedade Civil é heterogênea e não pode ser simplificada a determinados estereótipos.

Se por um lado houver realmente essa heterogeneidade da representação da Sociedade Civil nos conselhos gestores, isso pode indicar que diferentes grupos têm conseguido estar presente em espaços participativos, afinal, como os primeiro quadro mostrou, encontramos pessoas de diferentes escolaridades/origens e de formas de inserção na sociedade diferentes, por outro lado, isso pode dificultar a articulação para criação de consensos dentro da categoria usuários nos momentos de votação.

Lüchmann (2006) aponta que, se a Sociedade Civil parte de uma posição de heterogeneidade, o resultado disso é que, apesar de existir uma paridade numérica entre os representantes de usuários e os demais representantes, dentro do próprio grupo de usuários não há uma paridade política, o que o difere dos representantes governamentais. Se levarmos para o nosso estudo de caso, temos que os atores partem de partidos ideologicamente parecidos – relacionados à esquerda -, mas que, como uma conselheira comentou, são brigados entre si e acabam que, na hora da votação, tendem a ser contrários aos posicionamentos dos representantes dos outros partidos somente para fazer oposição dentro do CMS/CPS. Um conselheiro aponta a dificuldade de criar consensos, ou de haver “união dentro do conselho”. Uma das razões apontadas é a distância entre esses conselheiros.

No Conselho Municipal de Saúde acaba se dividindo. Esse é um grande problema. Tudo que se divide enfraquece. Esse é um motivo para o conselho não ser muito forte. Acabam dividindo as opiniões. No conselho local as pessoas se conhecem ali da localidade então elas se unem, é um grupo que está sempre junto, é do mesmo bairro, é tudo um conhecido do outro. Então, no conselho municipal, cada um vem de um local, não são conhecidos. Só vai conhecer lá na hora da reunião, não tem assim uma amizade de confiar e conhecer uma pessoa. Então, você confiar em uma pessoa estranha é bem mais difícil do que confiar em uma pessoa conhecida. Então um grupo que é mais conhecido se divide daquele outro grupo que é mais conhecido. (Representante de Usuários).

Logo, o setor governamental consegue melhor se articular entre si com a finalidade de construir consensos, afinal eles acabam seguindo as diretrizes da Secretaria a quem estão vinculados, não necessitando, como é o caso da Sociedade Civil, de necessariamente negociar e se articular para chegar a posicionamentos em relação às votações ou demais escolhas do Conselho de Saúde.

“Seguindo análise de Moraes (1999), isso significa que, enquanto os representantes da Sociedade Civil partem, de saída,

de uma condição de heterogeneidade, sendo que em muitos casos a sua unificação depende de um árduo trabalho de ‘aparar as arestas’, os representantes governamentais partem da unidade, na medida em que são indicados pelo executivo. Neste sentido, mesmo em se configurando diferenças e/ou divergências de posturas, valores e propostas entre estes, sua unificação é mais facilmente obtida a partir de cima.” (LÜCHMANN, 2006).

Isso fica evidente no caso do CMS/CPS, pois quando perguntado aos conselheiros representantes de usuários se eles faziam alguma articulação com os demais representantes de usuários a fim de melhorar a representação, praticamente todos eles disseram que não faziam, ou que faziam muito pouco. Mais ainda, há conselheiros que vêem a articulação como algo negativo, sinônimo de manipulação.

Não, eu sou contra a articulação. Eu procuro sempre seguir a lei, cumprir a lei. Eu não articulo nada. (Representante de Usuários).

Todavia, para melhor compreendermos a dinâmica do CMS/CPS, é imprescindível trazermos algumas observações de campo. Apesar dos conselheiros negarem enfaticamente “fazer” articulações, o acompanhamento do dia-a-dia do Conselho e das reuniões do Pleno mostrou que os conselheiros o fazem. De que forma isso acontece? Os conselheiros usuários conversam entre si para tomar decisões durante as reuniões do conselho e em outros eventos/momentos do CMS/CPS, procuram influenciar a opinião dos outros conselheiros e formam “panelinhas” entre si. Um exemplo marcante, é que em uma das reuniões do Conselho, com a finalidade de que um dos convênios da prefeitura não fosse aprovado com os valores que estavam previstos no contrato, um conselheiro usuário, com apoio de outros conselheiros, elaborou um documento tentando mostrar que os valores do contrato estavam super faturados. Desta forma, procurava-se evitar a renovação do mesmo enquanto não fossem revistas as cláusulas financeiras. Nesse episódio, apesar do documento elaborado ter tido um grande impacto sobre a maneira que os conselheiros usuários e trabalhadores enxergavam o convênio, eles não conseguiram suspender a renovação do mesmo. Provavelmente, esse foi um momento marcante para mim como observadora, pois pude observar o poder de influência do governo e dos grupos organizados em torno dos convênios.

Porém, a negação enfática pela maioria dos conselheiros em “fazer articulação” e a observação da prática que me mostrava o oposto me fez pensar em possíveis razões

para que isso ocorresse. Uma primeira hipótese é de que a pergunta motivadora “Existe alguma articulação da sua entidade/associação/movimento/localidade com as outras entidades/associações/localidades/movimento a fim de melhorar a representação do segmento usuário?” tenha sido mal formulada e/ou mal compreendida pelos conselheiros. No entanto, como as primeiras entrevistas foram realizadas depois de eu já ter acompanhado algumas reuniões, eu sabia que os conselheiros articulavam-se entre si. Assim, com as negativas nas respostas, eu tentei construir a questão de outra forma, mas mesmo assim eles continuavam negando. Com isso, pensei em duas outras possibilidades: ou os conselheiros usuários negavam fazer articulação porque essa é uma prática mal quista, ou eles mesmos não se viam fazendo articulação. Dado o teor das entrevistas e das próprias práticas do conselho, acredito que eles realmente não viam que as conversas que eles travavam e as tentativas de influência sobre o grupo também são formas de articulação entre os conselheiros. No mais, pude observar que, para os conselheiros usuários, a articulação está intrinsecamente relacionada com os representantes de governo, já que são eles que mais influenciam, manipulam dentro do conselho, ou que ainda está relacionada com aqueles que são filiados ou simpatizantes de um partido e combinam votos. Ou seja, a articulação assume no repertório dos conselheiros usuários o significado de manipulação política.

Assim sendo, podemos fazer um link com outra questão que foi perguntada aos conselheiros: quem são os atores que mais influenciam nas decisões tomadas dentro do Conselho? Lüchmann (2006) já indicava que os representantes governamentais têm, por partirem de posições similares, maior facilidade de articulação e, conseqüentemente, de influenciar nas decisões dos demais.

O secretário tem um papel fundamental. Eu acho que a pessoa que mais influencia as decisões do conselho é o próprio secretário. Nas duas gestões que eu vi, quando o secretário se posiciona...primeiro porque ele está mais munido de informações, então, quando ele se posiciona, existe uma receptividade maior nos seus argumentos. E o presidente do conselho também por ter a direção do processo. Agora, os movimentos populares são bem organizados aqui em Campinas, tem muitas pautas que são precedidas de reuniões, de debates... (Representante de Usuários).

São os gestores. Eu acho que eles têm (...) interesses diferenciados. Eu acho que eles influenciam mais. (Representante de Usuários).

O que mais influencia é quem sabe falar mais melhor, a pessoa vai muito nos que falam melhor. Quem fala melhor são as pessoas mais estudadas, os gestores que já tem mais estudo, mais experiência de falar com o público, então acaba influenciando mais, sabe falar melhor, tem mais discurso, então acaba influenciando mesmo as coisas que já tá pra

ser votada. Ao contrário, vai lá o gestor, que sabe falar muito bem, e acaba convencendo uma boa parte dos usuários que não devia convencer. (representantes de usuários).

Eu faço de tudo para ser o usuário. (...). Mas é a gestão. (Representante de Usuários).

Os gestores são eles que têm voz ativa. (...). E têm pessoas fortes ligadas as empresas privadas, mas têm esse grupo dos gestores que é forte e ligado ao secretário. (Representante de Usuários).

O quarto entrevistado elucidava o porquê dessa predominância dos representantes do governo. Eles têm maior facilidade de acesso e de compreensão técnica dos materiais apresentados. Ainda pude observar que, nas reuniões do CMS/CPS, quando o secretário de saúde se pronuncia no conselho, ele apresenta um discurso muito bem articulado, que mesmo que não apresente conteúdo relevante, tem forte poder de convencimento. Uma conselheira, durante uma das reuniões do Conselho, alertou-me para o fato de que os conselheiros tanto trabalhadores, quanto gestores e usuários eram pressionados a votarem de acordo com os desejos da Prefeitura e que isso era feito até mesmo durante as reuniões por meio de ligações telefônicas que ocorriam um pouco antes das votações.

Apesar disso, não foram somente os representantes do governo que foram apontados como os que mais influenciavam os conselheiros. Houve uma grande heterogeneidade de respostas, que passa pelos conselheiros locais, ou representantes de movimentos sociais.

Eu acho que aqui em Campinas já teve muito mais força o grupo de usuário, mas ainda tem muita. E a secretaria respeita porque conhece o seu poder de organização. São aquelas pessoas que estão nos conselhos locais ou no municipal e que fazem parte de movimentos da igreja, que atuam politicamente, que conseguem chamar vereador para discutir. Eles fazem o poder dos conselheiros. E são respeitados. O grupo dos usuários é respeitado. (Representante de Usuários).

O movimento social. É aquele que sofre a consequência lá na ponta. Que é o cidadão do bairro, que o trabalhador humilde, que não tem convênio, ele que sofre a consequência. Então, por ter a necessidade ele faz as coisas acontecer. (Representante de Usuários).

Eu acho que o pessoal de distrito e o pessoal do MOPS. Até porque eles são muito ligados lá... eles são bem atuantes. Eles vivem a realidade. (Representante de Usuários).

É interessante notar que para os entrevistados, dentro da categoria usuários, aqueles que foram mais citados no que se refere a influenciar nas decisões tomadas no conselho são os sindicatos e o MOPS. Contudo, eles são avaliados pelos representantes de usuários de forma diferenciadas. Na maioria das entrevistas, o MOPS está relacionado à luta pela melhoria da saúde, enquanto que os sindicatos são identificados

com ligações partidárias e manipulação dentro do Conselho. Pude notar ainda que a própria categoria usuários não concorda com a quantidade de cadeiras que o sindicato tem direito (cinco cadeiras) dentro do Conselho, visto que para os demais representantes de usuários, conforme já demonstrado, esse grupo está relacionado à manipulação.

Eu acho que é o sindicato. Parece que eles têm uma força maior, eles brigam mais, eles correm mais atrás. Eu não sei o porquê, mas eu acho que eles têm muito mais voz lá dentro do que a gente. (Representante de Usuários).

Os sindicatos, porque eles são muito partidários. Porque tem os partidos, aí... (Representante de Usuários).

Sindicato. Eles têm um pezinho em tudo. Eu tenho visto ali o MOPS, a luta deles é muito maior, eles já vêm de um batalhão, eles vêm de um empenho. (representantes de usuários).

O MOPS. Tem uma história muito grande aqui em Campinas. (Representante de Usuários).

O sindicato é meio oportunista, né?! Gosta de fazer um pouco de confusão... O movimento... o MOPS eu acredito mais. (representantes de usuários).

O conjunto de respostas dos conselheiros usuários reforça *parcialmente* o trecho abaixo, em que a literatura indica que alguns setores têm maior poder de influência, pois detêm maior conhecimento técnico dos assuntos e apresentam maior apoio político para as decisões tomadas. Apenas reforço o *parcialmente*, pois Campinas tem um MOPS muito forte, o que pode diferenciar de outros municípios principalmente daqueles que não tem uma trajetória de participação na área da saúde que vem desde a década de 80.

“Observa-se assim, que certos atores vão se projetando em relação aos demais. Essa projeção parece ocorrer, por um lado, pela dominância de um saber científico, e, por outro, pela autoridade conferida à representatividade política. Isso pode ser observado na prevalência das posições dos representantes dos sindicatos, profissionais de saúde e governo (...) os representantes das entidades populares, não possuindo o mesmo saber, abstêm-se das discussões, permanecendo em uma posição de passividade e desmotivação no acompanhamento do processo (...) ocorre mais a presença física do que a capacidade de influir na formação de consensos (...) enquanto protagonistas.” (SIMIONATTO & NOGUEIRA *apud* LÜCHMANN, 2006).

Outro fator fundamental dentro dessa discussão sobre o poder de influência dos atores nos processos de decisões no Conselho Municipal é a participação dos usuários³⁹ que acompanham às reuniões do CMS/CPS. Duas ressalvas são importantes: (1) É necessária a avaliação da participação desses usuários nas reuniões do Conselho. Se Lüchmann (2007) indica que nos conselhos gestores há uma maior preocupação dos conselheiros com “interesses gerais”, nos OP’s ela nota que prevalecem os interesses específicos ou particulares. No caso do CMS/CPS, quando há a participação de usuários nas reuniões do Conselho, observamos que eles só participam delas visando seus próprios interesses específicos. Não há solidariedade entre os usuários com a finalidade de pressionar para que interesses/direitos diferentes dos seus também sejam conseguidos; (2) o posicionamento do governo que manipula os usuários para que eles pressionem os conselheiros quando lhe é necessário, para que esses últimos votem a favor de algo que o governo precise para a própria promoção. O exemplo emblemático é o Hospital Ouro Verde. Os dois trechos de entrevista abaixo exemplificam essas situações:

Eu sei que tem alguns movimentos que são mais fortes, que conseguem mobilizar mais gente como o pessoal do DST/AIDS, quando têm assuntos de interesse deles, e isso eu acho que é uma falha dos usuários, porque são corporativos. Existe essa questão ‘se o tema me diz respeito, vamos discutir DST/AIDS, eu vou para o debate, mas o debate que trata de saúde mental, eu não vou’. E o pessoal que quando tem assunto de saúde mental vai, e não vai para outros debates. Então, acaba sendo meio corporativo pelos usuários. Conforme o tema você já sabe se a casa vai estar cheia ou não. (Representante de Usuários).

Porque são interesses políticos. (...) É lamentável porque você não consegue mexer numa estrutura muito bem organizada politicamente. E os conselhos funcionam muito em questão política. Quando eles querem aprovação de alguma coisa, eles levam um ônibus para fazerem pressão nos conselheiros. Então, você se sente pressionado a votar porque os usuários não estão entendendo o que está acontecendo. Exemplo é a aprovação do Hospital Ouro Verde. A gente não queria aprovar porque estava mal feito. Na aprovação do hospital Ouro Verde, eles lotavam ônibus. E aí botaram os usuários contra os conselheiros. “Aí tá vendo? Eles que não querem aprovar o hospital que vocês tanto precisam”. O hospital foi assim aprovado... tá lá. É um elefante branco. (Representante de Usuários).

Nesse segundo trecho, observamos que há pressão popular, contudo ela é influenciada pela gestão pública que usa das informações que têm para influenciar a opinião dos usuários. Usuários esses que não têm o hábito de acompanhar às reuniões

³⁹ Refiro-me aos usuários do SUS, aqueles não foram eleitos, aqueles que somente acompanham às reuniões.

dos CMS/CPS para compreender o que está em jogo. Os conselheiros são pressionados pelos próprios usuários, a categoria que representam, para aprovar algo mesmo sabendo que aquilo não trará benefícios para a população se for aprovado como está. Ressalto que a crítica aqui não recai necessariamente sobre o usuário, pois este termina por receber informações enviesadas ou incompletas o que pode dificultar a sua análise crítica da situação. Talvez, a principal crítica tenha que recair sobre o representante de usuários que tem perdido ou não tem buscado um vínculo com suas bases. Contudo, não discutirei essa relação nesse capítulo. O quinto capítulo dessa dissertação procura compreender a relação entre representantes e representados e pensar os significados da representação para o conselheiro usuário.

4.3. O Papel dos Conselheiros

Quanto ao que os conselheiros definem como sendo seu papel no conselho de saúde, notamos que eles têm a consciência da necessidade do controle social a partir de duas chaves: a fiscalização e a proposição de políticas públicas.

Participação popular e controle social. É o antes e o depois. É a gente propor política pública para o conselho e fiscalizar se a política que nós propusemos está sendo fiscalizada e se as que o governo propõe são viáveis, interessantes. É isso. (representantes de usuários).

Nós temos um papel fundamental de ir lá e defender os usuários. E quando eu falo em defender os usuários, eu falo de ter o melhor serviço público de saúde para a população. (...). A nossa representação, especificamente, ela deve ser pautada por tentar propiciar e ser fiscalizador da população para que as SMS forneça um serviço preconizado no SUS. A questão da equidade, a questão da paridade. Então, nós somos eleitos com essa responsabilidade. (Representante de Usuários).

O papel mais importante é o controle social mesmo. E a gente estar atento as políticas mesmo. E o jeito de fazer essas políticas, o direcionamento do dinheiro, fiscalização. Eu acho que esse é o papel mais importante. E colocar a prioridade não do nosso segmento, mas da população do geral. É a população em geral que interessa. É o usuário do SUS no geral que interessa. Eu acho que o papel principal é esse mesmo de fazer parceria com o poder público para poder direcionando melhor os recursos, vendo as necessidades de cada, não de cada patologia, mas de cada lugar, de cada localidade (Representante de Usuários).

Há, no entanto, algumas falas que direcionam mais para o papel fiscalizador do conselho deixando um pouco de lado o papel propositivo.

Fiscalização. É a fiscalização do dinheiro público e a qualidade do serviço. Eu acho que é bastante isso fiscalizar o dinheiro e a qualidade dos serviços prestados. (Representante de Usuários).

O conselho na realidade é para fiscalizar, para olhar. É uma ponte entre o usuário e a saúde. (Representante de Usuários).

Eu acredito que é a fiscalização mesmo, na execução dos projetos que vem para gente. A gente vê a legalidade daquele projeto. Se realmente aquilo vai fazer a diferença na saúde. (Representante de Usuários).

Seria justamente o controle social, a fiscalização, o acompanhamento, essa vigilância de como está sendo usado o nosso dinheiro, o que vem do ministério, o dinheiro que vem do Fundo Municipal de Saúde. Essa é a nossa função. Ir no centro de saúde, saber como estão sendo acompanhados os doentes, se estão sendo respeitados. Se os exames pedidos pelo médico estão sendo feitos, ou tem uma fila de 12.000 pessoas, como na oftalmologia. (Representante de Usuários).

Esse papel principalmente fiscalizador que o conselho assume pode indicar que os conselheiros não conseguem exercer suas funções completas de controle social, já que, como indica Tatagiba (2002), a participação nos conselhos tem assumido contornos mais reativos que propositivos. As razões para isso podem ser várias, entre elas: (a) excesso de demandas (ou a quantidade de coisas a serem fiscalizadas), o que faz com que os conselheiros tenham pouco tempo para refletir especificamente sobre as políticas públicas; (b) dificuldade de propor novas idéias uma vez que não pode haver abertura para que elas sejam discutidas (c) a falta de capacitação dos conselheiros que dificulta a proposição e sistematização de alternativas.

O acompanhamento das reuniões do Pleno e da Comissão Executiva (que define as pautas) nos permite tirar algumas conclusões. Primeiramente, é possível notar que há realmente um excesso de demanda de fiscalização para os conselheiros. Há inúmeras comissões de fiscalização: da vigilância, do Mário Gatti, da PUC, da Unicamp, do Ouro Verde, das lavanderias, entre outras, que os sobrecarregam. Além dessas comissões, percebemos ainda que esses mesmos conselheiros têm que participar das outras comissões que viabilizam o funcionamento dos CMS/CPS como a Comissão Executiva, o Conselho Fiscal, a Comissão Eleitoral. Logo, é necessária uma disponibilidade muito grande de tempo desses conselheiros para que eles consigam dar conta das demandas.

Além disso, cabe lembrar que representantes de usuários fazem parte obrigatoriamente de outras Entidades Cívicas (exceto representantes de distrito, mas estes são necessariamente representantes de conselhos locais e distritais) que também têm sua

própria agenda de obrigações dentro de suas entidades. O representante do Movimento Sindical dá a dimensão dessa dificuldade no seu caso específico:

As demandas do movimento sindical tomam muito tempo da gente. Então, a gente que atua no CMS/CPS tem uma participação meio limitada. É um fator que me desagrada. Porque como movimento sindical você não está atuando só na área de saúde. Eu não sou um diretor da área de saúde do sindicato que atuaria especificamente na área de saúde seja na área de saúde com os trabalhadores da base, seja na área de saúde no nível municipal. Então como a gente tem campanha salarial, essas coisas, a gente não tem muita dedicação, ou não tem dedicação exclusiva. A gente está participando ativamente do CMS. Então, a gente procura contribuir mais nos debates, quando tem as plenárias... (Representante de Usuários).

Em segundo lugar, observamos pelas reuniões acompanhadas que é muito difícil para esses conselheiros encontrarem espaço para a discussão de novos temas, uma vez que a pauta do conselho está sobrecarregada com os assuntos que são considerados mais “relevantes” dentro do conselho. Aqui eu resgato o artigo de Tatagiba (2002) e estabeleço uma diferença entre o que eu quero dizer com “pertinente” e o que ela discutiu como “pertinente” ou “relevante”. No artigo, ela apresenta uma dicotomia entre “questões estruturais X questões pontuais”, ou seja, dentro dos conselhos normalmente há dois posicionamentos distintos dos segmentos que lá atuam: de um lado, determinados grupos querem pensar nas grandes diretrizes, definir prioridade, formular políticas públicas e, do outro, aqueles segmentos que pensam em atender às necessidades imediatas da população. Podemos também encontrar tais posicionamentos no CMS/CPS. De um lado, temos conselheiros que acreditam em uma atuação mais micro do conselho, ou seja, que o CMS/CPS priorize suas ações nos problemas imediatos já que são esses que afetam diretamente o cotidiano da população. São preocupações pontuais como a lavanderia que não está funcionando de forma adequada, a oftalmologia que é historicamente problemática em Campinas, o posto de saúde que não tem médico, as filas nos hospitais entre outras.

Fiscalizar os postos de saúde, tem que ver se tem médico, tem que ver o andamento, tem que ver a agenda, as faltas, a falta de marcação de consulta, o mal andamento dos postos de saúde e do pronto-socorro (representantes de usuários).

Por outro lado, há representantes usuários que pensam nos conselhos gestores como um projeto maior de construção das políticas públicas, mas que se vêem limitados na sua atuação uma vez que a pauta é demasiada extensa com os assuntos que já existem.

Eu acho que o CMS tem alguns vícios que prejudicam muito a participação popular, que prejudicam muito a formulação de políticas. Porque eu acho que o papel principal do CMS é a formulação de políticas da área de saúde para a cidade. É discutir as diretrizes. É atacar os problemas macro na área de saúde. E eu vejo que o CMS acaba sendo conduzido, não no sentido de ser manipulado, mas conduzido no sentido de ser pautado pelas questões específicas da secretaria municipal de saúde. Ou seja, a gente tem que discutir renovação de contratos, seja com hospitais privados, seja com os próprios hospitais públicos para receber verbas do SUS. Ou programas específicos do ministério da saúde que tem que passar pelo conselho. Então, quer dizer, é uma pauta muito extensa que a secretaria de saúde traz para o conselho. Então, essa pauta domina as reuniões do conselho. (Representante de Usuários).

Tendo este retrospecto, retomo a discussão daquilo que afirmo ser considerado mais “relevante” para discussão nas plenárias do Conselho. Claramente temos que são aqueles assuntos pautados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Não podemos desconsiderar que esses assuntos acabam por ser prioritários, uma vez que a sua não aprovação significa que algo vai parar no Sistema de Saúde. Neste caso, refiro-me principalmente aos convênios firmados que precisam, para sua renovação, passar pela aprovação do Conselho e que é um dos assuntos que mais ocupa as pautas. Aliás, como afirmam os próprios conselheiros, assuntos que envolvam dinheiro são os que mais demandam tempo e aqueles que mais geram discórdia ou conflitos dentro do conselho.

Assuntos que mexem com dinheiro (Representante de Usuários)

Quando vai ter aprovação de convênios. É muito complicado. (Representante de Usuários).

Quando é aprovação de convênios, isso aí acaba tendo uma boa discussão por motivo de... a gente acha que o convênio tá num valor muito alto, muito acima do que era pra ser... principalmente quando o prefeito quer passar em cima do conselho, quando faz um convênio sem comunicar pro conselho ou deixa pra última hora, atropela muito, com pressão, que o usuário vai ficar sem... entendeu?! (Representante de Usuários).

Assuntos que envolvam recursos ocupam substancialmente a pauta e dificultam que os representantes de usuários tenham espaço para propor idéias. Faço ainda o paralelo com o artigo de Tatagiba (2002) no qual ela aponta que o Estado, através de seus representantes, tende a controlar as pautas de conselhos. Isso fica evidente na fala de um dos representantes de usuários.

O fato é o seguinte, o fato mais principal é que quando é deliberado são coisas que já estão em procedimento, que já estão encaminhadas, entendeu?! Bota para aprovar. Só pra falar que a secretaria... quando vai para essa discussão o cerco já está fechado. Porque na verdade o seguinte, hoje eles têm o grupo na mão. Qualquer proposta que eles quiserem aprovar, eles aprovam. (Representante de Usuários).

A denúncia de um dos conselheiros é ainda mais grave. Pautas que são propostas pelos representantes de usuários, quando aprovadas em Pleno, não são cumpridas pela Secretaria de Saúde.

O conselho é tripartite. 25% trabalhador, 25% gestor e 50% usuário. Só que infelizmente a maior parte dos usuários, eles entram via interesses político-partidários onde eles não trazem reivindicação, onde eles não pautam, e quando pautam e é deliberado pelo conselho, a secretaria não cumpre. A secretaria não cumpre pautas deliberados pelo conselho quando colocadas pelos cidadãos. (representante de usuário).

Um das alternativas propostas por um dos conselheiros para que os representantes de usuários tenham maiores condições de propor pautas é, por exemplo, a criação de uma comissão que estimule tal atitude:

Geralmente a favor porque o conselho não sabe o que está acontecendo. A coisa acaba acontecendo com aval do conselho, mas sem aquela participação. E não foram coisas que surgiram do conselho, entendeu?! Por exemplo, a gente propor de criar uma comissão que estimule os usuários a criarem pautas para o conselho. Porque todas as pautas que surgem no conselho são pautas que vieram da secretaria. Pouquíssimas pautas, eu não lembro de nenhuma assim nos últimos 5 meses, que surgiram de usuários. (Representante de Usuários).

Ainda dentro da formulação das políticas públicas, o estudo de caso mostrou que no CMS/CPS quem está estabelecendo as diretrizes e os rumos da saúde pública é a SMS através dos seus diversos departamentos. Como os funcionários da SMS têm elaborado os Programas de Ação e Metas (PAM's), eles são periodicamente convidados para participarem das reuniões do conselho e apresentarem as ações feitas e os resultados conseguidos. Todos esses projetos que contemplam desde as políticas públicas de doença mental, os programa DST/AIDS ou questão da vigilância são apresentados para os conselheiros durante trinta minutos em uma reunião do conselho, em que os conselheiros têm dez minutos para questionamentos e logo depois acontece uma votação pela aprovação ou não daquelas metas e das ações realizadas.

Vem um técnico da prefeitura, faz uma explanação. O tempo para questionamento é de 5 minutos, não dá para você questionar um negócio desse.(Representante de Usuários).

Os conselheiros usuários são duplamente prejudicados porque eles não conseguem impor como pauta aquilo que eles consideram “relevantes”, nem do ponto de vista mais programático na formulação das políticas públicas, nem em questões mais pontuais.

É interessante, no entanto, percebermos como os conselheiros avaliam a sua relação com a SMS. Os depoimentos abaixo revelam que os conselheiros fazem leituras bem diversificadas sobre essa relação. Não reproduzirei aqui aqueles que consideram que a relação seja “boa” ou “ruim”, mas que observam as dificuldades que estão impostas. A pergunta referia-se a avaliação que a pessoa fazia da relação entre os SMS e CMS/CPS.

Irônica. Todos fingem que se adoram. Existe muita articulação política. (...). Não é uma relação ruim. Tem respeito. Tem muita manipulação, muita articulação, mas tem respeito. Tem abertura para você discutir propostas dentro daquilo que eles entendam como viável. (...). A prefeitura não é resistente quando você mostra e que dá certo. Mas é uma relação irônica, todo mundo se adora. (Representante de Usuários).

Ela é relativa. Às vezes é uma relação boa, mas nem sempre que todo mundo concorda com as mesmas coisas. A gente às vezes é obrigado a concordar com algumas coisas, e eles também são obrigados a engolir umas coisas. Então, não é conflito. É diferença de opiniões mesmo. (Representante de Usuários).

Complementarmente, resgato ainda a resposta de dois conselheiros à seguinte pergunta “Na sua avaliação, as principais metas/propostas deliberadas pelo CMS/CPS estão sendo cumpridas pela Secretaria Municipal de Saúde?”

O problema é que o conselho não delibera muito contra a secretaria, contra os desejos da secretaria. Então, a população está muito em harmonia com esse governo ou então falta participação da sociedade no conselho que é o que eu acredito mais (...) Na falta participação popular, o governo pinta e borda. Então, na verdade, não vejo o governo atuando contra a sociedade via conselho. Eu vejo o governo atuando como ele quer atuar. Eu não vejo oposição do conselho. Não é oposição. Eu não vejo as coisas saírem do conselho para a secretaria. A secretaria propõe, a secretaria pauta o conselho, aí chega as coisas no conselho, o conselho delibera contra ou a favor. Geralmente a favor porque o conselho não sabe o que está acontecendo. A coisa acaba acontecendo com aval do conselho, mas sem aquela participação. (Representante de Usuários).

(...) só que infelizmente a maior parte dos usuários, eles [os conselheiros] entram via interesses político-partidários onde eles não trazem reivindicação, onde eles não pautam, e quando pautam e é deliberado pelo conselho, a secretaria não cumpre. A secretaria não cumpre pautas deliberadas pelo conselho quando colocadas pelos cidadãos (Representante de Usuários).

Os trechos selecionados indicam, no primeiro momento, que no CMS/CPS há uma disputa de posições entre SMS e conselheiros. Contudo, no primeiro trecho a entrevistada afirma “tem abertura para você discutir propostas dentro daquilo *que eles entendam como viável*”. Faço esse destaque, pois ele revela o próprio limite propositivo dos conselheiros: só é debatido e considerado pela SMS aquilo que eles acham que pode ser viável. Este último trecho reforça mais ainda as limitações da Sociedade Civil que

pode estar servindo, em determinados casos, somente para legitimar as posições da Secretaria de Saúde, assim como indicou Tatagiba (2002). Além disso, isso ainda pode reforçar o que Tatagiba (2002) discute sobre as estratégias de atuação dos conselheiros, em suma, uma vez que não é possível uma estratégia de confronto, os grupos têm utilizado da estratégia de *conciliação*, pois os grupos não conseguem se articular de maneira mais incisiva, não podendo confrontar diretamente os interesses da SMS.

4.4. A Participação dos Conselheiros no CMS/CPS

Este tópico tem o objetivo de compreender qual o engajamento dos atores nas atividades do CMS/CPS. Assim sendo, no que se refere à participação da categoria usuários no conselho, primeiramente é interessante relacionar o tempo em que cada representante de usuários está no conselho com o grau de participação que esse conselheiro tem nas atividades do conselho, como participar de comissões ou exercer cargos de coordenação ou presidência.

QUADRO 03: Participação dos Entrevistados
Representantes de Usuários no CMS/CPS, gestão 2008/2010

Entrevistado	Mandato	Participa de Comissão	Participa de mais de duas comissão	Coordenação ou Presidência
<i>Representantes de Movimentos Sociais</i>				
Representante de Usuários 01	Terceiro	Não	Não	Não
Representante de Usuários 02	Primeiro	Não	Não	Sim
Representante de Usuários 03	Quinto	Sim	Sim	Sim
Representante de Usuários 04	Primeiro	Sim	Não	Não
<i>Representantes do MOPS</i>				
Representante de Usuários 05	Segundo	Sim	Sim	Sim
Representante de Usuários 06	Segundo	Sim	Não	Não

Representante de Usuários 07	Quinto	Sim	Sim	Não
<i>Representantes de Associações</i>				
Representante de Usuários 08	Primeiro	Não	Não	Não
Representante de Usuários 09	Primeiro	Sim	Não	Não
Representante de Usuários 10	Primeiro	Sim	Não	Não
<i>Representante de Distrito</i>				
Representante de Usuários 11	Primeiro	Sim	Não	Não
Representante de Usuários 12	Primeiro	Sim	Sim	Sim
Representante de Usuários 13	Primeiro	Não	Não	Não
Representante de Usuários 14	Primeiro	Sim	Não	Não
Representante de Usuários 15	Primeiro	Não	Não	Não
Representante de Usuários 16	Primeiro	Sim	Sim	Não
Representante de Usuários 17	Segundo	Sim	Sim	Não
Representante de Usuários 18	Primeiro	Sim	Sim	Não
Representante de Usuários 19	Segundo	Sim	Sim	Não
<i>Representantes de Sindicato</i>				
Representante de Usuários 20	Segundo	Sim	Não	Não
Representante de Usuários 21	Primeiro	Não	Não	Não
Representante de Usuários 22	Primeiro	Sim	Não	Não
Representante de Usuários 23	Primeiro	Não	Não	Não

Fonte: elaboração própria a partir dos dados das entrevistas.

No Quadro 03, dividimos o tópico “participação em comissão” em dois grupos. O primeiro é formado por aqueles que participam de comissão, independente do número das mesmas. O segundo é reservado àqueles que participam de mais de duas comissões. Observamos que no CMS/CPS, *dezesseis* representantes de usuários participam de pelo menos uma comissão. Contudo, *oito* participam de mais de duas comissões. Isso tem como consequência a sobrecarga de demandas/serviços sobre alguns conselheiros, como reclamam as conselheiras abaixo:

Ninguém quer saber de nada. O povo fica falando de controle social, ninguém quer saber de controle social. Não, não tem ninguém. Você vê aqui no conselho. Quem tem aqui no conselho? *São poucas pessoas que vão fazer as coisas*. E fica falando que tem controle social. Não tem controle social nada. Ninguém quer saber de nada. E quando entram para fazer, entram para fazer politicagem. Briga, briga, briga. Entra para conseguir alguma coisa, você acha que isso é controle social? Não sei como as pessoas podem fazer isso mudar, sabe?! Para deixar entrar pessoas que querem lutar, que querem trabalhar e não se promover pessoalmente. Eu fico triste com essas coisas. *Uns trabalham demais e outros não fazem nada*. Só vem aqui também para votar. (Representante de Usuários).

Eu acho que o conselheiro se sobrecarrega, por exemplo, nós temos várias comissões, aí o conselheiro desiste, o suplente não colabora e sai fora também. Aí, nesse sentido, sobrecarrega. (Representante de Usuários).

Se considerarmos o universo analisado, temos que quase um terço dos conselheiros não participa de nenhuma comissão. As conselheiras usuárias abaixo apontam as dificuldades em participar de comissões pela falta de tempo:

Não, não, pois não tenho disponibilidade de horário. Eu acho que primeiramente você tem que saber do seu tempo. Eu não posso... dia de executiva, essas coisas, o pessoal fica de duas da tarde às seis da tarde. Ou, às vezes, começa de manhã. Eu não posso... eu tenho meu empenho, mas não disponibilidade de horário. (...) Não adianta eu participar de 3 ou 4 comissões para ir na reunião uma vez ou outra. (Representante de Usuários).

Para mim, eu adoraria entrar em uma comissão. Mas eu tenho dificuldade em relação ao meu trabalho. Eu precisaria que o conselho ou a prefeitura chegasse para a minha chefia e dissesse “que é importante a participação dela... Ela poderia ser liberada?” Como eu, outros conselheiros trabalham e não têm essa disponibilidade de atuar mais. (representantes de usuários).

Se por um lado há a sobrecarga de tarefas sobre alguns conselheiros, e a minha observação permitiu ver que há realmente alguns conselheiros que participam de várias comissões e gastam grande parte do seu tempo resolvendo os problemas do Conselho, sendo presença constante tanto na sala do Conselho quanto em qualquer outro evento do CMS/CPS; por outro lado não se pode forçar aos demais participarem. Afinal, também

pude notar que parte desses conselheiros trabalha, tem família e ainda tem que conciliar as atividades nas suas comunidades com o dia a dia do CMS/CPS.

Observamos ainda que na última eleição do conselho houve uma grande renovação dos representantes de usuários. Dos vinte e três entrevistados, quinze estão em sua primeira gestão.

A maior parte dos conselheiros dessa gestão são novos. Teve muita renovação(...). Mas muitos vieram com outros interesses... políticos, entendeu?! Então, não sei se pela eleição que teve o ano passado que levou alguns a serem conselheiros para falarem ‘eu sou conselheiro municipal’. (Representante de Usuários).

Podemos notar que, novamente, os “interesses políticos” são apontados como sendo um dos motivos do grande número de renovações que ocorreram nas últimas eleições, pois, como já mencionado, as pessoas se interessaram em participar para que pudessem “fazer nome” no campo político, visando algum fim eleitoral ou algum favor político. Apesar de não ter sido possível avaliar isso nessa dissertação, talvez a quantidade de cadeiras vagas no Conselho no período analisado seja reflexo dessas denúncias, onde várias pessoas resolveram participar tão somente para conseguir algum benefício político para si.

Assim sendo, é preciso ressaltar que os conselheiros usuários apontam que participar do Conselho pode ajudar a ter acesso diferenciado aos serviços de saúde e aos agentes políticos que não aqueles “previstos” em lei. Parte da literatura aponta essa tendência dentro dos conselhos (STRALEN & Al., 2006; GAZETA, 2005; FERRAZ, 2005; TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007a), que não seria somente via conselho que os representantes de usuários têm conseguido atender suas demandas, mas por outros meios, em que se destacam o falar diretamente com o secretário da saúde ou com um assessor do prefeito. As falas abaixo ainda reforçam que a presença dentro do conselho permite maior proximidade com o poder político dentro do conselho de saúde:

O conselho te dá a possibilidade de falar com o secretário, de falar com o assessor do prefeito, de mostrar a verdade que talvez esteja distante deles. (...). (Representante de Usuários).

O secretário é uma pessoa muito aberta, ele deixa até uma agenda para tá recebendo os conselheiros, né?! Um dia por semana ele fala pra “vocês marcarem a reunião”. (Representante de Usuários).

Conquanto haja essa possibilidade, conforme alguns representantes de usuários indicaram, uma conselheira queixou-se da dificuldade que ela encontra em conseguir

que seus interesses sejam ouvidos dentro do conselho, sendo necessário que ela contatasse outro conselheiro usuário que tem mais tempo no conselho para se conseguir o pleiteado, mostrando que os recursos são distribuídos de maneira diferenciada entre os atores e que o “tempo de casa” parece contar:

Eu acho que a gente deveria ter um pouco mais de atenção. Porque tudo que eu peço, que eu falo tem que passar primeiro não sei para quem... os níveis maiores, por exemplo, eles conseguem muito mais. Então, eu sou obrigada, por exemplo, vou citar o nome do seu Xavier⁴⁰, tem que chegar até ele para que eu possa ter resposta. E essa resposta nem sempre vem. Porque eles não me dão retorno daquilo que eu pedi, daquilo que eu fiz, entendeu?! Então, eu acho que é meio vago para nós usuários. (Representante de Usuários).

Como houve uma grande renovação na categoria usuários, é preocupante pensar que esses novos atores têm encontrado dificuldade para se expressar dentro do CMS/CPS. Nesse sentido, o próximo tópico procura abordar os problemas enfrentados e a necessidade de capacitação dos representantes de usuários para o real controle social.

4.5. A Necessidade de Capacitação e os Problemas Enfrentados Pelos Conselheiros

A sobrecarga de trabalho enfrentado pelos conselheiros é apenas um dos fatores que dificultam a participação dos mesmos. Primeiramente, isso é reflexo da falta de capacitação dos conselheiros não-governamentais que muitas vezes não entendem o seu papel. Os conselheiros acabam tendo muita dificuldade em acompanhar o que está sendo debatido, de esmiuçar os relatórios técnicos que lhe são enviados ou apresentados, como vários estudos têm apontado nos conselhos gestores (PEDROSA, 1997; OLIOSA, 1999, TATAGIBA, 2002 etc). Os relatos abaixo confirmam esse problema dentro do CMS/CPS:

Essas planilhas governamentais são sempre complicadíssimas, muita pouca gente entende, na verdade. E a gente se fixa no valor total. Tantos milhões para o empreendimento total. E aí fica se questionando: 500 mil, mas porque não 300 mil? Mas ninguém ali tem muita condição de fazer essa verificação. As planilhas estão lá. Muita pouca gente faz. Só você pedir que você acesse. Mas novamente, o pessoal não participa com essa profundidade. Na hora a discussão acaba ficando muita vazia. Geralmente, as pessoas que são mais contrárias não conseguem embasar seu argumento para pode ser

⁴⁰ Xavier é um representante dos usuários do CMS/CPS que está no conselho há mais tempo que a representante de usuários citada.

contrários com profundidade. Mais um motivo porque o governo acaba levando as votações. (Representante de Usuários).

Nós precisamos de uma assessoria jurídica. Nós já enviamos o pedido solicitando a assistência jurídica. Nós precisamos muitas vezes de assistência contábil, você pega lá a prestação de contas e muitas vezes você fica ali perdido porque nós não temos um conhecimento profundo de contabilidade. Nós temos dificuldade do desmembramento dessa contabilidade. (Representante de Usuários).

Olha, falta muita coisa, mas um ponto que eu sempre friso é a parte contábil daqui e o jurídico. Chega tanta coisa aí, que você fica...(Representante de Usuários).

Eu gostaria de destacar uma participação maior dos tribunais de conta dentro do conselho, um conhecimento maior dentro do conselho de como é feito uma auditoria e dos direitos sociais e constitucionais que são os ministérios públicos, né?! (...) O conselho deveria ter um amparo jurídico e contábil e de auditores que nos orientasse. (...) Então, nós teríamos um auditor, um advogado... e isso é lei, faz parte da lei. Foi deliberado na sétima conferência. A resolução 333 diz isso aí: todo conselho tem que ter uma assessoria jurídica e contábil. E nós não temos. Isso é um ponto muito falho. (...) Vamos falar assim... 30% é participativo. A maioria não é. Entram calados e saem mudos. Ou por desconhecimento ou por questão de não fazer enfretamento. Porque vem pressão. Vem muita pressão. Você tem que está afiado, tem que ter um certo conhecimento para entrar na discussão. Se você não tiver o mínimo de conhecimento você é massacrado, você é neutralizado através das palavras porque eles têm a técnica, eles tem a convicção. E aí fica complicado. E aí eu reconheço, que muitas vezes tem a vontade, mas aí vem o acanhamento de falar em público (Representante de Usuários).

Dagnino (2002) apontou que, do lado da Sociedade Civil, um conjunto de fatores tem sido limitador na participação dos usuários dos espaços públicos. Um deles, e talvez um dos mais relevantes, é a necessidade de qualificação tanto técnica quanto política que a participação impõe aos representantes da Sociedade Civil. Torna-se imprescindível para um acompanhamento qualitativo das discussões um saber técnico especializado que, muitas vezes, torna-se uma barreira para aqueles que dispõem de menos recursos. Uma das formas de diminuir essas diferenças sejam cursos de capacitação que contemplem vários níveis de profundidade. Ou seja, cursos que abranjam desde o papel do conselheiro e suas atividades como tal a cursos que discutam mais profundamente as rotinas administrativas e procedimentais para o encaminhamento e a análise dos materiais que chegam como orçamento e leis.

Com o objetivo de diminuir as desigualdades causadas pela ausência de conhecimento técnico e especializado, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a partir do documento “Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros da Saúde”, começou a apoiar as iniciativas de capacitação dos conselheiros, tendo o respaldo do Ministério da Saúde. Campinas e região já contam com essa iniciativa, sendo oferecidos cursos regulares de capacitação.

Participei de uma reunião do curso de capacitação que estava sendo oferecido no começo do ano de 2009 e pude observar que havia alguns membros do Conselho Municipal da atual gestão 2008/2010 – tanto representantes de trabalhadores quanto de usuários – que faziam o curso e tinham esse primeiro contato mais aprofundado da dinâmica e atividades do Conselho. Conforme já mencionado, uma parcela significativa do CMS/CPS era composta de novos participantes. Assim, fiquei surpresa ao ver que uma grande parte desses novos conselheiros tinha realmente interesse de entender melhor como são conduzidos os trabalhos da saúde. Devo ressaltar que para os conselheiros municipais de Campinas o local era de fácil acesso⁴¹, visto que se localiza próximo à prefeitura. Outro ponto de destaque é a forma interativa em que às reuniões eram conduzidas, sendo sempre propostas dinâmicas que estimulavam a participação de todos. Apesar de terem um programa de trabalho bem organizado, como às reuniões eram realizadas somente aos sábados (o dia inteiro) e os encontros tinham duração de cerca de três meses, considerei o tempo insuficiente para abarcar todo o conteúdo que auxiliaria os conselheiros. Apesar dessa última consideração, um dos conselheiros descreve a experiência de forma positiva:

o próprio curso que a gente fez de capacitação na área de saúde realmente dá uma segurança para você poder argumentar detalhes que a gente não conhecia por falta de leitura ou de simples conhecimento na área. E a gente estava conhecendo porque a gente também está no dia a dia nos postos de saúde, sabendo do andamento das coisas, perguntando se está tudo ok, se está faltando isso ou aquilo. (Representante de Usuários).

Já a conselheira abaixo reforça a importância dos cursos de capacitação para aumentar qualitativamente a participação do conselheiro:

A gente tá ensinando... esse curso que tá tendo (capacitação) de conselheiro está melhorando porque ele está entendendo que a política, como trabalhar a política do SUS. Porque não adianta se eu fico sentada na reunião do conselho, ou conversando com os outros e eu não levo... chega na hora “não”, “me abstenho”. Porque? Diz no microfone porque vai se abster. (Representante de Usuários).

Uma das conselheiras que foi entrevistada estava inclusive fazendo o curso de capacitação supracitado. Ela havia assumido a pouco tempo a titularidade da cadeira. Contudo, ainda não sabia ao certo o seu papel dentro do Conselho, e esperava “aprendê-

⁴¹ O curso era oferecido para conselheiros de Campinas e Região, desta forma, destaco que o local era de fácil acesso para os conselheiros de Campinas, pois os conselheiros dos outros municípios dependiam do fornecimento de carros de sua prefeitura para chegar ao local da reunião. Observamos, assim, ser necessário um apoio mínimo da governança local para a capacitação de conselheiros.

lo dentro do curso”. Outro conselheiro destacou a importância de cursos de capacitação. No entanto, ele acredita que esses cursos tenham que ser dados pelos próprios usuários em vez da gestão, porque, segundo ele, isso e outros fatores garantiam a independência do conselho.

A gente quer um conselho independente. E o que é um conselho independente? Um conselho não atrelado à secretaria. Que ele tivesse toda a infra-estrutura para que funcionasse o conselho, tivesse uma sala de reunião própria, uma sala de formação de conselheiros. Que essa formação de conselheiros fosse feita pelos conselheiros e não pela gestão. (Representante de Usuários).

Esse conjunto de opiniões demonstra que os conselheiros sabem da importância de cursos de capacitação. Eles se tornam imprescindíveis por proporcionar aos conselheiros não-governamentais uma parte do aparato necessário para o controle social. A outra parte deve vir do apoio jurídico e contábil que os conselheiros têm exigido constantemente e que foram determinadas pela Conferência Municipal de Saúde e pelas resoluções do CNS. Tendo essa retaguarda, a legitimidade da atuação do conselheiro se fortalece, uma vez que ele sente confiança nas decisões que toma, além do que amplia a própria noção de participação dentro do conselho, com conselheiros que constroem a possibilidade de propor e questionar.

Além dos desafios mencionados no que diz respeito à falta de conhecimento técnico dos participantes, outros problemas são levantados, como os trechos abaixo demonstram:

São várias. Uma é falta de dedicação exclusiva. Quando você não tem dedicação exclusiva sua representação, a paridade da sua representação diminui consideravelmente, né?! A questão de estrutura mesmo do conselho, para você ter uma idéia, eu que vou de carro para o conselho não tenho um local para estacionar meu carro. (...) Estou prestando um serviço público. Estou prestando um serviço voluntário... o mínimo que o conselho tem que propiciar aos representantes é a estrutura de ir e vir. Se precisar ficar até mais tarde, um lanche, coisas assim. (...) quando você precisa formar uma fiscalização ou ter alguma informação técnica, nós não temos esse suporte. Não temos nenhuma assessoria que possa nos ajudar nem a avaliar as questões financeiras, ou, por exemplo, fiscalizar alguma ação mais concreta da prefeitura. (Representante de Usuários).

Chegar até eles. Dificuldade de locomoção. Dificuldade de transporte porque tudo é demorado. Dificil acesso. (Representante de Usuários).

Para começar o transporte, né?! Você vê, como eu acabei de dizer, para você vir aqui eu tenho que tirar dinheiro do meu bolso para pegar o ônibus e chegar aqui. Para fiscalizar um hospital ou qualquer coisa você tem que ficar na dependência de pegar um dia marcar o carro, ter horário. Nós não temos aqui um carro nosso a disposição. Volta no que eu falei para você da assistência jurídica, muitas coisas que nós temos que tomar posição, e nós temos que ver se é legal. (Representante de Usuários).

As dificuldades são muito de acesso. O conselho tenta resolver isso dando passagem... de chegar mesmo à reunião do conselho. Tem muita gente mesmo que não consegue se deslocar para a reunião do conselho. O conselho vem dando passe para os usuários. Isso as vezes funciona, as vezes não funciona(...). Os usuários fizeram uma reunião sobre o orçamento do conselho para criar uma sala do conselho com equipamentos, com computadores, para os conselheiros poder estar atuando todos os dias. Isso facilita o acesso. Então, a dificuldade é essa. Saber o que está acontecendo... a circulação de informações e acesso físico ao local. A questão da circulação de informação que é complicado. Muita coisa circula por e-mail, mas muita gente não tem acesso a e-mail (...) Eu vejo isso como falta de informação. (Representante de Usuários).

Os problemas acima relacionados são condizentes aos que a literatura (TATAGIBA, 2002; HEIDRICH, 2004; VIRTUOSO, 2004; GAZETA, 2005) já vinha indicando em relação aos inúmeros empecilhos que existem e que dificultam a participação. Os obstáculos podem ser (1) de chegar (locomoção) até a reunião. O CMS/CPS começou recentemente a dar passe para aqueles conselheiros que utilizam o sistema público de transporte, mas mesmo assim nem sempre eles estão disponíveis e eles são dados somente para os dias das reuniões do CMS/CPS, o que impossibilita, por exemplo, que determinados conselheiros acompanhem o dia-a-dia do CMS/CPS ou se engaje numa campanha de fiscalização já que terá gastos com isso. Outra dificuldade é (2) de estrutura física. Como mencionado, o CMS/CPS conta com uma sala própria para as suas atividades dentro da prefeitura de Campinas. No entanto, alguns problemas são notados: a sala ser em um andar diferente do da SMS (o que pode ser um obstáculo ao acesso à informação); a sala ser pequena para a quantidade de conselheiros, o que, por exemplo, dificulta a realização de reuniões naquele espaço; a presença de apenas um secretário designado pela SMS o que sobrecarrega demais os serviços; a necessidade de se pedir à SMS um carro para que sejam realizadas às fiscalizações, entre outras.

Essas questões todas refletem os problemas enfrentados na participação dentro dos conselhos, e que afetam a qualidade dos debates e das deliberações. Como aponta um dos conselheiros entrevistados:

Faltam participação e apropriação do conselho. Não deixar ‘ a vida me levar’, como o pessoal geralmente faz. Mas realmente entender o que é conselho, o funcionamento do conselho, e usar ele em nossa vantagem. Tá faltando um pouco isso. A gente se apropriar. (...) Então, tem gente que vai lá só para assistir ao conselho. O papel dentro do conselho muitas vezes reproduz o fora. Muita gente só assisti o panorama político, vai lá vota, mas nem sabe o que está votando. E isso se reproduz um pouco no conselho, tem gente que vai lá só assistir, vota sem saber no que está votando e não interfere na situação, então não adianta. (Representante de Usuários).

Claro que não são todos os conselheiros que têm essa atitude menos participativa, muitos deles apresentam uma postura bastante combativa dentro do conselho. Entretanto, é preciso pensar de que forma pode-se aumentar qualitativamente essa participação, não se restringindo as soluções apenas para a capacitação dos conselheiros e a existência de um aparato jurídico e contábil. É necessário que o próprio conselho crie mecanismos que estimulem a participação de seus membros.

V. A Representação na Ótica dos Conselheiros Usuários no CMS/CPS

Este capítulo tem a finalidade de trazer à tona o que os representantes de usuários do CMS/CPS pensam sobre a própria representação não só do ponto de vista normativo, mas também sobre quais têm sido as suas práticas no dia-a-dia do Conselho como representantes de usuários.

5.1. O Exercício da Representação

Sobre a representação foi perguntado aos conselheiros usuários o que significava para eles representar. As respostas mostraram, pelo menos no discurso, uma grande preocupação por parte deles em defender os interesses dos usuários quando no exercício de suas funções.

Representar é uma grande responsabilidade. É uma coisa séria. Ocupa muito da gente. Você cria muitas inimidades, e você cria amizades também. E eu tenho uma satisfação pessoal de quando eu consigo fazer algo, não para me beneficiar, mas que seja beneficiada a população. (Representante de Usuários).

Eu acho que é colocar em evidência o que outras pessoas não conseguem falar, entendeu?! Que não tem como se expressar, que não tem como falar. Acho que você tem ali um local, a voz e a oportunidade de colocar o que muitas pessoas não podem, que não tem oportunidade, sabe?! Que não sabe chegar no lugar certo... e graças a Deus eu estou lá. (Representante de Usuários).

Eu tenho muita preocupação do que eu vou falar para saber se é o desejo de quem eu estou representando. (...) Tenho a preocupação de expor os desejos deles, por isso eu estou sempre conversando com eles. (...). Tá ouvindo tudo para levar o que eles precisam. Para mim é isso a representação. De vereador, de presidente, de deputado, você está representando alguém, você não é o poder. Você está representando quem te elegeu. E quem não te elegeu também. (Representante de Usuários).

Os trechos acima foram escolhidos por serem exemplares da linha geral de argumentação presente nas entrevistas. Podemos ressaltar dois aspectos básicos nas respostas: (1) a preocupação em trazer os anseios ou lutar pelo interesse da população dentro do conselho; (2) uma grande responsabilidade que lhe foi delegada em falar em nome de alguém. Nas entrevistas, os conselheiros usuários definiram a própria

representação como o exercício de priorizar os interesses coletivos daqueles que são representados sobre os seus próprios interesses particulares.

Contudo, se há uma grande heterogeneidade entre os representantes de usuários, como indicado por Lüchmann (2006), os interesses priorizados pelos atores podem ser bastante diferenciados. Os próprios representantes de usuários não assumem que fazem articulações entre si. Isso dificulta, para os próprios atores, estabelecer as prioridades dentro do segmento de usuários. Têm-se aí uma tarefa praticamente irrealizável: a formação de consenso.

No entanto, de acordo com o que já vimos, os (alguns) conselheiros usuários mantêm entre si acordos ou grupos informais para que nos momentos da votação aquele grupo vote junto. O que faz com que esses atores convirjam em interesses comuns, ou para posicionamento similares? De acordo com Young (2006), seriam ressaltadas nos atores determinadas preferências anteriores à participação. Isso faria com que pessoas que apresentam maior afinidade se aproximem. Essas afinidades podem ser, entre outras, local onde mora, lugares que freqüentam ou preferências político-partidárias. Ou seja, formam-se grupos (não-formais⁴²) que estabelecem preferências diferentes. Se levarmos essa idéia para prática do conselho, observamos claramente dois grupos: um que normalmente se posiciona favoravelmente ao governo e outro que sempre vota contrário a ele. Inclusive, no capítulo anterior, comentei das disputas que ocorriam no CMS/CPS entre grupos que disputavam poder dentro do conselho, tendo como referencial seus partidos políticos, o que dificultava ainda mais a formação de consenso dentro dos representantes de usuários.

Nesse sentido, também foi questionado aos entrevistados quem eles representavam dentro do Conselho. O objetivo era compreender se os atores buscavam uma atuação que prioriza os interesses dos grupos específicos pelos quais foram eleitos, ou se eles têm uma atuação mais voltada para os usuários dos SUS de uma forma geral. Dentre os vinte e três entrevistados, *quinze* afirmaram que estavam, primeiramente, representando os usuários do SUS de forma geral. Os *oito* restantes afirmaram que representavam dentro do conselho o grupo pelo qual foram eleitos. Os trechos relacionados a seguir caracterizam essas duas posições, os dois primeiros referem-se aos

⁴² Apesar de não haver claramente grupos - e os próprios conselheiros não conseguem ver que eles existem informalmente - nas reuniões do conselho são visíveis as “panelinhas” que são formadas, conforme mencionado no capítulo anterior.

conselheiros usuários que acreditam que representam a categoria pelo qual foram eleitos. Já os dois últimos trechos referem-se aos representantes que, uma vez eleitos, acreditam ter que representar todos os usuários dos SUS.

Eu represento os jovens LGBT. Os jovens gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais. Que tem umas questões bem próprias da saúde que a gente tenta trabalhar dentro do conselho. (Representante de Usuários).

Eu represento a população do meu distrito, mas principalmente do meu Centro de saúde. (Representante de Usuários).

Eu represento todos os usuários. A minha representação, embora tenha um grupo de usuários que me elegeram, mas através desse grupo eu estou representando todos os usuários. (Representante de Usuários).

Eu represento os usuários do SUS. Independente de ter saído do Centro de Referência do DST/AIDS, eu represento os usuários do SUS. (Representante de Usuários).

Observamos, dessa forma, dois posicionamentos divergentes quanto a quem se diz representar dentro do Conselho. Contudo, do ponto de vista normativo, os representantes de usuários (e os demais segmentos) devem representar a sociedade por completo, assim como afirma a Resolução nº 333/03.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). (resolução nº 333, inciso IX)

Labra (2002) apresentou um relatório de pesquisa sobre um estudo realizado sobre Conselho de Saúde. Ela apontou que determinados grupos⁴³ “restringem-se a reivindicar benefícios apenas para o seu grupo, em detrimento dos interesses mais gerais” (p. 13). No caso de Campinas, 35% dos representantes de usuários se consideram representando seus grupos específicos. Esse resultado traz uma série de conseqüências: (1) durante as reuniões esses representantes podem não prestar atenção nos debates que não dizem respeito especificamente à sua categoria; (2) conseqüentemente, nos processos de decisão podem votar sem maior rigor, já que não afeta aos seus representados; (3) pode dificultar a articulação dos membros do conselho, já que os interesses se tornam ainda mais diferenciados, ou seja, além da diferenciação natural entre os atores pela própria composição heterogênea dos representantes de

⁴³ No caso específico do estudo, normalmente os grupos são os portadores de patologia e de deficiência.

usuários no conselho, não há um interesse comum em defesa dos usuários como um todo, temos, de fato, grupos que muitas vezes não se comunicam entre si; (4) a luta por interesses diferenciados pode aumentar a disputa entre os representantes de usuários por recursos.

Desta forma, gostaria de fazer uma ressalva importante neste ponto da dissertação: durante todo o trabalho referi-me as *associações civis* e *entidades civis*, como sendo a mesma coisa, ou seja, grupos organizados – seja movimento social ou uma associação, seja sindicato ou ONG - que representam a sociedade civil dentro das arenas participatórias. Cabe a essas organizações garantirem a diversidade da Sociedade Civil dentro dos conselhos. No entanto, há uma diferença significativa entre quem são os usuários (ou associações) que elegem os seus representantes nos respectivos segmentos. O fato de haver uma cadeira exclusiva para os representantes de associação de portadores de patologia e outra para os deficiência traz ganhos importantes na luta pela defesa do direito desses segmentos, que normalmente são um dos que mais se utiliza da rede de saúde (principalmente o atendimento de média e alta complexidade). No entanto, os representantes dessa categoria podem estar fazendo uma leitura errônea da participação, pois ao se garantir cadeiras exclusivas, eles podem acreditar que devem defender somente os seus segmentos.

Se comparamos com o MOPS vislumbramos a diferença, pois o MOPS luta pela melhoria da saúde como um todo e não somente de um segmento específico. É claro que cada representante do MOPS têm uma base legitimadora específica que se concentra em algum bairro, e é comum privilegiar nos debates os assuntos que mais interferem nos interesses daqueles que o escolheram. Todavia, o MOPS é um segmento que luta pela melhoria da saúde coletiva e se organiza por toda a cidade. Em suas reuniões, eles discutem temas que influenciam a política de saúde da cidade de Campinas e não somente os problemas de uma região específica. Outro exemplo, são os representantes de distrito que trazem uma lógica parecida com o MOPS, pois congrega uma representação mais específica quando “brigam” pelas demandas da sua região, mas, ao mesmo tempo, devem se preocupar com a política de saúde macro, pois são diretamente atingidos pelos problemas dos outros distritos. Exemplo é que se não tiver um hospital bom em uma região, os pacientes desta migram para a outra, o que causa super lotação e piora a qualidade de atendimento para os moradores daquela região.

Outro problema central, e que já foi apontado, refere-se à ausência de criação de consensos entre os representantes de usuários. Essa disputa entre grupos que se posicionam de maneira tão distinta tem como consequência o enfraquecimento da categoria usuários. Assim sendo, as discussões travadas no capítulo anterior se tornam evidentes aqui, os representantes de usuários não conseguem se reunir para discutir aquilo que lhes é prioritário, construir no grupo suas próprias demandas, elaborar suas próprias pautas. Desta forma, os representantes governamentais têm conduzido às reuniões e as tomadas de decisões, e assim continuarão até que encontrem alguma ‘resistência’ realmente eficaz, de um grupo organizado, e não somente a de representantes de usuários atomizados.

Ainda dentro de questões que abordavam a representação de usuários no CMS/CPS, perguntou-se aos conselheiros de que maneira eles avaliavam a atuação do seu segmento dentro do Conselho. As respostas ficaram divididas em dois blocos. O primeiro é formado por aqueles que acreditam que os representantes de usuários são bem atuantes; o segundo bloco de respostas indica que há atuação, mas é feita apenas por uma parcela restrita de conselheiros, além do que muitas vezes essa atuação é limitada por uma série de fatores que vão desde falta de capacitação a interferência política, aos quais já nos referimos.

Com o acompanhamento das reuniões e do dia-a-dia do conselho pude observar que realmente se restringia a apenas alguns conselheiros usuários uma participação mais efetiva na rotina do CMS/CPS. Uma parcela significativa aparecia somente nos dias das reuniões do conselho para a votação, isto quando compareciam às reuniões. Conquanto compreenda as limitações da participação desses conselheiros, pergunto-me se apenas a participação das reuniões poderia garantir uma representação de qualidade, já que esses conselheiros usuários não vivenciam os problemas com os quais o CMS/CPS se depara no dia-a-dia. Mais ainda, como fica a própria manutenção e funcionalidade do conselho se apenas alguns estão de fato preocupados em exercer o controle social. Retomo a fala de uma conselheira que reflete essa preocupação: *“São poucas pessoas que vão fazer as coisas. (...) Uns trabalham demais e outros não fazem nada. Só vem aqui para votar.”*. Ou seja, os próprios conselheiros vêm de forma deficitária uma participação não tão efetiva por alguns representantes de usuários, o que pode significar o enfraquecimento da própria categoria.

Outro grupo de questões procurou fazer uma auto-avaliação dos conselheiros em relação à sua representação. Ou seja, foi-lhes perguntado como que, na opinião deles, a entidade ao qual representavam via a sua atuação no Conselho de Saúde. Alguns se esquivaram das respostas falando que era difícil saber da opinião de outrem, já outros responderam que sentem que tem aprovação em sua atuação dentro do conselho. É claro que compreendo o receio dos representantes de usuários em se julgarem tendo como referencial o olhar do outro, mas eu acredito que esse processo de auto-avaliação durante a entrevista foi importante para uma análise crítica sobre a própria atuação⁴⁴. Os trechos abaixo fazem parte desse esforço de auto-avaliação dos representantes de usuários entrevistados.

Eu não posso te responder. Eu não sei me avaliar. No momento como eu não estou recebendo crítica, eu acho que eu estou bem. (Representante de Usuários).

Eles me vêem com uma certa importância por ser uma pessoa que está próxima de um órgão de governo, e que está participando das decisões. Mesmo que não os afete diretamente, eles sabem que é uma questão que está afetando a cidade. E eles acham interessante que eles tenham uma participação lá. Sempre que isso é levantado, é levantado a favor. Tipo ‘a gente tá lá’. Eu acho isso interessante. Ainda mais eu que trabalho com jovem, eu acho interessante que o jovem se perceba como parte de um processo de gestão municipal. Coisas que eles nem imaginam fazer tão cedo. (Representante de Usuários).

Como conselheira, alguns não sabem. A população com quem eu trabalho aqui é analfabeta, semi-analfabeta, por mais que eu tento explicar eles têm um outro mundo. (...). Tem uma outra população que tem uma história de freqüentar o centro de saúde, ou que participa de comunidade da igreja, que já tem uma consciência. Então, eles vêm e me perguntam, me procuram, eu levo (...). (Representante de Usuários).

No entanto, algumas respostas foram bastante significativas quanto ao grau de prioridade que determinadas entidades dão para uma atuação no conselho:

Eu vou ser franco para você, sendo frio. Eu acho... o meu sindicato tem atuação em vários conselhos (...). Sinceramente, quem está no sindicato não quer ter uma atribuição dessa porque acha que vai sobrecarregar a atividade dele no dia-a-dia. Então fica para os voluntários que querem aprender. Então, *o pessoal, vê com alívio, ‘poxa, você está lá, então não tem que tá eu lá’*. Porque tem que participar de reuniões à noite, que participar de seminários, e tal, tal... (Representante de Usuários).

Não é uma unidade essa participação do sindicato no conselho. Porque, se você pega o sindicato dos servidores públicos, você tem 15 trabalhadores liberados só para fazer

⁴⁴ Quiçá servirá para posterior mensuração sobre a própria atuação como conselheiro usuário, além do que poderia ser útil para analisar quais seriam os pontos em que seriam necessárias mudanças de atuação/estratégia por parte desses representantes.

atividade sindical. Aqui no nosso sindicato não. Só tem eu liberado. Então quando eu vou para a questão de saúde, alguma coisa eu estou descobrindo ali, entendeu?! A diretoria entende a importância da nossa participação, que isso dá visibilidade para o nosso sindicato também. O nosso sindicato começa a ser mais respeitado na cidade, a ser referência, não só a pessoa que representa, mas a entidade sindical. Nesse aspecto é bom. Mas, como eu disse, ela acaba tomando tempo nosso em relação ao nosso objetivo principal que é o movimento sindical. (Representante de Usuários).

Os dois conselheiros acima são sindicalistas. Podemos notar que a atuação dos sindicatos dentro do conselho não é uma unanimidade entre os próprios sindicalistas, pois as atividades ocupam tempo que poderia ser empreendido no movimento sindical. Mais ainda, os sindicalistas vêm com “alívio” ter alguém para participar dentro do conselho, pois lhes exonera da responsabilidade de ter que participar dessa instância. A pergunta é: por que eles continuam participando? Dois sindicalistas nos dão a resposta:

Entra uma outra disputa que é uma disputa de centrais sindicais. Os sindicatos têm candidatos vão em peso votar no seu sindicato. A CUT é maioria, a CUT elege a maioria. É uma disputa de poder político. (Representante de Usuários).

A eleição do conselho de saúde foi uma briga de centrais, você entendeu?! Foi o seguinte, eu fui na reunião da diretoria e precisava ter um nome, uma pessoa representando no conselho. Então, ninguém se manifestou, Então tá bom, se ninguém quer, eu vou. Só que eu fui com aquilo comigo, se eu for eu quero participar, eu quero fazer parte dessa história. Eu vou me comprometer, eu vou me enquadrar e vou trabalhar para que isso aconteça. (Representante de Usuários).

A falta de compromisso com o Conselho de Saúde por alguns representantes de sindicato fez com que na última mudança regimental os representantes de sindicato perdessem *uma* cadeira. Ainda hoje sua atuação é vista pelos outros conselheiros de forma negativa, conforme já comentado.

Se você pega a lista de presença, tem sindicalista que não tem uma presença. E ele tomou a vaga de alguém. Era oportuno, porque ter o nome dele no CMS/CPS para colocar no diploma dele de vereador ou de apoiador, ou de assessor, sei lá, é muito importante. Pesa. Dá status, certo?! (...). Então, agora estamos revisando. Estamos diminuindo o sindicato⁴⁵. (Representante de Usuários).

Tem uma parcela muito grande de pessoas, muitos sindicatos, sindicatos defendem classe, não defende saúde. Diminuir as cadeiras de sindicato e aumentar de distritais, porque campinas é muito grande. (Representante de Usuários).

As constantes críticas a (ausência de) atuação no CMS/CPS dos representantes de sindicatos têm levado muitos conselheiros a questionar a quantidade de cadeiras que

⁴⁵ Está sendo realizada uma nova revisão no regimento do conselho.

esse segmento tem dentro do conselho. Assim, muitos conselheiros querem que o número de cadeiras aos quais eles têm direito diminua, e que se aumente de outras categorias. O fato é que não há muito interesse por essas categorias profissionais nas Políticas de Saúde, pois eles não são diretamente atingidos por elas. O capítulo 03 dessa dissertação mostrou que os sindicatos, após a constituinte de 1988 e a criação do SUS, concentraram seus esforços em garantir aos sindicalizados os Planos de Saúde privados (CARVALHO, 2007). A consequência disso, como podemos observar no CMS/CPS, é uma participação, em sua maioria, desinteressada e desmotivada por parte desses conselheiros, pois, de acordo com as próprias entrevistas, eles privilegiam outros espaços que eles ocupam e têm dificuldade de conciliar as diversas representações.

5.2. A Representatividade do Conselheiro

Os conselhos gestores trouxeram consigo uma responsabilidade dupla para os representantes de usuários. Além de terem que representar de forma responsável sua categoria dentro do conselho (atuação institucional), eles devem paralelamente estabelecer e manter formas de ligação com suas bases. Dagnino (2002) indica que em determinadas situações há a polarização dessas duas funções básicas dos conselheiros, conforme demonstra o recorte abaixo:

“Em alguns casos, se estabelece, como vimos, uma polarização entre atuação institucional e a mobilização social, o trabalho de organização junto às bases. (...). As dificuldades de mobilização são percebidas como resultado na atuação institucional, estabelecendo-se uma relação de exclusão entre elas. (DAGNINO, 2002: 292)

Os motivos para essa dificuldade em equilibrar as duas formas de atuação podem estar associados ao excesso de esforço que uma atuação institucional exige. Como descrito no capítulo anterior, as atividades típicas do conselho demandam muito tempo. São reuniões, participação em comissões, visitas aos centros de saúde, hospitais, entre outros que, aliados aos afazeres diários daqueles que tem família e em sua maioria trabalham, transformam-se em barreiras na tarefa de manter contato com a base. Retomando a fala de uma apoiadora do CMS/CPS, confirma-se que há essa perda de vínculo entre os representantes e os representados.

O conselheiro distrital está perdendo a sua base. São muitas participações. Que tempo ela tem para trabalhar os usuários da localidade dela do centro de saúde? (Apoiadora do CMS/CPS).

Uma das maneiras de avaliar quais são os vínculos que são mantidos entre os representantes de usuários e sua base, é questioná-los quanto ao grau de contato que os mesmos mantêm com os representados. As três variáveis apresentadas no Quadro 04 têm essa finalidade. A primeira coluna procura identificar, de acordo com as declarações dos próprios conselheiros, quem são aqueles que discutem previamente com suas bases os assuntos que serão tratados no Conselho Municipal de Saúde. A segunda procurou definir quem são os conselheiros que após as reuniões do CMS/CPS repassam as informações e as deliberações que aconteceram nas plenárias. E, finalmente, a última coluna buscou identificar se o representado tem demonstrado apoio ao representante e como esse tem percebido o olhar do representado.

QUADRO 04: A relação entre Representantes e Representados

Representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, gestão
2008/2010

Entrevistado	Discussão Prévia dos Assuntos	Repassa as informações	Sente apoio ou sozinho
<i>Representantes de Movimentos Sociais</i>			
Representante de Usuários 01	Sim	Sim	Apoio
Representante de Usuários 02	Sim	Sim	Sozinho
Representante de Usuários 03	Não	Sim	Apoio
Representante de Usuários 04	Sim	Sim	Apoio
<i>Representantes do MOPS</i>			
Representante de Usuários 05	Sim	Sim	Apoio
Representante de Usuários 06	Depende	Não	Apoio
Representante de Usuários 07	Não	Sim	Sozinho

<i>Representantes de Associações</i>			
Representante de Usuários 08	Depende	Sim	Apoio
Representante de Usuários 09	Não	Sim	Apoio
Representante de Usuários 10	Depende	Sim	Apoio
<i>Representante de Distrito</i>			
Representante de Usuários 11	Depende	Depende	Apoio
Representante de Usuários 12	Sim	Sim	Sozinho
Representante de Usuários 13	Depende	Sim	Sozinho
Representante de Usuários 14	Sim	Sim	Apoio
Representante de Usuários 15	Não	Não	Apoio
Representante de Usuários 16	Não	Sim	Apoio
Representante de Usuários 17	Não	Sim	Sozinho
Representante de Usuários 18	Depende	Sim	Apoio
Representante de Usuários 19	Sim	Sim	Apoio
<i>Representantes de Sindicato</i>			
Representante de Usuários 20	Não	Depende	Apoio
Representante de Usuários 21	Sim	Sim	Apoio
Representante de Usuários 22	Não	Sim	Apoio
Representante de Usuários 23	Não	Sim	Apoio

Fonte: elaboração própria a partir dos dados das entrevistas.

Dentre os *vinete e três* conselheiros usuários entrevistados *oito* disseram não fazer nenhum tipo de discussão prévia com suas bases dos assuntos que serão deliberados dentro do conselho. *Seis* entrevistados disseram que dependendo do assunto ele os leva para sua base. Segundo os conselheiros, são selecionados para o debate dentro das comunidades aqueles assuntos que dizem respeito à própria comunidade representada. Dois motivos podem justificar as razões para a seleção de determinados temas para discussão com as bases em detrimento de outros. A primeira é que dentro das reuniões que ocorrem com as bases – por exemplo, no caso dos representantes de distrito são as reuniões que ocorrem no conselho distrital ou local, no caso de representantes de associações ou ONG's são as reuniões de suas entidades - não há espaço para trazer os problemas e debates que ocorrerão dentro do conselho municipal, pois as agendas dessas reuniões já estão superlotadas com seus próprios problemas, não cabendo discutir a pauta do conselho. O segundo ponto é que os representantes de usuários tendem a excluir assuntos que não interessam diretamente as suas comunidades. Um exemplo são os problemas que são pautados pelo conselho municipal, mas que dizem respeito a fatos que ocorrem do outro lado da cidade em relação a um grupo de usuários, esses assuntos acabam sendo considerados não-prioritários. O trecho abaixo reforça esse argumento:

Não. A maioria não. Se for alguma coisa importante sim. Se for influenciar no local sim, mas tem muitas coisas que não influenciam no local então acabam não discutindo. A reunião (local) é pouco tempo também. (Representante de Usuários).

Isso demonstra mais um ponto de fragmentação dentro do CMS/CPS, pois os representantes de usuários não criam formas de ajuda mútua entre as diferentes bases legitimadoras para conseguir maior pressão popular conforme os interesses da população. O capítulo anterior abordou esse tema de forma mais significativa, pois identificou que de acordo com o tema em debate, as reuniões das Plenárias são cheias por aqueles usuários diretamente afetados por determinada política de saúde. Todavia, se o assunto em debate não trata do tema de uma determinada categoria, os usuários dessa categoria não participam das reuniões. Têm-se, assim, reuniões no conselho que são fortemente marcadas pela pressão popular - e aqui relembro que podem ser tanto contra o posicionamento do governo, quanto contra o posicionamento dos conselheiros (como no caso do Hospital Ouro Verde) -, e outras reuniões que praticamente não há pressão, pois quase todos os presentes são conselheiros.

Oito conselheiros afirmaram que fazem essa comunicação anterior com suas bases sobre os assuntos que serão tratados no conselho, mas os trechos abaixo relacionados indicam que eles próprios notam alguns limites existentes:

Você fala uma coisa que precisava ter e não tá tendo (discussões prévias dos assuntos). As coisas que acontece no conselho, eu levo para o distrito, mas levo eu que tenho essa concepção. Mas nem todos têm. Teria que ser uma multiplicação disso. E essa multiplicação não acontece. (Representante de Usuários).

A gente costuma levar para lá, para as reuniões nossas o que vai ser discutido no conselho, mas como as questões são muito afastadas da base, a repercussão é muito pequena. (Representante de Usuários).

Um ponto a ser considerado é a qualidade dessa discussão prévia. As entrevistas de alguns conselheiros indicam que eles afirmam discutir previamente, todavia, na realidade, apenas repassam o que será debatido sem que haja qualquer tipo de discussão.

Eu passo para o pessoal do conselho e para os que trabalham lá, trabalhadores e gestores, eu passo toda a pauta para eles. Eu deixo até cópias para eles conhecerem do que está se tratando. (Representante de Usuários).

As conseqüências do não repasse constante de informações entre os representantes e suas bases e a falta de diálogo para definir posições dentro de conselhos foram bem expostas por Tatagiba (2002),

“Essa ausência de uma via de mão dupla ente conselhos e entidades: as pautas do conselho nem sempre são discutidas com as entidades, e a posição das entidades nem sempre chega ao conhecimento do conselho, de forma a influir nas deliberações. As entidades, movimentos e ONG’s indicam ou elegem seus representantes e tendem a se afastar do cotidiano dos conselhos. Com isso, os conselheiros acabam emitindo sua própria opinião sobre determinado tema, resultado de acúmulo pessoal ou da sua adesão às propostas defendidas no calor do debate. Essa falta de um debate prévio com as entidades e movimentos de origem tem se mostrado muito problemática, principalmente no caso do segmento dos usuários que, sem um amadurecimento prévio das questões, acaba aderindo às posições defendidas por grupos com maior poder de argumentação e influência.” (TATAGIBA, 2002: 66)

O capítulo anterior indicou que no CMS/CPS aqueles que mais influenciam são os representantes governamentais. Isto está relacionado exatamente com este maior poder de influência e argumentação por esse segmento. Como demonstrado, a

Sociedade Civil tem dificuldades de organização de suas idéias e de formação de articulações entre si. Conquanto não tenha sido possível averiguar nas entrevistas o grau de influência das organizações pelas quais os conselheiros foram eleitos - até porque as entrevistas foram realizadas somente com os conselheiros usuários e não com os membros das organizações que esses conselheiros estão representando -, observamos que na grande maioria essas organizações têm se afastado do conselheiro usuário durante sua gestão, deixando a cargo deste a tomada de decisão nos debates. Isso se materializa quando acompanhamos a rotina do CMS/CPS e notamos que alguns conselheiros usuários estão realmente atentos ao debate, entretanto são mais influenciáveis que outros exatamente por não terem essa carga de discussão anterior que deveria ser realizada dentro das próprias organizações civis e que poderia contribuir durante as reuniões do Pleno.

Conforme o Quadro 04 demonstra, temos que uma grande maioria de conselheiros usuários sente que tem o apoio de suas bases, seja porque as bases ou organizações não são contrárias a sua participação/atuação no CMS/CPS, pois acreditam que é importante ter um representante de seu segmento ocupando também esse espaço, embora não haja uma participação mais ativa das mesmas; seja porque há realmente uma base legitimadora que participa das atividades do conselho. Devo ressaltar que o acompanhamento da rotina do CMS/CPS me permitiu concluir que a maioria dos casos de “apoio” citadas pelos conselheiros refere-se a primeira hipótese apresentada, qual seja, não há uma participação mais incisiva das bases na gestão de seus representantes, mas estas acreditam ser importante ter representantes de suas categorias no conselho.

Assim, temos que, como apontado no Quadro 04, a maior parte dos conselheiros, *dezoito* no total, sente que tem o apoio de suas bases nas decisões que tomam no conselho – embora a grande maioria não tenha um apoio mais enfático com real participação dos usuários.

Eu tenho muito apoio, das minhas bases, no meu bairro, eu tenho muito apoio.
(Representante de Usuários).

Eu tenho apoio do meu sindicato que eu represento. Tenho o apoio da CUT também.
(Representante de Usuários).

Já outros *cinco* representantes de usuários disseram que se sentem sozinhos nas decisões que tomam:

Eu me sinto um pouco sozinho justamente pela falta de proximidade do meu segmento especificamente com o conselho. (Representante de Usuários).

Sozinha. Porque, como se diz “uma andorinha só não faz verão”. Então, eu pouco tenho com quem discutir porque só eu quem vou na reunião, só eu quem participo. Então, é assim, sempre o pessoal vai em grupos... (Representante de Usuários).

Nesse sentido, devo ressaltar que quando os conselheiros usuários afirmam que se sentem “sozinhos” dentro do conselho, isso não significa, por exemplo, que os representados prefeririam outra pessoa para representá-los no CMS/CPS. Na verdade, as entrevistas indicaram que esta é uma frustração dos próprios representantes de usuários que estariam insatisfeitos pela postura de suas bases de não participarem ativamente do CMS/CPS. Deste modo, observamos por parte de certas associações a ausência de vínculos mais estreitos entre representantes e representados no CMS/CPS.

Os dois trechos abaixo selecionados das entrevistas realizadas demonstram que é comum entre alguns conselheiros a ausência de diálogo com quem representam, tomando eles mesmos as decisões sem qualquer debate anterior com suas entidades, reforçando o argumento apresentado por Tatagiba (2002) mais acima,

Eu não me preparo muito, o que está acontecendo na hora eu falo. (Representante de Usuários).

Não. A gente lê as pautas, verifica, vê se está certo ou se está errado e cada um leva a sua idéia. (Representante de Usuários).

Se apenas oito dos conselheiros entrevistados disseram que fazem algum tipo de discussão prévia das pautas com sua base, no outro extremo temos que *dezenove* afirmam que repassam as informações e deliberações que ocorrem dentro do CMS/CPS para as suas bases.

Sim, repassa. Normalmente por e-mail ou informes na reunião. Novamente, como são questões que não os afeta diretamente, a reação normalmente é... ‘ah, então tá bom’. Não há muita reação. (Representante de Usuários).

A gente leva para as reuniões do distrito. Na reunião do distrito eu coloco “tá acontecendo isso”. E isso é uma coisa que o conselheiro ainda não aprendeu. Tudo que aconteceu aqui eles têm que levar no distrito, eles têm que levar na base. Não acontece essa interação. É alguns conselheiros que fazem isso. E isso faz falta por aqui fica tudo mundo isolado, sabe?! (Representante de Usuários).

Ocorre maior repasse de informações do que uma discussão prévia dos assuntos no CMS/CPS, pois é muito mais fácil apenas repassar em um informe ou em um e-mail sobre as deliberações do conselho municipal do que discutir previamente com as bases

os assuntos que serão tratados. Dagnino (2003) indica que a estratégia adotada pelos conselheiros usuários pode estar relacionada à priorização da função institucional em detrimento da função de mobilização social, isto é, os conselheiros usuários têm se preocupado mais em participar dos espaços e ocupar posições estratégicas dentro deles do que manter os vínculos com os usuários. As conseqüências são visíveis, os laços da representação estão enfraquecidos justamente por esse distanciamento entre representantes e usuários, além disso, a arena de debate público perde em qualidade, uma vez que menos atores participam das discussões o que tende a comprometer a diversidade da sociedade civil nesses espaços.

Ainda dentro do campo empírico, *dois* conselheiros usuários afirmaram que dependendo do assunto que seja discutido há o repasse de informação para a base. Observamos, novamente, que ainda há a seleção de assuntos entre os próprios representantes de usuários daquilo que eles consideram mais relevantes de ser encaminhado para a base.

Normalmente a gente passa alguns informes por boletim. Alguma coisa relevante. Mas muito pouco. (representantes de usuários).

Devo ressaltar que não consegui estabelecer nenhum tipo de relação significativa entre o ato de repassar às informações do CMS/CPS, de comentar o que vai deliberado nas reuniões e de discutir previamente com as bases, e da impressão que os representantes de usuários têm sobre o apoio que recebem da sua base.

5.3. A Construção da Legitimidade

Antes de entrar no debate deste tópico, é importante a compreensão do leitor quanto ao que pretendo abordar. O foco aqui é a percepção que o representante de usuários tem em relação à base da sua legitimidade como conselheiro. Assim sendo, foi lhes perguntado: “Para o(a) senhor(a), de onde vem a sua legitimidade para representar os usuários no conselho de saúde?”. Tenho a consciência que a construção da legitimidade está associada à atuação ativa dentro dos espaços participativos, à mobilização social feita pelos atores dentro de suas bases e ao próprio apoio que recebido de quem se representa. Logo, apesar do título ser “a construção da legitimidade”, abordarei apenas o primeiro aspecto supracitado. Quanto aos demais, eles

foram anteriormente discutidos dentro desse capítulo e do capítulo anterior, assim sendo não os abordarei novamente.

Há três grupos de resposta a questão sobre a origem da legitimidade da representação para os conselheiros usuários. O primeiro é formado por aqueles que associam a representação às suas bases, ou seja, eles destacam que “[A legitimidade da minha representação vem] do distrito” (Representante de Usuários), “[A legitimidade vem] da base” (Representante de Usuários), ou ainda, “Cada pessoa que está aqui representando é um movimento”. (Representante de Usuários).

Isso significa que para esse grupo de conselheiros a representação está relacionada ao grau de associação que eles têm com suas bases. Ou seja, este primeiro grupo acredita que a legitimidade da representação está associada aos vínculos que são construídos antes mesmo da própria representação no conselho, pois o que fortalece a representação desses atores é exatamente as ligações previamente estabelecidas entre representantes e representados.

O segundo grupo é formado por aqueles que associam à representação a votação recebida ou ao processo eleitoral realizado. Podemos afirmar que há certa complementaridade entre o primeiro e o segundo grupo. Contudo, ao se ressaltar na resposta a questão da eleição como fator legitimador, percebemos que alguns atores trazem às expectativas de um modelo democrático representativo para dentro do conselho, onde as reais bases estariam no processo eleitoral. Mesmo afirmando que o voto foi dado pelo “povo” ou pelas “bases”, os critérios definidores entre o primeiro e o segundo grupo são diferentes.

“Foi adquirida através da votação. Uma votação foi feita justamente nomeando a mim e a outras pessoas para fazer parte desse grupo que vai se apegar na área de saúde” (Representante de Usuários).

“Vem de quando eles votam em mim, para mim representá-los. A minha legitimidade deles é isso. É o voto deles.” (Representante de Usuários).

É a reeleição. E porque me reelegeram? Porque eu correspondi com alguma expectativa, eu correspondi com a confiança que me depositaram. E eu me sinto na obrigação de corresponder com essa confiança que a comunidade deu. (Representante de Usuários).

“Porque eu fui eleita pelo povo.” (Representante de Usuários).

“Eu acho que pela população que me elegeu.” (Representante de Usuários).

Como mencionado acima, os atores têm como referencial o modelo representativo de escolha dos representantes – e Lüchmann (2007) já mostrou que é esse é um dos vieses da representação em espaços participativos. Assim sendo, ao priorizar o modelo eleitoral como um dos aspectos que garantem a legitimidade dos atores, isso pode indicar que os próprios representantes acreditam ser necessário ter algum critério claro que legitime a participação e atuação daqueles que foram designados para representar a categoria usuários. A finalidade é evitar que o governo indique os ocupantes das cadeiras da categoria usuários, bem como evitar que sejam sempre as mesmas pessoas e associações que representem os usuários, priorizando, desta forma, a escolha de diferentes conselheiros e garantindo que realmente haja uma diversidade de representantes e de idéias da Sociedade Civil no CMS/CPS.

Dentre o conjunto de respostas, encontramos também o ponto de vista de um conselheiro que combina explicitamente as duas justificativas acima detalhadas que legitimam a própria representação:

“A minha legitimidade vem de duas vias: primeiro a indicação do grupo do qual pertenço que me indicou para concorrer e depois da votação da qual eu tive das pessoas que estavam participando do processo eleitoral que votaram em mim. (...) A legitimidade dos representantes no conselho é dupla por causa disso, dentro da sua base, da sua entidade, você pode ter mais ou menos legitimidade se a escolha foi mais direta ou mais indireta. No meu caso, a gente fez uma reunião para quem ia assumir o conselho e eu fui indicado. Ali o processo foi legítimo dentro da entidade. Depois eu sou apresentado lá na eleição onde todas as entidades participam, onde todo mundo vota, cada um foi apresentar a sua base, a sua luta e porque merecia está ali e aí eu fui escolhido. Então, isso leva a uma legitimidade. (representantes de usuários).

O conselheiro em questão é professor universitário, isso pode indicar que ele tenha uma bagagem acadêmica anterior que de subsídios para a leitura que ele faz sobre a própria representação, em que ele considera não somente a eleição realizada para o próprio conselho, mas, sobretudo, a indicação de seus pares anteriormente. Ele levanta algo importante. A legitimidade dos conselheiros é dupla, uma vez que eles passaram em menor ou maior grau por processos de escolha dentro de suas entidades ou nos seus distritos para concorrerem a uma cadeira no CMS/CPS. E passaram ainda por outro processo eleitoral, nas assembleias dos conselhos, em que foram votados aqueles que seriam os titulares e os suplentes representantes de usuários.

Por fim, temos um terceiro grupo formado por aqueles que relacionam à representação ao cumprimento do que a lei estabelece. Observamos um rigor normativo por parte desses conselheiros que enxergam à base da legitimação de sua representação

por ser “o que a lei determina”. Parece não haver por parte desses representantes de usuários uma leitura crítica do real significado que essa representação assume frente à construção da cidadania e da participação popular.

(A legitimidade vem) no regimento do conselho. (Representante de Usuários).

Da legislação, da lei que fala sobre os conselhos de saúde, a lei que me dá esse caráter de ser legítimo. (Representante de Usuários).

O primeiro exemplo refere-se a uma representante de distrito, já o segundo é de um sindicalista. Ressalto o fato de a segunda resposta ter sido dada de um representante de sindicato, pois ela pode ser reflexo da própria maneira que este representante vivencia a sua participação, qual seja, sua categoria vê sua participação com alívio, pois a presença deste conselheiro no CMS/CPS significa que outra pessoa não precisa estar lá⁴⁶. Assim, de acordo com que já foi comentado durante essa dissertação, os sindicatos têm cadeiras e acham importante ocupar mais esse espaço, porém sua atuação no conselho é limitada pelo pouco (ou quase nenhum) grau de prioridade que os sindicatos têm dado ao CMS/CPS. Nas reuniões e em conversas com os conselheiros também pude notar que essa é uma impressão quase unânime dentro do conselho por parte dos outros representantes de usuários.

Ainda dentro das respostas a essa pergunta, uma das conselheiras justificou que a sua legitimidade se dá a partir de três chaves: o fato de ter uma deficiência física e fazer parte de um grupo organizado que defende esse segmento, por ter sido eleita e pela própria consciência política que possui.

A legitimidade (de ser representante dos portadores de deficiência) vem em primeiro lugar por eu ter uma deficiência e ser presidente da associação da qual participo. Em seguida, por ter sido eleita para representar minha categoria e pela própria consciência política que tenho. (Representante de Usuários).

O argumento dessa conselheira é interessante, pois um dos pilares de sua resposta é a defesa de uma representação legítima baseada na posição que ocupa dentro da sociedade (ter deficiência) e dentro de sua associação. A mesma conselheira quando perguntada sobre quem representa dentro do conselho afirma que são os portadores de deficiência. Ela baseia a sua representação no CMS/CPS pela posição que ocupa e tende a defender os interesses daqueles que compartilham os mesmos problemas que ela,

⁴⁶ O trecho da entrevista que explicita este argumento foi dado um pouco mais acima.

numa defesa daqueles que compartilham as mesmas *perspectivas sociais*, tal qual Young (2002) defende, ou seja, os indivíduos tendem a observar os processos sociais de acordo com as suas próprias experiências, de acordo com as experiências que lhe são comuns. Como a própria Young afirma, isso não é determinante para as escolhas, mas implica que é mais fácil, por exemplo, ver o problema que atinge o seu grupo, mas não lhe é tão sensível aqueles que acometem aos demais.

Ainda referente à visão da própria representação, uma conselheira, em outra situação afirmou:

Se eu saio do serviço para uma reunião até 10 da noite não é porque eu tenho câncer, mas porque eu conheço a dificuldade deles. Para mim, é muito gratificante. E muito difícil, como todas às reuniões de conselho... Muitas brigas, muito jogo político, mas muito interessante. (Representante de Usuários).

As pessoas têm sim vontade de fazer. Porque as pessoas não saem das suas casas para aquelas reuniões maçantes, que às vezes não dá em nada... pelo amor de Deus, quem não quer fica em casa?! (Representante de Usuários).

Podemos relacionar a fala acima com o que Avritzer (2007) defende como representação *por afinidade*, ou seja, aquela que é baseada em laços de solidariedade e identidade, em que os indivíduos que foram indicados pelas suas associações, mesmo que eles não sejam portadores de uma doença ou usuários regulares do SUS, podem defender aquilo que é de interesse da população, pois eles foram escolhidos exatamente porque entendem a complexidade dos problemas na área da saúde e vão construindo vínculos com os representados.

Outra conclusão que podemos chegar é que aquelas associações que estão lá representando não necessariamente estão defendendo interesses próprios, porém por conseguirem melhor se organizar eles “assumem a responsabilidade” de defender os direitos daqueles que não conseguem se organizar ou que se organizam, mas que não conseguem projeção no campo político. Nesse sentido, a fala da conselheira é bastante significativa, pois ela claramente transparece esse outro olhar sobre a representação, já que ela não é portadora de câncer (e a conselheira é representante de portadores de patologia) e mesmo assim ela ocupa o seu tempo para defender as causas de outrem.

Podemos ainda relacionar as falas com “as relações fecundas” que se formam na sociedade e que são defendidas por Abers & Keck (2008). Lembro que para as autoras as posições que cada um ocupa dentro da sociedade não estão pré-ordenadas, há dinamismo nas relações sociais. Isso significa que, apesar de um problema não afetar

diretamente aquelas associações que têm cadeira no CMS/CPS, um representante dessas associações pode se solidarizar com as dificuldades ou com os problemas dos outros usuários. Para que isso ocorra, é necessária que seja garantida a diversidade da representação da categoria usuários (ABERS & KECK, 2008).

Ressalto, ainda, um aspecto interessante da representação da Sociedade Civil no CMS/CPS. Conforme vimos no capítulo 03, o CMS/CPS apresenta uma forma interessante e inovadora de representação: uma representação baseada em critérios territoriais. Os representantes de distrito, que no CMS/CPS detêm quase 1/3 (sete) das cadeiras de representantes de usuários, podem ser uma das opções possíveis que garantam essa diversidade. Lavalle, Houtzager & Castello (2007) apontam a importância de não condenarmos as novas formas de representação baseados no modelo tradicional de política.

Por fim, este capítulo 05 procurou demonstrar que a legitimidade da representação não está relacionada somente ao momento anterior da própria representação, ou seja, a escolha dos representantes pelos representados e de quais seriam os critérios mais justos para a escolha dos mesmos. Mas que a representação - e aqui enfatizo que não é somente nos espaços participativos, mas também na representação partidária -, está associada a outros elementos, tais quais: o vínculo com as bases, o repasse de informações para as mesmas e o entendimento do representante sobre o seu papel, que garantem ao representado que o representante está ouvindo suas demandas e levando suas expectativas para um debate mais amplo realizado dentro dos espaços em que são engendradas essas experiências participativas.

Considerações Finais

O propósito central dessa dissertação foi analisar a questão da representação *por coletividades* da Sociedade Civil em Conselhos Gestores. Para essa finalidade, foi realizado um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMS/CPS) que nos permitiu compreender de que forma as experiências participativas comportam esse tipo de representação. Reitero que este trabalho não procurou exaurir o debate sobre essa questão, afinal essa é uma agenda recente e ainda em construção.

A escolha de um modelo para o sistema de saúde é alvo de uma série de disputas no Brasil. A bibliografia (CARVALHO, 2007; CAMPOS, 2007; FLEURY, 2009) tem apontado que existem duas visões distintas sobre a saúde, uma relacionada a um modelo assistencialista de prestação de serviços em saúde, ou modo Liberal-privado, que, em linhas gerais, se restringe àqueles que podem pagar ou aos trabalhadores formais, afinal são eles quem “garantem” o projeto de desenvolvimento nacional; e outro que preconiza a atenção primária e a prevenção, ou tradição dos Sistemas nacionais, e que tem, fundamentalmente, um caráter público e universal.

Se durante a maior parte da história brasileira o primeiro modelo prevaleceu, a partir da década de 70, novos olhares - da sociedade, de médicos, de sanitaristas, de intelectuais, entre outros - faz com que o segundo modelo ganhe destaque, além do que ele vem ao encontro da necessidade de uma reforma do sistema de saúde. A década de 80 é uma fase conturbada da história, repleta de tensões no sistema político em face das pressões pela redemocratização do país. Estas tensões também se refletiram no campo da saúde, e estes dois modelos dicotômicos entram em conflito. As disputas ficam evidentes durante a VIII Conferência de Saúde e, mais adiante, na elaboração da constituição de 1988. A constituição é um modelo híbrido entre o modelo tradicional dos sistemas públicos e o modo liberal-privado. De toda forma, o sistema público de saúde deve funcionar segundo alguns princípios norteadores: a unificação da rede (antes o sistema não era unificado, a União tinha seus próprios hospitais, bem como os Estados e Municípios); o funcionamento da rede passa a ser de forma descentralizada entre os entes federativos; atendimento tem caráter universal, buscando a otimização dos serviços prestados; a participação popular nas decisões.

Em relação a este último ponto, a questão da participação popular nas decisões está no bojo das lutas da saúde que são travadas no período, pois uma das principais demandas era exatamente que a sociedade passasse a influir nas decisões tomadas, não cabendo somente ao corpo burocrático do Estado e aos políticos essa função. Todavia, é preciso compreender que a descentralização das decisões por meio do empoderamento da sociedade civil tem como uma de suas conseqüências a redução do poder de influência de outrem. Desta forma, a participação desses atores está em constante prova, afinal, o que os tornaria legítimos para serem representantes? Mais ainda, quais os critérios de escolha que garantiriam uma real participação popular?

Este trabalho procurou mostrar que os critérios adotados pelos legisladores para garantir a representatividade de idéias nos espaços participativos está relacionado ao pertencimento a grupos formalmente constituídos, normalmente em torno de associações civis, sindicatos, movimentos sociais, entre outros. Procurou-se, desta forma, garantir uma representação diversificada da sociedade nesses espaços. Segundo Avritzer (2007), o que garante a legitimidade desses grupos é a *afinidade* existente entre representantes e representados. Já Abers & Keck (2008) consideram que além da *afinidade*, o que pode garantir a legitimidade dessa participação é a diversidade de atores. Esta diversidade permite que sejam debatidos nos espaços públicos diferentes idéias, afinal, não devemos partir do pressuposto que as pessoas que são escolhidas pelas entidades civis partem de papéis pré-ordenados, nem que existe uma homogeneidade entre essas entidades, pois, para as autoras, as arenas de debates que são formadas fazem com que essas entidades compartilhem experiências, convivam com interesses diversificados e diferentes idéias. Logo, para Abers & Keck (2008), o conjunto de recortes que as entidades civis vivenciam no espaço público pode criar novos formatos de relações no que se refere à representação da sociedade, bem como na construção de novas idéias dentro desses espaços.

Contudo, as autoras não conseguem construir uma noção de legitimidade de coletividades que não esteja associada à formação de grupos *formalmente* constituídos. Neste sentido, resgato o caso do Conselho de Saúde de Campinas, em que se é garantida uma forma de representação baseada em critérios territoriais, isto é, o município é dividido em diferentes regiões (distritos), e cada uma delas elege um representante para sua região. Não há a necessidade de pertencimento a nenhuma entidade civil organizada, mas, tão somente, é necessário participar de conselhos locais e distritais.

Assim sendo, temos lógicas de representação que são próximas, pois se mantém o núcleo essencial da idéia de uma representação por coletividade, mas que se diferem na escolha dos representantes e de quem são os atores legítimos. Elas se aproximam justamente porque os indivíduos que são eleitos para representar seus distritos passaram por mecanismos de autorização da própria população, logo se conserva a noção de coletividade: um grupo pré-definido (os moradores da região) escolhe aquele que os deveria representar. E difere-se, pois as escolhas não são feitas *por e entre* entidades civis formalmente organizadas, mas por laços anteriores de amizade e conhecimento das demandas de onde se vive (afinal eles são os que mais sentem os problemas dentro das próprias regiões). De fato, podemos comparar, ao extremo, com o sistema distrital, pois, fundamentalmente, o voto distrital permite um maior controle dos representados sobre os representantes (NICOLAU, 2006). Na realidade, o representado sabe exatamente quem é a pessoa que representa a sua região e, não satisfeito com a sua atuação, pode, nas próximas eleições, escolher outro conselheiro de saúde para o distrito.

Com este conjunto de considerações, lembro que Lavalle, Houtzager & Castello (2007) ressaltam que não podemos condenar as novas formas de participação à ilegitimidade baseado no modelo de representação tradicional. Isto significa que não podemos impor para as instâncias participativas os mesmos pressupostos da representação eleitoral, pois as lógicas de legitimidade da representação são diferenciadas. Se a eleitoral se fundamenta prioritariamente no voto, as das instâncias participativas podem ter origens diversas, tais como a relação com o tema ou com a população representada. Logo, o CMS/CPS apresenta uma outra alternativa para ampliar a participação da sociedade civil nesses espaços participativos, combinando, a participação de entidades civis formalmente constituídas com a representação de conselheiros distritais.

A experiência empírica ainda mostrou que existe um conjunto de problemas no que se refere à participação e a representação em espaços participativos. No geral, observamos que os conselheiros usuários não discutem previamente com suas bases e não repassam as informações que são discutidas dentro do CMS/CPS para elas e, quando repassam, observamos que não são todos os assuntos que são discutidos. Há uma seleção dos temas de acordo com o que os conselheiros usuários consideram prioritários para sua categoria/região. Isso ocorre porque dentro das arenas de debate que existem para definição das prioridades do segmento usuário, o tempo de discussão é

insuficiente para atender ao excesso de temas que são colocados em pauta. As escolhas daquilo que é prioritário é feita pelo próprio conselheiro usuário e essa seleção, normalmente é legitimada pela própria base que dá importância aos assuntos que não interferem diretamente em sua categoria.

De fato, a população participa das reuniões do Pleno no CMS/CPS somente se o assunto que está sendo debatido refere-se à sua categoria. Logo, em uma reunião em que o tema é o DST/AIDS, aqueles que são atingidos por essa política lotam a sala de reunião. O mesmo ocorre com outros pontos de discussão, tais quais: a saúde mental, a renovação de um convênio, a inauguração de um hospital ou posto de saúde, a discussão sobre os concursos públicos na área da saúde, entre outros. Contudo, não pude observar nenhum tipo de articulação entre as bases/representados das diferentes categorias de usuários para que juntas elaborassem uma agenda própria de lutas e demandas.

A pesquisa ainda mostrou que os conselheiros usuários, em sua maioria, estão relacionados com partidos de esquerda (PT, PC do B, PDT), entretanto, não há uma homogeneidade no posicionamento desses conselheiros. Isso ocorre porque, apesar de os atores partirem de campos ideológicos parecidos, ocorre muita interferência política/partidária na rotina do conselho, como apontado pelos próprios representantes de usuários. Na verdade, temos que os desafetos anteriores vindos da esquerda campineira aproveitam de mais essa arena de discussão para marcar posição e fazer oposição a um grupo político. Desta forma, há uma tarefa praticamente irrealizável: a formação de consensos na sociedade civil. Reforça-se aqui a necessidade da formação de consenso ou acordos desses representantes, pois isso poderia contribuir para que a sociedade civil conseguisse construir sua própria agenda de reivindicações, não ficando à mercê das pautas estabelecidas pela Secretaria de Saúde.

Na realidade, os próprios conselheiros não se consideram fazendo “articulações” no dia-a-dia do conselho, por isso acredito que nesse ponto há uma confusão de entendimento dos conselheiros usuários do que é se articular. Pude observar que no CMS/CPS conselheiros formavam “panelinhas” e votavam juntos em vários dos temas. Havia uma identificação prévia entre eles de quem eram os representantes que sempre votavam com o grupo do secretário de saúde e aqueles que normalmente se posicionavam em contrário. Independentemente de avaliar quem são os conselheiros “certos”, a questão é que esses grupos conseguem se identificar entre si, mas não conseguem estabelecer um plano próprio de construção de agenda.

Desta forma, temos que a secretaria de saúde assumiu o papel de definidora do que vai ser debatido, enquanto que uma grande parcela da sociedade civil encontra dificuldades em participar das discussões, uma vez que ela não se encontra capacitada, além do que tem muita dificuldade de acompanhar os relatórios técnicos apresentados. Os próprios conselheiros usuários, conscientes das limitações da sua categoria, apontam a necessidade da formação de corpos técnicos compostos de advogados e contadores que auxiliem o entendimento do material que é enviado.

Os problemas enfrentados passam por outras dimensões, tais como: a necessidade de se recrutar conselheiros mais novos para participar do CMS/CPS; as dificuldades em participar desses espaços, já que as reuniões são em uma quarta à noite, logo o retorno para casa sempre se dá em horários considerados perigosos; a dificuldade de chegar no horário nos dias das reuniões do Pleno (muitos estão saindo do trabalho); somente recentemente os conselheiros começaram a receber o passe para assistir às reuniões, antes eles tinham que pagar seu deslocamento até o CMS/CPS (na verdade, eles ainda pagam seu deslocamento quanto têm que participar de qualquer outra atividade do conselho); a dificuldade em criar suas próprias pautas; a sobrecarga de trabalho que é imposta aos conselheiros; a carência de estrutura física, pois a sala do CMS/CPS é pequena em face da quantidade de conselheiros, bem como do montante de serviços que aos quais eles são responsáveis.

A despeito de todos os problemas enfrentados pelos conselheiros usuários, pude observar que há uma parcela que realmente se preocupa com a política de saúde do município e que participa ativamente das atividades que são desenvolvidas pelo Conselho. Estes conselheiros têm consciência das próprias limitações e das dificuldades impostas em um Sistema da Saúde Público e Universal. Abaixo, segue três comentários que são exemplificativos da avaliação da rede realizada pelos representantes de Usuários durante a entrevista, e que nos dão a dimensão de como eles avaliam o Sistema de Saúde:

Quem conheceu a rede como eu conheci antigamente, olha, é coisa fora do normal o que evoluiu. Você não acredita como evoluiu. É você imaginar uma coisa que era ilimitada e ampliar o leque de tal forma... ampliou demais os benefícios... especialidades... dos últimos 20 anos para cá. O SUS realmente se tornou um plano de saúde nacional. Tanto que muitos países da América latina estão copiando o modelo nosso. Eu acho que é um sistema que deu certo. Vai se aprimorar cada vez mais, mas para isso você precisa de agentes realmente capacitados para direcionar essa produção. (Representante de Usuários)

Eu não sou usuário, mas a gente acompanha muito os dados, as planilhas colocadas aí a situação de campinas em relação ao Brasil e em relação ao mundo e acho que Campinas ela tem evoluído consideravelmente em relação às questões de saúde. Problema de saúde vai ter sempre. (...). Eu acho que Campinas tem tomado uma linha que me agrada. Tem trabalhado na vigilância, (...). Ela tem caminhado numa direção que eu gosto que é trabalhar na prevenção. Agora, precisa melhorar os recursos humanos (...). Eu avalio positivamente. Eu avalio que comparativamente, dentro do Brasil, está superior. Tem falhas, lógico, vai ter sempre. (Representante de Usuários)

Tem duas avaliações. Em nível de Brasil ela está entre as melhores, não é a melhor, mas está entre as melhores. Na minha avaliação, ainda tem muito o que crescer, ela está péssima. A prevenção é muito mal cuidada. A emergência é muito mal feita. Muito mal planejada. Faltam recursos. Falta capacitação de profissionais na questão social. E falta profissionais na área técnica (especialização). (...) Tem muito a evoluir ainda. (...). (Representante de Usuários)

Em linhas gerais, observamos que os conselheiros usuários têm uma visão interessante do SUS, pois eles reconhecem que o SUS/Campinas, se comparado ao resto do país, é um dos melhores; mas que há uma série de desafios a ser superados no dia-a-dia da rede, qual seja, pessoal mais bem qualificado, a necessidade de equipamentos (que muitas vezes estão obsoletos), a melhoria dos planos de prevenção e vigilância – a base de um modelo de saúde dos Sistemas Nacionais -, melhor atendimento, entre outros.

Assim sendo, a presença dos representantes de usuários estabelece novas relações entre a gestão pública e a sociedade, pois são eles que muitas vezes estão na ponta vendo os problemas dentro dos postos de saúde e hospitais e que normalmente escutam as reclamações e demandas da população. Além disso, criam novas relações no que se refere à representação política, sendo responsáveis para a descentralização do poder decisório, bem como por configurar novas formas de participação social.

Bibliografia

ABERS, R. N. & KECK, M. (2008). "Representando a diversidade: estado, sociedade e "relações fecundas" nos conselhos gestores". **Cad. CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, abr. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2008. doi: 10.1590/S0103-49792008000100008.

ABRANCHES, M. & AZEVEDO, S. de. (2004). "A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito?" In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos, RIBEIRO, L. C. de Q. & AZEVEDO, S. de (orgs). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, Fase.

ALMEIDA, P. A. de et Al. (2003) "A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde no Brasil". 2003. **World Gate Brasil Ltda**. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/fisioweb/sus/artigo1.htm> acessado em 05 de janeiro de 2009.

AVRITZER, L. (2007). "Sociedade Civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação". **Dados**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582007000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2008. doi: 10.1590/S0011-52582007000300001.

BONFIM, R.(2000) "Sistematização: A atuação dos movimentos sociais na implantação e consolidação de políticas públicas". In: CARVALHO, M. C., TEIXEIRA, A.C (orgs). **Revista Pólis. Conselhos gestores de Políticas Públicas**. Instituto Pólis.

BORGES, M. C. M. (2003). "Gestão Participativa em organizações de Idosos". Biblioteca Digital da Unicamp. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação.

CAMPOS, G. W.de. S. (1992). "Sobre a Peleja dos Sujeitos da Reforma, ou a Reforma dos Sujeitos da Peleja". **Saúde e Sociedade**, 1(2) 79-85.

_____. (2007) "Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?" **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):301-306.

_____. (2007). "O SUS entre a Tradição dos Sistemas Nacionais e o Modo Liberal-Privado Para Organizar o Cuidado à Saúde". **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1865-1874.

CARTILHA sobre a História do Movimento Popular de Saúde de Campinas (entregue por uma das apoiadoras do CMS/CPS)

CARVALHO, S. R. (2007). "Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: Sujeito e Mudança". 2ª edição – São Paulo: Editora Hucitec.

COELHO, I. B. (2010). “Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):171-183.

COHN, A. (1987). “O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde: Descentralização ou Desconcentração?”. **Rev. São Paulo em Perspectiva**, 1(3): 55-58,out/dez.

CORTES, S. M. V. (2000). “Balanço de Experiências de Controle Social, Para Além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários”. In: Conferência Nacional de Saúde, 11, 2000. Brasília. **Cadernos de textos**. Brasília

_____ (2002a). “Participação de usuários nos conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre”. In: PERISSINOTTO, R. FUKS, M. (Org.) **Democracia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro. P. 141-166.

_____ (2002b). “Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde”. **Sociologias**. Porto Alegre. nº 7, June 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222002000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mai. 2009. doi: 10.1590/S1517-45222002000100002.

_____ (2004) “Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social”. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos, RIBEIRO, Luiz César de Queiroz, AZEVEDO, Sérgio de (orgs). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, Fase.

CRUZ, M. do C. M. (2000). “Desafios para o funcionamento eficaz dos Conselhos”. In: CARVALHO, M. C., TEIXEIRA, A.C (orgs). **Revista Pólis**. Conselhos gestores de Políticas Públicas. Instituto Pólis.

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**. São Paulo: Paz e Terra. P. 279-301.

_____ (2004). “Sociedade Civil, participação e Cidadania: do que estamos falando?”. In: **Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización** (Daniel Mato, Ed.). Caracas, Venezuela: FaCES, Universidad Central da Venezuela.

DAVID, C. T. N. de. (2005). “Representantes e representados: relação entre conselheiros, usuários, suas entidades e espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre”. Dissertação de Mestrado. UFRGS, RS.

DEGENSZAJN, R. R. (2008). “Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática”. 5ª. ed. São Paulo: Cortez Editora. 304 p.

DOIMO, A. M. (1995). “A Vez e a Voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70”. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ANPOCS, 1995. 358p.. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS. 356 p.

DRAIBE, S. M. (1990). "As políticas Sociais Brasileiras: diagnósticos e perspectivas". IPA/PLAN, Para a década de 90: Prioridades e Perspectivas das Políticas Públicas, Brasília.

FERRAZ, A. T. R. (1998). "Conselhos Gestores em Saúde: A Experiência do Espírito Santo Durante a Gestão Petista". Dissertação de Mestrado. Campinas, SP.

_____ (2005). "Impactos da Experiência conselheira sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/São Paulo". Dissertação de Doutorado. Campinas, SP.

FLEURY, S. (2009). "Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Instituído". **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):743-752.

FUKS, M. "2002". "Participação Política em Conselhos Gestores de Políticas Sociais no Paraná". In: R. M. Perissinotto e M. Fuks (orgs). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. p. 245-272.

_____, M.; PERSSIONOTO, R. & RIBEIRO, E. A. (2003). "Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba". **Revista de sociologia Política**, Curitiba, n. 21, p.125-145.

GAZETA, A. P. (2005). Democracia e participação Social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo. Campinas, SP.

GOHN, M. da G. M. (1990) "Conselhos populares e participação popular". **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.º 34, p. 65-89.

_____ (2001). "Os Conselhos de Educação e a Reforma do Estado". **Pólis**. Publicações (Instituto Polis), São Paulo, v. 37, p. 35-40.

HEIDRICH, A. V. (2002). "O conselho Municipal de Saúde e o processo de decisão sobre a política de saúde municipal".

LABRA, M. E. (2002). "A Qualidade da Representação dos Usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a Dimensão Associativa". Relatório Final. Rio de Janeiro. FIOCRUZ.

_____ (2006). "Conselhos de Saúde. Visões 'Macro' e 'Micro'". **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 1, jan.-jun.

LAVALLE, A.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. (2006). "Democracia, pluralização da representação e Sociedade Civil". **Lua Nova**, São Paulo, n. 67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452006000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2008. doi: 10.1590/S0102-64452006000200004.

LIMA, L. L. (2005). "Gestão de Política de Saúde no Município: A Questão da Autonomia". Dissertação de Mestrado. UFRGS. Porto Alegre.

LIPORONI, A. A. R. C. (2006). O conselho municipal de saúde de Franca: estudo sobre a participação e o controle social.

LÜCHMANN, L. H. H. (2007). “A representação no interior das experiências de participação”. **Lua Nova**, São Paulo, n. 70. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2008. doi: 10.1590/S0102-64452007000100007.

_____ (2008). “Participação e representação nos conselhos gestores e no Orçamento Participativo”. **Cadernos do CRH** (UFBA), v. 21, p. 87-97.

MARQUES, E. C. & ARRETCHE, M. (2003). “Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde”. **Cadernos CRH**, Salvador, n. 39, p. 55-82, jul/dez.

MARTINS P. C. et Al. (2008). “Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil; Matizes da Utopia”. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [1]: 105-121.

MEDEIROS, M. (2001). “A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos anos 1990”. **IPEA**, Texto para discussão nº 852, Brasília, dez. ISSN 1415-4765.

MENICUCCI, T. M. G. (2006) “Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma Política”. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.72-87, maio-ago.

MIGUEL, L. F. & BIROLI, F. (2005). “Gênero e Política na Mídia Brasileira”. Paper que apresenta discussões e dados da pesquisa Determinantes de gênero, visibilidade midiática e carreira política no Brasil.

MORITA, I. e Al (2006). “A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?” **Saúde e Sociedade**. V. 15 p. 49-57.

NICOLAU, J. (2006). “Cinco Opções, Uma Escolha: O Debate sobre a Reforma do Sistema Eleitoral no Brasil”. **Revista Plenarium**. P. 70-78.

OLIOSA, D. M. S. (1999) “Municipalização da Saúde em Vitória – ES: uma experiência participativa?”.

PEDROSA, J. I. dos S.(1997). “A construção do significado de Controle de Saúde com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil”. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(4):741-748, out-dez.

PERISSINOTTO, R. M (2002). “Participação e Democracia: o caso do Conselho Municipal de Assistência Social de Curitiba.” In: PERISSINOTTO, R. & FUKS, M.. **Democracia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, P. 211-245.

REGO, V. V. B. S. (2009). “Conselhos Gestores de Áreas de Proteção Ambiental: Instrumento de Autonomia ou de Controle”. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Sociologia. UERJ.

REÓS, J. C. (2003). “Participação em Saúde na Gerência Distrital 5 de Porto Alegre: Glória/Cruzeiro/Cristal. (1980-200)”. Dissertação de Mestrado. UFRGS. Porto Alegre.

SANTOS W. (1979). “Cidadania e justiça”. Rio de Janeiro: Campus.

SARCADO, G. A. & CASTRO, I. E. de N. (2002). “Conselhos de Saúde”. São Paulo. **Instituto Pólis**. PUC-SP. 72 p. (Observatório dos Direitos do Cidadão: Acompanhamento e Análise das Políticas Públicas da Cidade de São Paulo, 8).

SPOSATI, A. & LOBO, E.(1992). “Controle social e políticas de saúde”. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 8(4): 366-378 oct/dec.

STRALEN, C. J. Van & Al. (2006). “Conselhos de Saúde: Efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):621-632.

TARROW, S. (1994) “Power in Movement: Social Movements, Collective Action and Politics.” Cambridge: Cambridge University Press.

TATAGIBA, L. F. (2002) “Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil”. In: DAGNINO, E. (Ed.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra. P. 47-104.

_____ (2007a). “O papel do comas na política de assistência social em São Paulo”. *Assistência social: controle social e política pública*. **Polis**. São Paulo. v. p.

_____ (2007b). “Movimentos Sociais e Sistema Político. Um diálogo (preliminar) com a literatura”. Artigo apresentado no 6º encontro da ABCP. Campinas, SP.

_____ & SANTOS. (2007). “O papel do CMDCA na política de atendimento à criança e adolescente em São Paulo”. *Criança e Adolescente: controle social e política pública*. **Polis**. São Paulo.

_____ & TEIXEIRA, A. C. C. (2007a). “Democracia representativa y participativa: complementariedad o combinación subordinada? reflexiones acerca de las instituciones participativas y la gestión pública en la ciudad de Sao Paulo (2000-2004)”. In: Tatagiba, L; Teixeira, A. C; Carvalho, M. S. Jara, F. E de la; German, S.. (Org.) **Contraloría y participación social en la gestión pública**. 1 ed. Caracas: Clad. v. 1, p. 15-60.

_____ & _____ (2007b). “O papel do CMH na política de habitação em São Paulo”. *Habitação: controle social e política pública*. **Polis**, São Paulo v. p.

TONELA, C. (2004). “Ampliação da Participação Democrática: Conselhos Gestores de Políticas Públicas em Maringá”. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**. Curitiba, n. 106, p. 137-156, jan/jun 2004.

URBINATI, N. (2007). “O que torna a representação democrática?”. **Lua Nova**. São Paulo 67: 191-228.

VALLA, V.V. & SIQUEIRA, S. A. V. (1989). “O centro municipal de saúde e a participação popular”. In: **Demandas populares, Políticas Públicas e Saúde**. (COSTA, N. R., E Al (orgs). Vol 1, PP. 91-115. Petrópolis: Vozes.

VIRTUOSO, A. A. (2004). “A participação dos Usuários no conselho Municipal de Saúde de Canoas”. Dissertação de Mestrado.

YOUNG, I. M. (2006). “Representação política, identidade e minorias”. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67; Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2008. doi: 10.1590/S0102-64452006000200006.

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – USUÁRIO

Perfil do entrevistado

- 1) Idade
- 2) Profissão e vínculo
- 3) Escolaridade
- 4) Renda familiar

Perfil associativo

5) Falar um pouco da sua trajetória de participação. Já participou ou participa de algum movimentos/associação, Ongs? Associação de bairro?

6) É militante ou simpatizante de algum partido político?

7) Participa de alguma associação religiosa?

(Falar um pouco da sua trajetória antes de chegar no conselho)

Participação no CMS

8) Desde quando participa do CMSC?

9) De quais gestões participou?

10) Qual o segmento no interior dos usuários representa?

11) Qual a entidade/associação/movimento/localidade o(a) senhor(a) representa no conselho?

12) Sempre representou essa mesma entidade ou segmento no CMS?

13) O(a) senhor(a) participa/participou de alguma comissão no conselho?

14) Já desempenhou algum cargo de coordenação/presidência no conselho?

15) Quais os motivos que levaram a sua participação no CMSC?

Atribuições do CMS, capacidade de atuação do CMS, relações com o governo

16) No seu entender, quais são os principais papéis e atribuições do CMSC?

17) Na sua avaliação, as principais metas/propostas deliberadas pelo CMSC estão sendo cumpridas pela Secretaria Municipal de Saúde?

18) O que tem sido ou não atendido e quais as razões que o(a) senhor(a) acha que determinadas metas não são cumpridas?

19) Como o(a) senhor(a) avalia a relação entre secretaria de saúde e CMSC? Ela respeita as decisões deliberadas na plenária?

20) Quais os assuntos/ ou os temas que geram maior discórdia ou conflito nas reuniões do Conselho?

21) Quais são os segmentos/entidades/profissionais/atores que na sua opinião influenciam/pesam mais nas decisões tomadas nas Plenárias do CMSC?

22) Há algum ponto que o(a) senhor(a) gostaria de destacar sobre o funcionamento do conselho?

O exercício da representação

23) Como o(a) senhor(a) foi escolhido para representar sua entidade/associação/movimento/localidade no CMSC?

24) Teve disputa? Havia outros candidatos?

25) O que para o senhor é representar? Quem são os usuários que o senhor representa? São os usuários do SUS; ou da localidade/ da entidade/ do segmento? Enfim a quem o senhor deve prestar contas?

26) O que significa, para o senhor ser representante de um segmento no interior do conselho? Ou quais são as funções que um representante dos usuários tem que desempenhar?

27) Quais são as principais dificuldades para desempenhar essas funções?

28) O que sua atividade como representante dos usuários exige do(a) senhor(a)?

29) Para o(a) senhor(a), de onde vem a sua legitimidade para representar os usuários no conselho?

A representação dos usuários no CMSC

30) Olhando de uma forma geral, o(a) senhor(a) acha que os conselheiros não-governamentais de fato – no dia a dia do conselho – representam suas categorias?

31) De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a participação da categoria dos usuários nesse conselho? (eles são atuantes, eles falam nas reuniões, influenciam nas decisões, trazem o problema que tá lá na ponta?)

32) Se há limitações na participação dos representantes dos usuários, porque o(a) senhor(a) acha que elas existem?

33) Dentro da categoria dos usuários quais os setores que mais pesam; influenciam, etc?

34) Como a categoria de usuários age quando há disputa/posições divergentes sobre determinado assunto?

35) Existe alguma articulação da sua entidade/associação/movimento/localidade com as outras entidades/associações/localidades/movimento a fim de melhorar a representação do segmento usuário?

Se sim, como essa articulação é feita? O(a) senhor(a) consegue avaliar essa articulação?

36) O(a) senhor(a) discute com sua base (entidade, conselhos locais, associações) previamente os assuntos a serem tratados nas reuniões do CMSC?

Como ou com quem o senhor se reúne previamente para preparar as discussões, elaborar propostas e definir posições a serem tomadas na plenária?

Como o(a) senhor(a) repassa as informações e deliberações do CMSC para a população?

Na sua opinião, como sua entidade/associação/localidade/movimento vê sua atuação como conselheiro?

O(a) senhor(a) se sente respaldado nas decisões que toma no conselho? Sente que tem o apoio das suas bases, ou se sente sozinho aqui dentro?

(Em 2007) Houve uma mudança na composição das cadeiras da categoria usuário. Alguns setores como entidades patronais e sindicatos perdem cadeiras (deixam de compor as cadeiras do CS) e outras têm a participação aumentada, como os Movimentos Sociais. Qual o seu posicionamento quanto a essa mudança?

Se entrevistado se mostrar favorável à mudança: Quais os problemas o(a) senhor(a) observa na representação no regimento anterior dentro da categoria usuário?

Se entrevistado se mostrar contrário à mudança: Quais os problemas o(a) senhor(a) aponta na nova legislação no que diz respeito à representação dos usuários?

Relação com SUS

O(a) senhor(a) e sua família são usuários regulares do SUS?

Como o(a) senhor(a) busca informações sobre a saúde? (de onde vem o conhecimento sobre a área da saúde)?

Qual a sua avaliação sobre a rede pública (SUS) de campinas? (como usuários são tratados, quanto a capacidade instalada, tempo de espera para acessar serviços de saúde, atendimento às demandas da população, limites de atendimento, etc).

ANEXO II – RECOMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS



Recomposição do Conselho Municipal de Saúde

Segmento Usuários:

Movimentos Sociais:

01 Conselheiro Titular
05 Conselheiros Suplentes

Movimento Popular de Saúde:

02 Conselheiros Suplentes

Conselhos Locais de Saúde:

Conselheiros Suplentes:
Distrito Sudoeste
02 – Distrito Sul

Associação de Pessoas com Deficiência:

01 Conselheiro Suplente

Movimentos Sindicais:

03 Conselheiros Suplentes

Segmento Trabalhadores:

Trabalhadores Estaduais de Saúde:

01 Conselheiro Suplente

Segmento Gestores:

Prestadores de Serviço em Saúde – SUS

01 Conselheiro Suplente

Prestadores em Serviço em Co-Gestão

01 Conselheiro Suplente