

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

LETÍCIA SCHNEIDER FERREIRA

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CANOAS: UM ESTUDO SOBRE AS TRAJETÓRIAS INDIVIDUAL E
ASSOCIATIVA DOS REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS E A RELAÇÃO
REPRESENTANTE/REPRESENTADO**

Porto Alegre, 2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

LETÍCIA SCHNEIDER FERREIRA

A Representação Social no Conselho Municipal de Saúde de Canoas: um estudo sobre as trajetórias individual e associativa dos representantes dos usuários e a relação representante/representado

Dissertação com o objetivo da obtenção do grau de mestre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, área de Sociologia.

Orientador: Marcelo Kunrath Silva

Porto Alegre, 2007

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e a minha irmã e a todos os que o fizeram possível. Também a todos os que acreditam na participação de novos atores nos espaços de decisão e na luta por uma sociedade mais igualitária.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, à minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, ao meu pai, que tenho certeza que sempre me acompanha e cuja lembrança me sustenta, e à minha irmã, em cuja segurança me espelho. A todos os familiares e amigos que, de alguma forma estiveram presentes e tornaram possível este trabalho, em especial os amigos Lucas Monteiro, Sandro Gonzaga, Scherida Barcelos e Camila Atiya.

Agradeço também à Prefeitura Municipal de Canoas, aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e a todos os integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, em especial ao Sr. Paulo Martins e aos representantes dos usuários que me acolheram com carinho e me concederam sua atenção e seu tempo.

Por fim, agradeço ao Professor Marcelo Kunrath Silva, a quem muito admiro, pelo excelente trabalho de orientação, pela paciência e por ter sido sempre tão prestativo e atencioso. Da mesma forma a todos os Professores do Curso de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS, principalmente às Professoras Cínara Rosenfield, Soraya Cortes e Sônia Guinaraens que de alguma forma, acompanharam o desenrolar do presente trabalho. Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e amizade, com destaque aos amigos Paulo Marques, Irio Conti, Fernando Michellotti, Carla Heyde e Diego Machado. Este trabalho é nosso.

*Há homens que lutam um dia e são bons;
Há outros que lutam um ano e são melhores;
Há os que lutam muitos anos e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida:
Esses são os imprescindíveis.*

Bertold Brecht

RESUMO

A presente pesquisa contempla a questão da representação social através da análise da participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Canoas. Para tanto, serão observadas as trajetórias individual e associativa dos representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, bem como a relação entre representante e representados. O estudo realiza um debate sobre os conceitos de democracia e representação, apresentando duas formas de representação: por identificação, na qual o representante é selecionado a partir de características que o aproximam da realidade de seus representados, e por diferenciação, no qual o indivíduo é escolhido por possuir recursos que o afastam de suas bases. Realiza-se, do mesmo modo, uma tipificação de trajetórias e vínculos. O trabalho apresenta o contexto da área de saúde no Brasil, abordando a questão da construção do SUS e das leis que regulam a participação social no âmbito da saúde, criando as Conferências e os Conselhos de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde de Canoas, criado em 1991 e reformulado em 1996, realiza reuniões quinzenais e conta com 24 representantes dos usuários, entre titulares e suplentes. A partir da entrevista semi-estruturada com 13 conselheiros, a presente pesquisa procurou verificar quais formas de representação estão mais próximas do Município em estudo, refletindo sobre o significado dos dados coletados e procurando lançar questões para futuras pesquisas.

Palavras-chave:

representação, trajetórias, vínculos

ABSTRACT

This research contemplates the social representation question through the analysis of the civil society participation in the Health Municipal Council of Canoas. For that the representatives of the users of The Unique System of Health will have their individual and associative trajectories observed, such as the relation between representative and represented. This study carries out a debate about the concepts of democracy and representation, presenting two forms of representation: by identification, in which the representative is selected from characteristics that approach them to the represented reality, and by differentiation, in which the individual is chosen because has resources that move him/her away from their bases. In the same way it is done a trajectory and bonds typifying. This work presents the health field context in Brazil, approaching the questions of the construction of the SUS and the laws that regulates the social participation in the health scope, creating Health Conferences and Councils. The Health Municipal Council of Canoas, created in 1991 and reformulated in 1996, carries out meetings every two weeks and has 24 user's representatives, among titular and their substitutes. Through semi-structured interviews with 13 councilors, this research verified which representation forms are closer to the reality of the city in study, reflecting about the meanings of the collected data and make questions for further researches.

Keywords:

representation, trajectories, relations

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DEMOCRACIA E REPRESENTAÇÃO	11
2.1 Formas de Representação	20
2.2 O Representante por Diferenciação	22
2.3 O Representante por Identificação	26
2.4 Trajetória, Vínculo e Capitais	31
3 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E CONSELHOS DE SAÚDE	42
3.1 A História de Saúde no Brasil	42
3.2 Os Conselhos de Saúde	48
4 A CIDADE DE CANOAS	57
4.1 Contexto Histórico	57
4.2 Contexto Sócio-Demográfico E Econômico	58
4.3 Caracterização da Situação e dos Serviços de Saúde da População	58
4.4 O Conselho Municipal de Saúde de Canoas	60
5 ANÁLISE DOS DADOS	68
5.1 Trajetória Individual	68
5.2 Trajetória Associativa e Relação Representante/Representado	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	114
ANEXO A – A LEI n. 3.164 de 14 de agosto de 1991	115
ANEXO B – Lei 4.146 de 12.12.96 com alterações introduzidas pela Lei 4.200 de 29.08.97	120
ANEXO C – CONSELHO DE CANOAS - REGIMENTO	128

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por finalidade abordar a questão da representação social, realizando um debate sobre a construção do conceito de representação e sua aplicação no modelo de democracia participativa, que cria novos espaços de atuação para integrantes da sociedade civil. Neste intuito, selecionou-se um espaço deliberativo específico, o Conselho Municipal de Saúde de Canoas, a fim de identificar quem são os atores sociais que estão exercendo a função de representantes do segmento dos usuários do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, a presente pesquisa procurou coletar dados sobre as trajetórias individual e associativa destes conselheiros, bem como avaliar o vínculo estabelecido entre representantes e suas bases.

No primeiro capítulo realizar-se-á uma breve discussão sobre o conceito de democracia, analisando sua evolução ao longo do tempo. Apresentar-se-á propostas, de diferentes estudiosos do tema, sobre as formas do exercício democrático. A discussão sobre uma crise do modelo hegemônico de democracia, a democracia representativa, também será evidenciado, assim como a noção de democracia participativa, que amplia o debate e sustenta a abertura de novos canais de atuação para atores sociais. Esta discussão é de extrema relevância para a compreensão dos avanços obtidos em relação à construção de espaços de participação social no interior da área de saúde no Brasil.

O próximo capítulo detém-se sobre o conceito de representação, salientando a concepção de autores como Rousseau e Hobbes sobre este termo. A partir do estudo dos autores que se dedicam a esta questão, procurou-se delinear dois tipos de representação que irão conduzir a discussão e a pesquisa empírica: o representante por identificação e o representante por diferenciação. Do mesmo modo, realiza-se uma tipologia de trajetórias e vínculos, aproximando os tipos criados dos conceitos de representação por identificação ou por diferenciação. Serão discutidos ainda alguns conceitos de Bourdieu, como, por exemplo, capital e trajetória, essenciais para a apreensão do significado dos tipos de representação elaborados no presente estudo.

O histórico da área de saúde no Brasil é o tema do terceiro capítulo. Ressalta-se as modificações ocorridas na noção de saúde ao longo do século XX, tanto no país, como no âmbito internacional, sendo um dos marcos destacados a Conferência de Alma-Ata na década de setenta. Salienta-se também a importância do movimento sanitário para a obtenção de conquistas para a saúde pública brasileira, culminando nas Leis 8.080 que cria o Sistema Único de Saúde e a Lei 8.142, que constitui os Fundos de Saúde, bem como regula a

participação social no âmbito da saúde, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, enfatizando a paridade entre os conselheiros, ou seja, 50% dos representantes seriam provenientes da sociedade civil organizada.

O quarto capítulo discorre sobre o Município de Canoas, apresentando um pouco de sua história, caracterizando elementos geográficos e econômicos, bem como sua situação em relação à oferta e organização dos serviços de saúde. Da mesma forma, serão apresentados fatos importantes em relação à constituição do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, espaço sobre o qual se desenvolve a presente pesquisa. Assim, analisar-se-á as leis de sua criação e de sua reformulação, bem como seu regimento interno. Serão apresentados também alguns depoimentos dos atores que participaram destes eventos.

Por fim, serão apresentados os dados coletados na pesquisa de campo. Elaboraram-se quadros ilustrativos sobre as questões da trajetória individual e associativa dos representantes dos usuários, procurando refletir sobre as informações obtidas. A questão do vínculo estabelecido entre representante e representados também é abordada, procurando-se avaliar que tipo de vínculo está presente na relação entre o conselheiro e suas bases. Após serão realizadas algumas considerações finais sobre os temas abordados na pesquisa, à luz dos dados observados no estudo do campo.

A coleta de dados verificou-se através de entrevistas semi-estruturadas com 13 entre os 24 representantes dos usuários inscritos no Conselho Municipal de Saúde. A seleção dos entrevistados obedeceu a alguns critérios: procurou-se entrevistar representantes titulares e suplentes, de ambos os sexos, que estivessem presentes nas reuniões, procurando contemplar o maior número possível das entidades que integram o Conselho. As entrevistas foram gravadas e transcritas, para então serem submetidas à análise. As entrevistas com os 8 representados também foram gravadas e transcritas. A seleção das entidades baseou-se na referência por parte dos representantes da existência de reuniões nas entidades, bem como na relevância da associação no interior do Conselho (como, por exemplo, a UAMCA, que possui quatro representantes). Foram realizadas observações das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Canoas durante o período de três meses (segunda quinzena de março, abril, maio e primeira quinzena de junho), além de visitas às entidades nas quais foram selecionados indivíduos entre as bases para a realização das entrevistas.

A fim de orientar a pesquisa, estabeleceram-se algumas hipóteses, associadas à trajetória individual, associativa e ao vínculo representante e representados. Em relação à trajetória individual, parte-se do pressuposto de que determinados atributos individuais, como grau de escolaridade, disponibilidade de tempo, ocupação profissional, filiação partidária,

entre outros, influenciam na escolha do representante dos usuários. Em relação à trajetória associativa, acredita-se que um maior tempo de associativismo, bem como a ocupação de um cargo de liderança dentro da entidade também são fatores importantes na escolha do representante. Supõe-se também a presença de um vínculo orgânico, verificado através do acompanhamento das bases sobre a atuação do representante, importante na seleção do representante. Por fim, crê-se que se delineie a forma de representação por identificação, na qual os representantes são selecionados devido a características que o aproximam da realidade de seus representados. É necessário ressaltar que estas hipóteses não foram construídas no intuito exclusivo de serem comprovadas ou rechaçadas, mas sim como uma ferramenta para guiar a presente pesquisa.

2 DEMOCRACIA E REPRESENTAÇÃO

O termo *democracia* provém das palavras gregas *demo* (povo) e *kratos* (poder), significando “o poder do povo”¹. Este sistema político floresceu na cidade grega de Atenas, durante o período Clássico (cujo apogeu se dá em meados do século V), e se caracterizava pela constituição de uma assembléia de cidadãos que se reuniam, geralmente, na praça central, a ágora, a fim de participar do processo decisório pelo voto direto. Os cargos existentes eram distribuídos através de sorteio (exceto alguns, como por exemplo, o estrategista), baseando-se no princípio de igualdade entre os cidadãos (categoria da qual não participavam crianças, mulheres ou escravos), e tinham duração, comumente, de um ano. O constante rodízio dos cidadãos no poder visava estimular o conhecimento político, proporcionando uma melhor capacidade de discernimento e crítica no momento de aprovação ou reprovação das medidas propostas. Contudo, filósofos contemporâneos à aplicação deste regime já questionavam sua base no princípio igualitário, afirmando que nem todos estariam aptos ao exercício da cidadania².

Nas sociedades modernas, a complexificação e a burocratização do Estado e o aumento populacional sustentam uma mudança de paradigma, ocorrendo uma profissionalização da função política, restrita a poucos que passam a representar o interesse de muitos. O exercício democrático restringe-se ao processo eleitoral periódico e à participação direta para a decisão de determinados tópicos através de plebiscitos. Entretanto, os ideais de democracia e liberdade, propagados como a forma de exercício autônomo do poder por parte da comunidade, continuam embasando o pensamento político ocidental. Esta nova realidade, portanto, exige uma adaptação da concepção de democracia, que passa a abarcar o conceito de representação, derivado da palavra do latim clássico *repraesentare*, que significava tornar presente. Todavia, o termo não era utilizado, inicialmente, para designar a representação de

¹ Alguns autores contestam a compreensão da democracia como o “poder do povo” em termos de seu exercício prático. Alain Touraine cita o exemplo de Adam Przeworski, o qual defenderia que “a democracia não é o poder do povo, a transferência da soberania ao povo, o que seria uma mudança de Príncipe, mas sim a destruição de qualquer Príncipe, de qualquer princípio de unidade, encarando pragmaticamente o poder político como sistema de negociações e de equilíbrios parciais e instáveis entre interesses diferentes ou opostos” (TOURAINÉ, 1986). As possibilidades da democracia na América Latina. As Possibilidades da democracia na América Latina (*Revista Brasileira de Ciências Sociais*. n.1, vol. 1, junho 1986).

² Entre os críticos da participação igualitária encontravam-se o filósofo Platão e seu discípulo Aristóteles. Claude Mousse afirma que para o primeiro “a tarefa de decidir o que é bom e justo para toda a comunidade fica nas mãos dos que são feitos para comandar, dos que pertencem à raça de ouro, ou seja, dos filósofos” (MOUSSE, 1993, p. 100). Aristóteles comunga da concepção de seu mestre, pois defende que na democracia haveria uma maior representação da população pobre, uma vez que esta era a maioria, estando os ricos em desvantagem, fato este que feriria o princípio de igualdade e que acarretaria equívocos no processo de decisão. Mousse explica que, para o filósofo, “deveriam ser afastados da cidadania aqueles que não têm capacidade para exercer estas funções” (Id. Ibid. p.103).

peças ou do governo. É ao longo da Idade Média que ocorre uma maior elaboração da concepção de representação, a partir da compreensão de que o rei corporificaria a população de seu território e da constituição, em diversos locais da Europa, de formas incipientes de representação política.

Segundo a concepção de alguns autores, o modelo de democracia representativa utilizado até os dias de hoje, estaria imerso em um processo de crise. Esta crise estaria vinculada à incapacidade do modelo atual em responder às demandas de uma ampla parcela da população³. Miguel, um dos autores que abordam esta questão, comenta que

é possível detectar uma crise do sentimento de estar representado, que compromete os laços que idealmente deveriam ligar os eleitores a parlamentares, candidatos, partidos e, de forma mais genérica, aos poderes constitucionais. O fenômeno ocorre por toda a parte, de maneira menos ou mais acentuada, atingindo novas e velhas democracias eleitorais⁴.

Manin (1994) concorda com a perspectiva do estabelecimento de uma crise, mas esclarece que esta atinge o paradigma da democracia representativa e não a idéia de representação. Afirma o autor que

estamos diante de uma crise que é muito menos da representação como tal do que uma forma particular de governo representativo. Cabe, portanto, indagar se as mudanças que hoje atingem a representação não estariam sinalizando a emergência de uma terceira forma de governo representativo, tão estável e coerente quanto o modelo parlamentar e a democracia de partido (p.7).

As causas da suposta crise do modelo de democracia hegemônico, segundo estes autores, dever-se-iam a múltiplos fatores, entre os quais se encontra a restrição à participação de uma ampla camada da população a maior parte do processo decisório. A democracia representativa, tal qual é conhecida atualmente, seria um modelo elitista e excludente, e que

³ Pinto expõe que “É consenso entre um número significativo de autores que a democracia representativa tal como se consolidou no século XX não tem sido capaz de dar conta dos sérios problemas sociais e culturais que o mundo contemporâneo apresenta. Sejam seus limites entendidos como decorrência de uma crise da representação, sejam vistos como uma condição da própria natureza da democracia representativa, a solução encontrada pelos críticos aponta para formas alternativas de participação, tanto no sentido de substituir a representação, como no de criar instrumentos que favoreçam a *accountability*” (p.97). Manin aponta que “A eleição de representantes já não parece um meio pelo qual os cidadãos indicam as políticas que querem ver executadas. [...] a arena política vem sendo progressivamente dominada por fatores técnicos que os cidadãos não dominam. [...] o abismo entre representantes e representados, parece estar aumentando” (PINTO, 2004, p.5).

⁴ Neste artigo o autor ainda defende a possibilidade de reversão desta situação, sustentando que “a recuperação dos mecanismos representativos depende de uma maior compreensão do sentido da própria representação. Na medida em que os grupos subalternos obtêm êxito na busca da inclusão política ou, ao menos, demonstram uma consciência mais aguda do problema, as tensões presentes no campo político se ampliam. Um modelo representativo inclusivo precisa contemplar com mais cuidado as questões ligadas à formação da agenda, ao acesso aos meios de comunicação de massa e as esferas de produção de interesses coletivos” (MIGUEL, 2003, p.123).

dada suas características intrínsecas, não poderia atingir os objetivos de uma grande parte da população. Ao abordar o tema, Santos explicita que,

o modelo hegemônico de democracia (democracia liberal, representativa), apesar de globalmente triunfante, não garante mais que uma democracia de baixa intensidade baseada na privatização do bem público por elites mais ou menos restritas, na distância crescente entre representantes e representados e em uma inclusão política abstrata feita de exclusão social (SANTOS apud CARVALHO, 2004, p.16).

É necessário, contudo, reforçar o argumento de que a constatação de uma crise na democracia representativa, ainda hegemônica, é realizada por autores que criticam tal modelo e que defendem novas concepções de democracia. Apontar a presença de uma crise do modelo hegemônico integra a disputa no interior do campo político e científico para validar outras formas democráticas. Tal discussão é fundamental para enriquecer o debate e para possibilitar a elaboração de novas propostas sobre esta temática, favorecendo a construção de novas propostas de democracia. Além disto, algumas situações explicitadas pelos autores para exemplificar a situação de crise, como o afastamento cada vez maior entre representantes e representados ocorre em diversos contextos, inclusive integrando os mecanismos políticos tradicionais destes ambientes, argumento do qual decorreria a constatação de que estes locais vivenciariam uma constante crise democrática. Além disto, o afastamento entre representantes e representados poderia não estar vinculado necessariamente a uma crise, mas sim a um modo específico de compreender a noção de representação, ou seja, associada de forma mais estreita a uma idéia de diferenciação entre representante e representado, conforme arrolado no primeiro capítulo e que poderia gerar tal afastamento.

Alguns autores defendem a noção de uma democracia que inclua a participação de outros agentes. Muitos sustentam a ampliação do lócus democrático, criando novos espaços de exercício político. Entre os autores que evidenciam a necessidade de construção de novas alternativas está Gargarella (1994, p.78-79), que apresenta o conceito de democracia deliberativa⁵. Esta noção de democracia focaliza a proposta de discussão sobre os mais

⁵ O autor descreve a existência de quatro características que sustentam esta perspectiva. Em primeiro lugar esta seria uma forma democrática antielitista. Escreve o autor que “la concepción deliberativa de la democracia es una postura contraria al elitismo porque rechaza el critério según el cual alguna persona o grupo de personas se encuentran capacitadas para decidir imparcialmente em nombre de todos los demás” (p.78). Outro ponto importante seria o fato de que a democracia deliberativa distinguiria a idéia de política e mercado. Gargarella aponta que “los defensores de la democracia deliberativa sostienen que no debe confundirse el tipo de conductas que puede ser apropiado em el mercado, com los comportamientos que deben ser próprios de la política” (p.79). O mesmo autor acrescenta que esta forma de democracia parte de uma posição individualista e destaca o ponto central de sua argumentação, afirmando que este modelo democrático “considera que el sistema político de toma de decisiones debe basarse, primordialmente, em la discusión. Vincula las ideas de discusión e imparcialidad” (p.79).

diversos temas relacionados ao âmbito político, salientando os benefícios desta proposta, como, por exemplo, o maior acesso a informações a fim de embasar as decisões tomadas. A democracia deliberativa teria um caráter educativo, tornando os cidadãos mais capacitados para interferir no jogo político. Gargarella (1994, p.81) defende que

el proceso deliberativo, por el cual la gente intercambia opiniones, escucha los argumentos de otros, etc., provee una excelente oportunidad para la autoeducación de quienes debaten; el mejoramiento de su habilidad de razonamiento y el desarrollo de su capacidad para convivir con otros.

As propostas de uma democracia contra-hegemônica (SANTOS, 2002) perpassam pela idéia de aumentar o poder de influência de atores anteriormente considerados fora da discussão do campo político. Estas novas propostas podem implicar uma reavaliação de quais problemáticas competiam ao campo político bem como nas causas da crise do modelo de democracia representativa. Assim, a verificação do descontentamento encontrado em uma grande margem da população sugere a distância entre as demandas destes indivíduos e os resultados das decisões da esfera política. Desta forma, autores argumentam a necessidade de aproximar os atores da sociedade civil do processo decisório, a fim de exercitar e construir uma realidade de exercício de cidadania e ampliar e disseminar uma concepção de cultura política. Para tanto, autores como Carvalho defendem a noção de democracia participativa. Constata a autora que

vem se firmando, como fenômeno do nosso tempo, a *Democracia Participativa*. Em verdade, é uma alternativa contra-hegemônica que encarna uma dimensão emancipatória, protagonizada por movimentos sociais, de múltiplos formatos, a colocar, na cena pública, lutas pelo direito à igualdade e pelo direito à diferença (CARVALHO, 2004, p.16).

A democracia participativa demanda a abertura de novos canais de participação, nos quais atores da sociedade civil interagem com agentes governamentais a fim de influenciar no processo decisório e apresentar reivindicações e propostas. Estes espaços mostrar-se-iam fundamentais para a edificação de uma noção de cidadania, bem como uma maior capacitação para o debate relacionado ao campo político. A participação passa a ser concebida não apenas a presença ou a frequência com a qual o ator se encontra nos determinados espaços, mas com a qualidade de sua atuação e sua capacidade de intervenção nas discussões.

A democracia participativa sustenta a idéia de uma participação instituída e permanente por parte dos atores da sociedade civil. Esta proposta apresenta-se como um direito do cidadão, que teria acesso a informações sobre o debate político e interviria neste processo, influenciando na resolução de suas necessidades. A participação, nesta perspectiva,

ganharia uma dimensão ética e abarcaria diferentes grupos da população⁶. Gohn (2004), ao levantar esta questão, demonstra a importância de que esta participação conte com indivíduos de diferentes segmentos da população. A autora afirma que

a democracia participativa demanda um tipo de participação dos indivíduos e grupos sociais em termos qualitativos e não apenas quantitativos. Para isso ela tem que alcançar segmentos diferenciados, que sejam representativos tanto das carências socioeconômicas e das demandas sociais como das áreas que precisam ser conservadas para que não se deteriorem, assim como atingir grupos e agentes socioculturais que possuem identidades a serem preservadas ou aperfeiçoadas (p.61).

O debate, realizado até o presente momento, sobre as diversas propostas de modelos democráticos é fundamental para avaliar os pressupostos que fundamentam a criação de espaços institucionais de participação de atores da sociedade civil, como é o caso dos conselhos de saúde. Assim, a crítica do modelo hegemônico, independentemente desta verificar-se ou não, permitiu que emergissem novos modelos e novas interpretações da relação Estado/sociedade e dos atores da sociedade civil entre si. A concepção de democracia participativa, além de defender a criação de novos espaços de participação, procura reforçar os já existentes, pregando a necessidade de institucionalizá-los. Esta proposta parte da tentativa de conferir um maior reconhecimento à importância e à validade das experiências de participação. Ela propõe uma ampliação da noção do que é público e dos espaços de discussão, bem como dos agentes aptos a fazê-lo. Gohn aponta que a democracia participativa tem como consequência o alargamento da esfera pública, sendo esta concebida como

um espaço de relações sociopolíticas e culturais, de negociações, de debates, objetivando planejar, equacionar, encaminhar, fazer escolhas, priorizar ações e intervenções a serem feitas pelo poder público, sozinho ou em parcerias com entidades da sociedade civil organizada⁷.

Sérgio Costa, em sua obra *As cores de Ercília*, trata deste tema, realizando um apanhado sobre as mais diferentes perspectivas sobre o conceito de democracia e esfera pública. Segundo o autor,

a democracia representa uma forma de dominação consentida, na qual as decisões necessitam ser permanentemente fundamentadas justificadas, dependendo sempre da anuência da comunidade política para que possam ser

⁶ Gohn explica que “o princípio que orienta a participação passa a ser ético, ligado à idéia dos direitos sóciopolíticos dos cidadãos. A participação passa a ser concebida como intervenção social, periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública” (p.58).

⁷ GOHN, Maria da Glória, (op.cit. p.73). A autora ainda acrescenta que: “A esfera pública é o *locus* do processo de publicização e, portanto, parte integrante do processo de democratização, por meio do fortalecimento da sociedade civil e da sociedade política. [...] A natureza dessa esfera é essencialmente política argumentativa, é um espaço para o debate face a face dos problemas coletivos da sociedade, uma arena de debate e crítica, inclusive em instituições urbanas informais” (p.74).

implementadas. Nesse processo, cabe à esfera pública um lugar central: ela se torna a arena onde se dá tanto o amálgama da vontade coletiva quanto a justificação das decisões políticas previamente acertadas (COSTA, 2002, p.15)⁸.

Utilizando o conceito de “espaço público”, Paiva vai ao encontro desta noção da abertura de um lócus para a atuação de novos atores. A autora define espaço público como

o lugar onde as relações e ações comunitárias se passam, se abrigam e têm curso; espaço onde se exteriorizam as demandas, as reivindicações da comunidade; espaço acolhedora das diversas instituições estatais e não-estatais, do agir publicamente, das reuniões; espaços, por excelência, do debate e do agir livre e coletivo (PAIVA, 2000, p.28).

É necessário, contudo, realizar uma reflexão sobre o significado dos conceitos de “esfera pública” e “espaço público”. É possível sugerir que enquanto a esfera pública estaria vinculada a um espaço não delimitado de interação social e exercício de cidadania não institucionalizado, no qual ocorre o debate, o confronto de diferentes idéias e posições, bem como a construção de demandas e argumentos que constituiriam a opinião pública, o espaço público estaria relacionado a um espaço institucionalizado no qual ocorreria um encontro entre atores da sociedade civil e Estado e a interação entre estes sujeitos a partir do estabelecimento a disputa pelos recursos referentes à temática em questão. A partir desta perspectiva os diferentes conselhos criados a partir das novas concepções de democracia não integrariam a noção de “esfera pública”, mas sim de “espaço público”. A esfera pública abrangeria diversos espaços relacionados à sociedade civil, com ou sem fronteiras demarcadas. Entre estes é possível citar as associações e entidades da sociedade civil que participam dos espaços públicos institucionalizados. A separação entre o conceito de “espaço público” e “esfera pública” permite uma maior especificidade e delimitação teórica a ambas noções, assim como um aprofundamento da análise sobre os locais nos quais se constituem a opinião pública e os representantes sociais que serão seus portadores nos espaços públicos.

A abertura de novos canais, institucionais ou não, permite que atores que não são considerados profissionais da área política integrem o debate, contribuindo para que as demandas dos diferentes grupos sejam abordadas. O reconhecimento do papel desempenhado pelos integrantes da sociedade civil nestes espaços é fundamental para a continuidade destas iniciativas. Esta discussão exige uma reflexão sobre quem são os atores que se inserem nos

⁸ Na introdução desta obra, autor esclarece que “a esfera pública diz respeito mais propriamente a um contexto de relações difuso no qual se concretizam e se condensam intercâmbios comunicativos gerados em diferentes campos da vida social. O estudo da esfera pública não permite seguramente uma reconstrução pictórica perfeita das relações sociais [...] revela, contudo, aspectos interessantes da forma como os câmbios sociais se processam, o poder político se reconfigura e novos atores sociais conquistam relevância nas sociedades contemporâneas” (COSTA, 2002, p.12-13).

novos espaços, bem como a posição da sociedade civil no jogo político. O conceito de sociedade civil mostra-se, assim, essencial para a compreensão deste fenômeno. Em seu artigo “Espaços deliberativos e a questão da representação”, Pinto sintetiza alguns conceitos construídos por Young, entre os quais o de “sociedade civil”. Segundo Pinto, a autora

define sociedade civil como um espaço amplo de auto-organização de grupos que não se expressam por meio de discursos políticos e onde há um grande potencial para a inovação social e a criação de serviços que não visem o lucro. [...] É [...] no espaço da sociedade civil que a autora identifica a possibilidade do surgimento da esfera pública, local de formação de opinião política e de exercício de *accountability* (PINTO, 2004, p.109).

Em sua abordagem sobre a sociedade civil, Young tenderia para a compreensão de que esta seria uma instância fora do Estado, formada a partir de organizações e associações de grupos. Diversos autores que discutem a questão da sociedade civil abordam este espaço a partir de uma concepção dualista, referindo-se à contraposição essencial entre sociedade e Estado. Esta separação seria caracterizada pela atribuição de um juízo de valor a estes dois pólos, sendo que a sociedade civil deteria aspectos positivos, enquanto o Estado seria o pólo negativo⁹. Tal concepção é questionável no sentido de que em primeiro lugar a contraposição entre sociedade civil e Estado não deve ser naturalizada. Estas duas instâncias estão relacionadas e seus interesses muitas vezes se coadunam. Além disto, é fundamental salientar a heterogeneidade de interesses que marca estes espaços, dado que estes são compostos por diferentes atores com perspectivas e necessidades diferentes. Assim sendo, não é possível atribuir a um lócus que abriga uma multiplicidade de agentes, e, portanto, de necessidades, uma positividade ou uma negatividade inerentes¹⁰. Esta concepção também atinge os atores

⁹ É possível exemplificar esta posição no artigo de Sérgio Costa (1994) intitulado “Esfera pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil” no momento em que o autor afirma que esta instância seria independente do sistema econômico e político administrativo, e que agiria na esfera pública em prol das necessidades do mundo da vida. O autor expõe que “via esfera pública [...] a sociedade civil procura permanentemente impedir que o sistema político restrinja o seu raio de ação às questões vinculadas aos interesses particularistas” (p.44).

¹⁰ Em seu artigo “*Sem pena nem glória*”, Lavallo (2003), realiza uma dura crítica sobre esta perspectiva. Em relação à sociedade civil, ele expõe que “sua constituição foi compreendida como cristalização de iniciativas de mobilização e articulação social que elevariam a certo patamar de efetividade os anseios da população edificando um conjunto difusos de instituições não cindidas pela vida cotidiana da sociedade. Lidando com consensos emergentes – não com interesses – tais instituições promoveriam e representariam aqueles anseios”. Segundo o autor “a legitimidade desses consensos emergentes se estribaria em dois suportes fundamentais. Primeiro, na medida em que arraigados na vida cotidiana e comunitária da sociedade, esses consensos não almejavam propósitos de cunho particularista, inerentes aos atores tradicionais da política [...]. Segundo, a geração de consensos no mundo social não admitiria manipulação nem a introdução de quaisquer mecanismos artificiais para substituir a genuína opinião dos envolvidos – como ocorre, mais uma vez, nas práticas costumeiras da política – mas obedeceria aos ditames da interação comunicativa” (p.104). Lavallo critica esta posição, que não se sustenta na análise empírica e permitindo que se elaborem argumentos a partir de uma expectativa equivocada.

organizados da sociedade, unidos frente a demandas comuns: os movimentos sociais. Em seus estudos sobre a sociedade civil e movimentos sociais, Silva¹¹ constata que:

O debate sobre “movimentos sociais” no Brasil tendeu a estar marcado por uma profunda idealização destes atores sociais. Contrapostos, de forma dicotômica e maniqueísta, ao estado ou, numa formulação mais ampla, aos atores e instituições que conformam o campo político. Ungidos por uma “aura” de positividade, normativamente estabelecida, tais atores apresentariam assim uma “natureza” democrática e igualitária, sendo os portadores da transformação das estruturas de dominação e desigualdade imperantes no país.

Esta idealização dos atores sociais baseia-se numa determinada concepção de movimentos sociais, que, em geral não se concretiza empiricamente. Esta falta de correlação entre a elaboração teórica e o que se verifica na prática destes grupos, pode gerar uma certa desilusão com a ação dos movimentos sociais, desmerecendo esta forma organizativa e reivindicatória. Em seu artigo “Quando novos atores saem de cena. Continuidades e mudanças na centralidade dos movimentos sociais”, Lavallo, Castello e Bichir analisam esta questão, explicitando a concepção de muitos autores que desvalorizariam a atividade destes movimentos no contexto mais recente (uma vez que o auge de tais organizações ocorreu nas décadas de setenta e oitenta), salientando que a pauta passaria a contemplar a noção de sociedade civil. Os autores apontam que, assim como a sociedade civil seria retratada com aspectos de positividade na conjuntura atual, o mesmo se dera com os movimentos sociais nos anos oitenta, sendo inclusive destacados os mesmos aspectos. De modo similar, também muitos autores se decepcionam no momento em que a atuação destes agentes não condiz com as expectativas criadas. A discussão sobre esta tendência deve ser destacada a fim de que não se realize uma análise sobre os novos atores provenientes da esfera pública a partir da ótica dualista entre negativo/positivo. A atribuição de termos imbuídos de características negativas ocorre exatamente pela compreensão de que estes atores que constituem a sociedade e os movimentos sociais deveriam atuar de uma determinada forma e possuir determinados interesses, sendo estes associados a sua posição antagônica ao Estado. Assim, fazer parte de um movimento social, independente de sua natureza, ou da própria sociedade civil, por si só seria suficiente para relacioná-lo a aspectos positivos e contrapô-los ao Estado, seio da corrupção e de interesses pessoais. Silva¹² explica que haveria uma ênfase sobre como estes atores deveriam agir. Diz o autor que:

¹¹SILVA, Marcelo Kunrath. *Trazendo os atores sociais de volta: pontos para uma agenda de pesquisa sobre “Ação Coletiva, Movimentos Sociais e Sociedade Civil”*. Material mimeografado distribuído em aula. [s.d.].

¹² Idem, ibidem.

Tal ênfase no “dever ser” dos atores sociais, em muitos casos, se colocou como um obstáculo à identificação e análise de como e por que os atores sociais no Brasil se constituíram e atuaram de determinadas formas que, muitas vezes, se afastam significativamente daquelas estabelecidas nos modelos normativos (SILVA, p.5).

Da mesma forma, é importante salientar o fato de que as demandas e interesses atribuídos à sociedade civil são elaborados num processo conflituoso, e de modo algum surgem de forma apriorística. Mellucci define conflito como “a situation in which two adversaries are in opposition over a common object, in a field disputed by both” (MELLUCCI, 1990, p.6). O mesmo autor ainda acrescenta que “conflict in fact presupposes adversaries who fight for something which they recognize lies between and for which they are contenders” (MELLUCCI, 1990, p.6). Assim, nem a sociedade civil, nem os movimentos que se organizam em seu interior, possuem uma base consensual a priori, mas esta se constitui a partir de uma situação conflituosa que origina uma negociação constante de interesses e propostas¹³.

A consideração destes aspectos é importante a fim de analisar os atores comprometidos com a ampliação democrática e que levaram à institucionalização dos espaços públicos dos conselhos gestores. Para uma maior compreensão sobre um objeto fundamental do presente estudo, os conselhos de saúde, é imprescindível a análise do movimento de saúde¹⁴ no Brasil, a qual exige a compreensão do contexto histórico e social, bem como das estratégias políticas adotadas pelo Estado ao longo do tempo. É necessário salientar o caráter processual deste fenômeno a fim de perceber que o próprio conceito de saúde sofreu variações e que as medidas tomadas se coadunam à noção hegemônica em determinada conjuntura. A compreensão de saúde como um completo estado de bem-estar, transforma-se progressivamente, englobando características anteriormente desvinculadas a esta temática. A

¹³Em seu artigo “Um objetivo para os movimentos sociais” (1989) Mellucci expõe esta visão equivocada de unicidade, no caso sobre seu objeto de estudo, que são os movimentos sociais, mas que pode ser aplicada também para o conceito de sociedade civil. Ele explicita que haveria uma “suposição de que os fenômenos empíricos de ação coletiva são um objeto de análise que é unificado e significativo em si próprio e que pode dar, quase diretamente, explicações sobre a origem e a orientação de um movimento. Um movimento é visto [...] como se fosse um *personagem* [grifo do autor] que atua na cena histórica com uma unidade de consciência e ação que está longe de se afastar da fragmentação atual e da pluralidade de um movimento social empírico [...]. Ao considerar um movimento como um *personagem* [grifo do autor], a análise ignora que a unidade é mais um resultado do que um ponto de partida” (p.56).

¹⁴Em sua obra, “A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira”, Gerschman realiza um debate sobre a composição e a trajetória do movimento popular em saúde. Entre suas considerações estão exatamente a questão da relação entre Estado e formação destes movimentos em torno de uma determinada demanda. Diz a autora que “no cerne da constituição dos movimentos sociais estão as reivindicações por demandas de habitação, saúde, educação, saneamento, etc., decorrentes das necessidades que atravessam grandes parcelas da população urbana. Ao considerar que o movimento popular em saúde tem seu eixo de atuação no plano das políticas de saúde – uma área específica de intervenção do estado – constatou-se que a concepção do estado, assim como a relação com este constitui-se no seu “calcanhar de Aquiles”. O movimento deixa de ter uma existência virtual, no momento em que se relaciona com o Estado, já que este passa a ser o alvo da ação coletiva” (1995, p.68).

problematização deste fator é fundamental para compreender a atuação da sociedade frente a posição do governo, uma vez que a população nem sempre esteve passiva diante das políticas de saúde do governo. Assim sendo, é vital perceber as modificações do contexto político que influenciaram as diretrizes estatais, e que poderiam atingir as orientações e reivindicações de movimentos sociais vinculados com a saúde.¹⁵ A discussão sobre as diversas interpretações e modelos de democracia é essencial para a compreensão das novas experiências de participação e para a identificação de quais atores ocupam os novos espaços de representação. Desta forma, o debate sobre este tema permite a reflexão sobre a constituição de diferentes formas de representação e os elementos associados às diversas expressões de representação.

2.1 Formas de Representação

A questão da representação despertou o interesse de importantes filósofos ocidentais, como por exemplo, Hobbes e Rousseau. Thomas Hobbes, pensador inglês autor de *Leviatã*, no qual desenvolve a concepção de contrato social¹⁶, debruçou-se sobre este tema, constituindo uma teoria sobre a natureza da representação. Hannah Pitkin aponta que Hobbes constrói seus argumentos partindo da idéia de autoridade, sendo esta outorgada a um representante, que passaria a exercê-la de forma ilimitada. Segundo a autora, Hobbes (apud (PITKIN, 1969, p.13), sustentaria que o representante

é um homem que age em nome de outro, um homem a quem foi dada autoridade para agir pelo outro, de modo que qualquer coisa que faça é considerada ação do representado. O primeiro age, e o outro assume a responsabilidade pelas conseqüências, como se ele próprio tivesse agido. Representação é autoridade, o direito de assumir compromissos e incorrer em conseqüências pelo outro. Assim, o representante tem seu direito de agir ampliado, enquanto o representado tem novas responsabilidades.

¹⁵Gerschman (1995) aborda a questão desta relação entre estado e movimentos sociais voltados para o tema da saúde, observando que “os processos de construção de identidades políticas no movimento popular em saúde e nos movimentos sociais em geral, estão intimamente relacionados ao papel do estado, na medida que este ocupa uma posição de destaque para a consecução de melhores condições de vida, de saúde e de atendimento à doença. Mas como este processo se opera a nível simbólico – ou seja, mediante as “representações” que o movimento popular tem sobre si mesmo – não é necessário que o estado preencha efetivamente este lugar. Pelo contrário, sua omissão no preenchimento deste papel opera à maneira de interpelação através da qual o movimento popular se constitui para exigir sua presença na esfera da saúde. Trata-se de uma tensão permanente, de uma dinâmica contraditória e constituinte que caracteriza a relação entre movimento popular em saúde e Estado.

¹⁶O contrato social consistia em um pacto entre os homens a fim de cessar a guerra de todos contra todos, que ocorreria no estado de natureza, e que originaria o Estado. Referindo-se a esta obra, Pitkin argumenta que Hobbes extrapola o conceito de contrato social, tornando-se também um teórico da representação. Pitkin explica que “o conteúdo do contrato social através do qual os homens fundam o Estado é precisamente o estabelecimento de um representante – um soberano que transforma a multidão em um único corpo, governando-a e representando sua autoridade” (PITKIN, 1969, p.13).

Dentro dos limites de sua autoridade, o representante é totalmente livre para agir como quiser.

O representante apresentado por Hobbes encontra expressão na figura do soberano, sendo este o possuidor de uma autoridade tão profunda e incontestável que não haveria a necessidade de consultar os anseios de sua população. O rei, por si só, personifica tais desejos. É exatamente sobre a impossibilidade de conhecer a vontade de todos os seus representados, que recai a crítica de Rousseau. Pitkin explica que, para o filósofo francês, o governo representativo era um sistema político cujos princípios divergiam do ideal democrático de liberdade e igualdade, identificando-o com a tirania. Argumenta a autora que, para Rousseau,

a representação poderia alcançar a liberdade ou o autogoverno, mas apenas se houvesse alguma garantia de que a vontade do representante coincidissem sempre com a vontade do representado. É claro que isso é impossível. Pode ocorrer ocasionalmente, por acidente, que um homem queira o que um outro também quer; mas não há nenhuma forma de institucionalizar ou garantir esta coincidência. Portanto, tudo o que se pode institucionalizar é um acordo através do qual alguns homens escolhem, *ao invés* [grifo do autor] de outros, o que é tirania (PITKIN, 1969, p.14).

A crítica esboçada pelo filósofo francês levanta o questionamento sobre qual seria o papel do representante. Enquanto Hobbes desvincula os representantes de seus representados, Rousseau afirma que a função central deste é exatamente a defesa dos desejos dos representados. Apesar da pertinência da teoria do pensador francês para o desenvolvimento deste debate, é necessário atentar para a dificuldade em verificar qual seria o interesse geral dos representados. Esta concepção apresenta o desafio de encontrar instrumentos adequados para evidenciar tal vontade e, principalmente, acarreta na suposição de que haveria uma demanda homogênea por parte dos representados. É fundamental compreender que os representados, desta forma, possuem necessidades variadas, heterogêneas, e que, apesar de estabelecerem um certo nível de identificação a partir de interesses comuns em um certo contexto e num determinado período, esta não se dá de forma “natural” e automática. Ou seja, as demandas são construídas a partir de um processo contínuo de negociação e renegociação, sendo importante concentrar-se sobre a forma com que se dá a construção destas demandas, das metas e dos ideais que tornam aquele grupo coeso num determinado momento, analisando os mecanismos através dos quais ocorre a acomodação de conflitos e a elaboração de um discurso unificador.

Desta forma, a partir destas concepções sobre a representação, desenvolvem-se duas principais correntes teóricas: aquela que apresenta o representante como um indivíduo superior aos demais e, contrapondo-se a esta, a compreensão do representante como alguém

identificado ao conjunto dos representados. A fim de compreender o fenômeno da representação, é fundamental analisar estas diferentes abordagens, bem como os argumentos que as sustentam. A ação do representante, assim como o estabelecimento de seu vínculo com suas bases, está estreitamente relacionada à compreensão de representação que este representante possui. Assim, no intuito de apropriar-se deste debate, mostra-se relevante aprofundar a discussão sobre estas duas modalidades de representação.

2.2 O Representante por Diferenciação

Hannah Pitkin (1969), em seu artigo *O conceito de representação*, aborda as principais perspectivas sobre a questão da representação, entre as quais se destaca a concepção do representante como detentor de características singulares e superiores as de seus representados. Os autores que adotam esta interpretação partem do pressuposto de que são exatamente tais elementos de diferenciação que sustentam a escolha deste representante. O representante é, portanto, alguém que possuiria, de forma exclusiva, recursos valorizados dentro de um determinado contexto, sendo estes determinantes para sua escolha pelos representados. A superioridade do representante justificaria uma maior independência em relação aos representados, uma vez que ele estaria autorizado a decidir por eles. Pitkin explica que estes autores “sustentam que o representante deve agir independentemente, de acordo com o seu próprio julgamento, pois ele é selecionado precisamente por suas habilidades especiais” (p.19). O representante não deve ater-se somente aos desejos de seus representados, pois tal atitude o tornaria uma marionete destes.

Estes autores enfatizam a maior capacidade de discernimento do representante, cujas habilidades superiores proporcionariam uma visão mais ampla das diferentes situações, permitindo que ele tome decisões adequadas e bem fundamentadas. A posição superior do representante possibilitaria que este não se restringisse a questões isoladas e particulares de seus representados, aos quais não poderia, de qualquer forma, consultar a cada questão que se apresentasse. Todavia é necessário salientar a dificuldade em precisar e qualificar os diferentes interesses, classificando-os como isolados ou gerais, bem como estabelecer instrumentos para tal tarefa. Outro ponto que se apresenta obscuro na argumentação destes autores é de que forma um representante realmente independente de seus representados poderia estabelecer os interesses gerais, uma vez que o afastamento das bases impediria o conhecimento destes desejos.

Em seu artigo “Los principios del gobierno representativo”, Bernard Manin (1994) explicita as características deste sistema de governo, abordando a posição de autores como Madison e Sieyes (apud MANIN, 1994) sobre o tema. Apesar das diferenças encontradas nas obras destes autores, em relação aos conceitos utilizados e contexto político no qual se inserem, Madison e Sieyes defendem que o governo representativo é uma forma diferenciada e superior de sistema político. O exercício do governo através da escolha de representantes, na ótica de Madison e Sieyes não guardaria relação com a democracia, tendo esta sua aplicação limitada a espaços político-territoriais de pouca extensão, como as cidades-estado da Antiguidade. O governo representativo seria uma forma mais evoluída de sistema político, condizente com as transformações históricas e a nova realidade social.

Madison (apud MANIN, 1994) apresenta o representante como um indivíduo dotado de racionalidade, contrapondo-se às paixões do povo. Esta característica o tornaria mais apto a construir propostas de amplo alcance e decidir de forma imparcial, pois não estaria aprisionado a ilusões passageiras e interesses isolados. A argumentação do autor sugere a compreensão do povo como uma massa guiada por emoções intempestivas, incapaz de visualizar e discernir as opções mais adequadas aos seus interesses. Tais desejos não se apresentam de forma clara e amadurecida pelo debate, pois a população não possuiria condições de uma auto-organização em prol de suas reivindicações, pois estas seriam, em geral, efêmeras e imediatistas. O autor demonstra uma visão pessimista do povo, cujas estratégias de organização e resistência são desqualificadas e retratadas como atos irrefletidos e inconscientes. Assim, seria necessário um representante que se destacasse, que fosse superior à volubilidade dos anseios do povo, mais capaz de definir aquilo que é vantajoso para a população do que os próprios beneficiados. Portanto, é provável e até, talvez, preferível, que as decisões do representante não coincidam com as dos representados. Manin (1994, p.14) explica que:

Madison destaca que uno de los fines del sistema **enteramente** [grifo do autor] representativo propuesto em el proyecto de constitución es poner a los gobernantes em condiciones de resistir las “pasiones desordenadas” y las “ilusiones efimeras” que pueden apoderarse del pueblo. [...] a los ojos de Madison, el papel de los representantes no consiste em querer em todas las ocasiones lo que quiere el pueblo. La superioridad de la representación consiste, por el contrario, em que abre la posibilidad de una separación entre la voluntad (o decisión) pública y la voluntad popular.

Sieyes (apud MANIN, 1994) dialoga com a perspectiva da independência do representante frente aos seus representados, compreendendo este ator como um profissional, logo, mais capacitado a decidir por estes. A complexificação da sociedade exige que os

indivíduos desempenhem uma multiplicidade de tarefas, as quais impediriam sua participação ativa no processo decisório. Para contornar tal situação, seriam eleitos representantes que contariam com uma maior disponibilidade de tempo para dedicar aos assuntos públicos. A função de representante, na concepção de Sieyes, vincula-se ao processo de divisão do trabalho, e seu exercício acarretaria em uma constante especialização e aperfeiçoamento deste indivíduo nos temas de natureza pública. Manin (1994, p.15) afirma que para Sieyes “los ciudadanos ya no tienen el tiempo libre necesario para ocuparse de los asuntos públicos; deben, por lo tanto, mediante elección, confiar el gobierno a individuos que consagren todo su tiempo a esa tarea”. O exercício de representação permite acesso a uma série de novos conhecimentos, relacionados a questões de teor político e social, capacitando ao ator a decidir por seus representados de forma mais lúcida e coerente. A opinião do representante, munido de sustentáculos oferecidos pela atividade de representar, poderia divergir dos interesses de seus representados, que não contariam com as informações recolhidas pelo representante durante o exercício de sua função.

Bernard Manin (1995) defende a existência de quatro princípios básicos que norteariam o sistema de governo representativo, entre os quais se encontra a presença de uma margem de independência entre representante e representado. Segundo o autor, após a obtenção do sucesso eleitoral, o representante poderia se afastar de suas bases e tomar decisões visando benefícios individuais, pois não haveria mecanismos que estabelecessem um espaço de *accountability*, ou seja, na qual os representantes informassem a seus representados o desenrolar do processo decisório e recebessem destes demandas, reivindicações e sugestões. O único período sobre o qual os representados teriam algum controle sobre a atuação do representante seria o momento eleitoral, no qual o descontentamento dos representados poderia se refletir em derrota para o representante. Manin aponta que esta situação é, em verdade, um elemento intrínseco à forma representativa de governo. Em relação à atuação do representante e sua vinculação aos desejos dos representados, Manin (1994, p.23) expõe, que

al no estar estrictamente garantizado el lazo entre la voluntad de los electores y el comportamiento del elegido, los representantes conservan siempre un margen de juego y de maniobra. La democracia representativa no es un régimen em el que los gobernantes están rigurosamente obligados a poner em ejecución los deseos de los gobernados. Por lo tanto no puede ser concebida como la forma indirecta del gobierno por el pueblo. No obstante, aun asi los electores no pueden ejercer así más que una influencia muy limitada sobre las decisiones públicas por su deseo de ver llevar una política, tienen em cambio la facultad de despedir a los gobernantes al término de su mandato si la política que emplearon no les satisfizo.

A partir da perspectiva dos autores citados, é necessário observar que, inegavelmente, representantes e representados possuem interesses muitas vezes diversos, já que, enquanto indivíduos, possuem histórias de vida diversas e mesmo enquanto coletividade pode ser encontrada uma multiplicidade de demandas, sendo que estas são constantemente negociadas e acomodadas a fim de que se possa visualizar uma reivindicação pactuada. Entretanto, a compreensão de que esta diferença signifique necessariamente a presença de uma superioridade do representante frente aos seus representados, como parecem sugerir alguns autores, é, entretanto, questionável. Young escreve que “conceitualizar a representação em termos da *diference* significa reconhecer e afirmar que existe a diferença e a separação entre os representantes e os eleitores” (YOUNG apud PINTO, 2004, p.106). Pinto acrescenta que “a idéia de separação entre representantes e representados é fundamental para que se possa, inclusive, delimitar o espaço da política; sem ela, esse espaço simplesmente não existiria” (PINTO, 2004, p.106). Todavia, é importante salientar que tal afirmação abriga a controvérsia de erigir fronteiras para o campo da política, bem como dos atores aptos a exercê-la. A política possivelmente ultrapassa os limites institucionais, imiscuindo-se nas mais diferentes situações do cotidiano da população.

Manin (1995) afirma que, de fato, a eleição de um determinado representante não garantiria que este realize um trabalho competente nem conivente com os desejos dos representados. O representante eleito não seria, segundo o autor, obrigatoriamente o mais apto ou superior. Diz o autor que “si el objetivo fuera seleccionar los competentes, el procedimiento electivo sería totalmente inadecuado; sería mejor entonces seleccionar los gobernantes por examen” (MANIN; 1994; p.16). Portanto, o representante poderia não ser escolhido por atributos de superioridade, que lhe confeririam uma maior habilidade, e, assim sendo, uma maior probabilidade de defender as demandas de seus representados, mas simplesmente alguém que em determinada conjuntura, consegue angariar um maior número de votos. A superioridade do representante em relação aos seus representados em características valorizadas em seu ambiente de atuação pode influenciar na sua escolha ou eleição, e inclusive facilitar o acesso ao debate e à disputa política; entretanto, não são fatores relacionados de forma direta e indubitável. A compreensão do representante a partir da ótica da diferença aliada à superioridade pode afastar este indivíduo das suas bases, que, inferiores, não estariam capacitadas a contribuir na construção do processo decisório. A tentativa de amenizar uma polarização entre representante e representados encontra-se exatamente na perspectiva do representado representativo, que será analisada no item subsequente.

2.3 O Representante por Identificação

A concepção de representante por identificação vai de encontro à idéia de superioridade do representante frente a seus representados e sugere que o representante é selecionado não por sua diferença do grupo, mas por sua semelhança a este. A escolha deste representante partiria das características que este comunga com suas bases, que o aproximariam da realidade dos representados e aumentaria a possibilidade de que as demandas defendidas nos espaços públicos fossem, de fato, reivindicações da coletividade, não apenas baseadas em desejos pessoais. A construção do papel do representante se dá a partir de seus representados, sem os quais a função de representante seria inexistente. Pitkin, ao abordar a perspectiva dos autores que enfatizam a escolha do representante a partir de sua similaridade com seus representados, explica que,

segundo eles, o representante age em favor de outros, em seu nome, por seu benefício, no seu interesse, de acordo com os desejos, as reivindicações ou a vontade dos representados, buscando atender seu bem-estar, suas necessidades, de modo a agradá-los ou satisfazê-los, fazendo aquilo que os próprios representados teriam feito por si mesmos (PITKIN, 1969, p.19).

Desta forma, o representante presentifica uma ausência, ele personifica seus representados durante o processo decisório, agindo conforme eles agiriam se ali estivessem. Talvez o ponto mais importante desta corrente teórica seja evidenciar o elo entre representantes e representados, pois os primeiros só existem enquanto atores em função dos segundo. Só há representante enquanto houver algo ou alguém a ser representado. Esta compreensão aponta para o estabelecimento de um vínculo de responsabilidade dos representantes para com seus representados, uma vez que os últimos são a razão de ser dos primeiros. A independência deste representante deveria ser, então, limitada, pois sua ação só carregaria sentido no contexto em discussão, se estivesse relacionada aos desejos dos representados.

A temática da representação tem sido alvo da análise de diversos autores, entre os quais, Íris Young. A autora identificaria três formas principais de representação, sendo estas a representação de interesses e a representação de princípios e a representação de perspectivas sociais. Pinto, realizando uma síntese sobre os conceitos da autora, expõe que segundo Young:

interesse é o mais simples e imediato modo de representação e diz respeito a demandas de indivíduos ou grupos para atingir objetivos específicos. Representação de opinião abrange um espectro que vai de questões relativas a valores éticos e morais até ideologias, que poderiam ser chamadas de opiniões propriamente políticas (apud PINTO, 2004, p.107).

A representação de perspectivas seria a forma mais complexa, sendo mais abrangente, uma vez que não possuiria conteúdos específicos¹⁷. Os três tipos de representação construídos pela autora pressupõem o estabelecimento de um vínculo entre representantes e representados, pois em todos a atuação do representante parece estar vinculado aos interesses de outrem, que não somente os seus, sejam estes pontuais ou abarcados por um determinado arcabouço ideológico. Contudo, a delimitação construída pela autora parece mais adequada a fins didáticos e de instrumentos de análise, pois não seria possível realizar uma separação entre as instâncias propostas. De fato, um objetivo imediato e específico pode abrigar uma opinião política e uma perspectiva social de amplo alcance. O representante por identificação aproxima-se de seus representados no âmbito de perspectivas sociais, sendo os seus interesses os mesmos de seus representados, sendo mais provável que as reivindicações das bases sejam defendidas no espaço de representação.

Contudo é necessário sublinhar o fato de que o representante por identificação não é um representante-espelho, conceito idealizado por Cotta. Em seu estudo, David explicita a tipologia criada por este autor, que concebe três formas principais de representação, entre as quais se encontra a representação-espelho. Segundo a autora, para Cotta “... a representação como um espelho concebe o organismo político representativo tal qual um microcosmo, que reproduz, fielmente, as características do corpo político”¹⁸. A representação como um espelho aponta uma relação direta entre a detenção de características intrínsecas e imutáveis, tais quais, raça, sexo, etnia, entre outras e a defesa de reivindicações de grupos cujos interesses estejam vinculados a problemáticas desta natureza. Em sua pesquisa “In whose name? Political representation and civil organisations in Brazil”, Lavalle, Houtzager e Castello dialogam com esta perspectiva através do conceito de representação por identidade. A partir

¹⁷Pinto (2004) evidencia que para a autora esta é a principal forma de representação, uma vez que partiria da troca experiências dos grupos, propiciando não a divisão deste, mas a construção de objetivos comuns e organização de demandas. Segundo Pinto, “a autora defende, ainda, que a noção de perspectiva seria a forma mais apropriada de representação, pois evitaria a formação de grupos atraídos pela representação de interesses ou de opiniões” (p.107). A autora associaria, assim, essa forma de representação ao estabelecimento de uma pactuação entre os atores, possibilitando um debate mais amplo das pautas e uma tomada de decisão, em tese, mais consciente, característica que estaria ausente nas demais formas de representação. A representação de perspectivas estaria associada a semelhanças de perspectivas, ou seja, a visões e opiniões convergentes num dado momento e que fortaleceriam uma aproximação no momento de seleção de um representante. Este representante defenderia as demandas destes atores uma vez que comungaria das mesmas opiniões e idéias.

¹⁸David (2005) esclarece que as outras formas de representação construídas por Cotta são denominadas representação por delegação e representação fiduciária. A autora comenta que “na representação por delegação o representante careceria de iniciativa e de autonomia; e sua ação tenderia a ser muito mais por meio de instruções que ele receberia [...] O conteúdo desta ação é controlado pelo representado. [...] Por outro lado, na representação fiduciária, o representante teria autonomia, supondo-se que o interesse dos representados fosse a única direção para a tomada de decisão” (p.19). Assim, a representação por delegação aproxima-se da idéia de representante representativo, enquanto a representação fiduciária estaria mais voltada para a concepção de representante independente de suas bases.

da tipologia construída pelos autores, a qual compreende seis formas de argumentos utilizados para balizar a escolha de representantes, os autores definem que, nesta concepção,

the representative mirrors the will of those represented by virtue of existential qualities that are usually impossible to renounce such as gender, race and ethnic origin. These are qualities that in theory are imbued with a more or less clear definition of the interests of to be represented. In other words, representativeness is identify based and supposes by means of that identity the elimination of difference between those represented and the representative, women represent women, blacks represent blacks and so forth (LAVALLE, HOUTZAGER, CASTELLO, 2005, p.31).

Esta compreensão, em verdade, ignora uma série de outros fatores que influenciam as escolhas e a construção de elos de lealdade entre os indivíduos. A afirmação de que uma mulher defenderá indubitavelmente os interesses do sexo feminino é, em primeiro lugar, olvidar vários âmbitos da vida individual desta mulher, como elementos profissionais, religiosos, entre outros; além disto, é acreditar que uma determinada característica, como raça, sexo ou etnia, por si só, fosse suficiente para unificar uma determinada categoria em torno de um interesse ou reivindicação. Outra questão relevante é o fato de que um aspecto constitutivo e imutável não origina, necessariamente, demandas comuns, pois as mulheres, enquanto grupo, não possuem os mesmos desejos. As mulheres, como os eslavos, ou os negros, não formam um grupo coeso, e a construção de laços de fidelidade iniciam exatamente pela compreensão que estes indivíduos possuem sobre o que significa ser mulher, ou eslavo, ou negro. É fundamental, por fim, salientar que um indivíduo abriga uma série de laços simultâneos, pois uma mulher é ao mesmo tempo mulher, negra, inserida numa determinada faixa etária, de uma certa nacionalidade, status social, etc. É possível que se apresentem situações nas quais os indivíduos devem optar entre estas diversas lealdades, e esta escolha não está pré-determinada nem será sempre a mesma, como a idéia de identidade supõe.

A concepção de representante por identificação não se fixa em uma determinada característica, única e incontestável, algo dado, mas sim a partir de elementos construídos num processo contínuo e dinâmico. Assim, a identificação não é um elemento natural, mas um fator que se edifica na interação entre os diversos agentes, a partir da troca e da negociação entre estes. Esta concepção vai ao encontro dos argumentos de Lavalle, Houtzager e Castello, quando abordam a idéia de proximidade, ao trabalhar com a relação das organizações civis e seus membros. Esta abordagem baseia-se na

intimacy of the relationship to their public, citing linkages characterised by closeness and horizontality as a demonstration of their genuine interest and role as representatives. In contrast to the classical-electoral argument, which is centred on the single electoral element , proximity between representative

and those represented is constructed from diverse elements and from their multiple possible combinations: emancipation, or the commitment to enhancing the ability of members its public ability to organize themselves, hence encouraging their agency; empathy, or a profound commitment to the beneficiary by affinity, solidarity and real identification with their problems and needs; openness, or the disposition to garner and stimulate direct participation and the opinions of their public in the planning and direction of the work of the organization.(LAVALLE, HOUTZAGER, CASTELLO, 2005, p.28-30).

Assim sendo, esta concepção de representante está associada a princípios de solidariedade, de afinidade e empatia, e enfatiza a importância da construção de uma relação estreita entre representantes e representados. A partir desta ótica, os representados são estimulados a participarem do processo decisório, bem como há um encorajamento de práticas de auto-organização. Há uma valorização de ideais como o protagonismo, e estes indivíduos instrumentalizam-se para o debate político. O representante não é necessariamente um igual, mas aproxima-se de seu representado, através de laços erigidos a partir da vivência de experiências semelhantes. Estas experiências fornecem aos representantes determinados recursos que o legitimam enquanto tal frente a seus representados. É possível sugerir que o processo desenvolvido a partir das diferentes trajetórias individuais e associativas destes representantes, ofereça determinados recursos que propiciem sua escolha pelos representados a fim de defender seus interesses num espaço de representação. Assim, é necessário refletir sobre estes fatores e como estes podem influenciar tanto no processo de construção da idéia de representação quanto no tipo de vínculo formado entre representante e suas bases.

O debate acima apresentado sobre as diferentes concepções teóricas relacionadas ao tema da representação permite uma melhor compreensão sobre as bases ideológicas que sustentam o exercício representativo de um determinado indivíduo. Contudo, é necessário perceber que tais tipos de representação não se verificam empiricamente de forma pura, sendo que as motivações para a escolha de um representante podem abrigar as mais diferentes razões. É importante compreender que estes dois tipos de representação oferecem subsídios para a análise empírica, uma vez que permite realizar uma classificação dos dados coletados, aproximando-os ou afastando-os das duas formas ideais de representação. Esta discussão propicia a reflexão sobre os motivos pelos quais a representação apresenta-se de um ou de outro modo, verificando-se quem são os atores que ocupam os espaços de representação. Portanto, a partir da verificação de quais elementos envolvidos em cada tipo de representação está próximo dos achados empíricos, é possível analisar se há uma tendência a uma das formas ou se há a construção de um tipo híbrido de representação. Desta forma, este estudo

não se propõe adequar os dados observados na realidade a um determinado tipo de representação, uma vez que tais conceitos, idealizados, limitariam a diversidade de elementos presentes na realidade. Contudo, tais conceitos fornecem uma base de orientação para a reflexão sobre a temática em estudo.

A partir desta análise, é possível questionar os motivos pelos quais se verifica uma forma de representação e não outra. Para tanto, é necessário considerar quem são os atores que exercem o papel de representantes, foco da presente pesquisa. Assim sendo, deve-se analisar por que determinados indivíduos são escolhidos para tais posições e de que forma ocorre esta escolha. A fim de compreender tal processo, é fundamental avaliar qual a trajetória individual dos representantes, analisando características da história de vida que possam contribuir para que lhe fosse conferido esta função. Outro ponto relevante é avaliar a trajetória associativa do representante, bem como a ocupação de cargos de liderança durante esta experiência. Por fim, o vínculo entre representante e representados também se apresenta um fator relevante para uma melhor identificação do processo de constituição de um representante. A forma como estes elementos se apresentam podem estar vinculados a um ou outro tipo de representação, e esta proximidade pode revelar dados importantes para a compreensão deste processo. As diferentes trajetórias individuais e associativas permitem diferentes concepções sobre o exercício de representação, propiciando uma atuação mais próxima da “representação por diferenciação” ou da “representação por identificação”. O presente estudo compreende que a valorização de determinados recursos, sejam de diferenciação ou de identificação entre representantes e representados possui diferentes significados e está associado a tentativa de obter maiores vantagens na disputa estabelecidas nestes espaços, no caso específico deste trabalho, o Conselho Municipal de Saúde de Canoas. A análise sobre os representantes dos usuários do conselho possibilita a verificação de quem são estes representantes e de que forma as associações e outras formas organizativas compreendem e favorecem o exercício da representação. A discussão sobre como estas questões poderiam influenciar a escolha de um representante é desenvolvida no próximo capítulo.

Enfim, é importante destacar que a presente pesquisa não visa realizar um juízo de valor sobre as formas de ideais de representação, mas sim procura perceber quais as características de cada tipo de representação são privilegiadas no campo empírico, quais fatores são responsáveis pela escolha de um representante. Assim, parte-se do pressuposto de que não há uma forma privilegiada de representação, e sim que há determinados elementos que influenciam a escolha dos indivíduos que ocupam estes novos espaços de participação social. Procurar-se-á verificar quais características são privilegiadas na escolha do

representante, os motivos da valorização destes recursos, bem como esboçar uma interpretação sobre o significado de tais dados para o processo de escolha e da atuação deste representante. Através das informações obtidas realizar-se-á algumas considerações sobre os possíveis motivos pelos quais os elementos encontrados são valorizados em detrimento de outros, a fim de esboçar como se dá a representação no espaço escolhido pelo presente estudo.

2.4 Trajetória, Vínculo e Capitais

A identificação entre representados e o representante por identificação basear-se-ia não em termos de elementos substanciais, mas na vivência de experiências similares, enquanto que na representação por diferenciação as experiências vivenciadas em conjunto constituiriam um momento de percepção das diferenças entre representantes e representados, no qual haveria um destaque do primeiro frente aos últimos. Estas experiências, não olvidando a forma como são interpretadas, constituir-se-iam a partir das diferentes trajetórias deste representante. A trajetória nada mais é do que um fator integrante da história de vida de um indivíduo sendo que esta “apresenta as experiências e as definições vividas por uma pessoa, um grupo, uma organização, como esta pessoa, esta organização ou este grupo interpretam sua experiência” (DEZIN apud MINAYO, 1996, p.126). Assim, a compreensão de uma parcela da história de vida exige que o todo seja visualizado, a fim de atentar para a construção de discursos de si e o contexto no qual estes se desenvolvem. Segundo Sautu (2004), a adequada utilização do enfoque sobre histórias de vida requer o destaque de três elementos principais, que seriam:

primero, la existencia de un “yo” que es protagonista de los contenidos, sucesos o procesos analizados en el estudio; segundo, esos sucesos o procesos tienen lugar en contextos histórico-político y sociales de diversos tipos (familiares, amigos, de trabajo, etc.); y tercero, existen puntos de inflexión que señalan la presencia de cambio o marcan aspectos destacables del transcurso de vida. Estos tres elementos centran la investigación en el nivel de los agentes sociales articulándolo con el nivel del contexto sócio-histórico (SAUTU, 2004, p.49).

As trajetórias são, assim, delimitações inseridas na história de vida, geralmente demarcadas a partir de um objetivo específico. É necessário evidenciar o fato de que as trajetórias são apresentadas através de discursos, sendo estes elaborados, comumente, de forma linear, partindo-se da atribuição de um sentido para os diversos acontecimentos. Todavia, é fundamental perceber a complexidade deste processo, identificando os elementos

utilizados na edificação do discurso, bem como o contexto sócio-histórico em que este se desenvolve¹⁹.

As diferentes trajetórias propiciam a construção de vínculos entre representantes e suas bases. Elementos que compõem a trajetória individual, como por exemplo, idade, grau de escolaridade, ocupação profissional, etc., assim como fatores relacionados à trajetória associativa, tais quais tempo de associativismo, ocupação de cargos de liderança, entre outros, guardam relação tanto com o tipo de vínculo quanto com a intensidade deste. Enquanto o representante sustentado pela noção de diferenciação possuiria laços mais frouxos com seus representados, ou seja, tenderia a afastar-se de suas bases, que não participariam do processo decisório, nem seriam informados com frequência dos atos dos representantes, o representante por identificação estabeleceria um vínculo de maior proximidade, um vínculo orgânico com suas bases. Tal forma de vínculo se caracteriza pela criação de elos sustentados por sentimentos de identificação e solidariedade. Os representados desempenham um papel importante no processo decisório, proporcionando suporte para a atuação deste representante. Mecanismos de controle sobre a atuação dos representantes são criados, e os representados apresentam suas demandas e reivindicações e solicitam informações sobre o andamento das diferentes pautas tratadas no espaço de representação.

É fundamental esclarecer, entretanto, que o tipo de vínculo formado não deriva unicamente da existência de semelhanças entre representantes e representados, em uma lógica de causa-efeito. O presente estudo compreende que as semelhanças existentes entre o representante e suas bases, constituídas através das trajetórias individual e associativa, podem influenciar na forma de vínculo, está relacionada a este, mas não representa uma questão condicional, limitada e irrevogável. Reconhece-se que um representante por identificação pode possuir um vínculo frágil com suas bases, bem como o oposto pode ocorrer com o representante por diferenciação. Deve-se também apreciar que há diferentes formas de vínculo possíveis de estabelecimento, e, assim, algumas formas podem ser mais estreitas quando o representante aproxima-se da forma de representação por identificação e outras quando o representante aproxima-se da representação por diferenciação. Em relação à forma de vínculo especificada no presente estudo, o vínculo orgânico, sugere-se que a identificação de semelhanças entre

¹⁹Pierre Bourdieu (2000) trabalha o conceito de trajetória, contribuindo para o avanço da crítica sobre a compreensão do termo em questão. O autor defende a “construção da noção de *trajetória* como uma série de *posições* sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo), em um espaço ele próprio em devir e submetido a transformações incessantes. Tentar compreender a vida como uma série única e, por si só, suficiente de acontecimentos sucessivos, sem outra vinculação a um “sujeito” cuja única constância é a do nome próprio, é quase tão absurdo quanto tentar explicar o trajeto de um metro sem levar em conta a estrutura da rede, isto é, a matriz das relações objetivas entre as diversas estações” (p.81).

representantes e representados possibilitaria a criação de sentimentos de solidariedade característicos deste tipo de vínculo; todavia, deve-se ressaltar novamente que não há a intenção de sustentar a afirmação de que a existência de semelhanças entre representantes e representados é a única via de formação de vínculos sólidos entre estes atores sociais. Esta proximidade de experiências entre representantes e representados é um fator importante para a forma de vínculo em questão, constituindo-se um parâmetro para a análise dos dados coletados.

As trajetórias individuais e associativas não apenas influenciam a construção de vínculos entre representantes e representados, mas também estariam relacionadas com a escolha ou indicação dos representantes. A indicação do representante para um espaço como o Conselho de Saúde pode associar-se a uma compreensão de diferenciação no sentido de selecionar um indivíduo que tenha atuado na área em questão e que se distingue dos demais por esta experiência individual. A escolha deste representante estaria associada a um maior conhecimento da temática e do vocabulário empregado, facilitando desta forma sua intervenção no debate. Em relação à trajetória individual, é possível destacar alguns elementos que poderiam apresentar-se fundamentais para a seleção do representante, como, por exemplo, a ocupação profissional ou o grau de escolaridade. A ocupação profissional pode constituir-se num fator relevante uma vez que a escolha por um indivíduo cuja profissão esteja relacionada ao campo permitiria um maior domínio sobre o vocabulário e a possibilidade de acessar as informações de ordem técnica. A disponibilidade de tempo é outro fator associado à ocupação profissional e que pode ser determinante para a seleção de um representante, uma vez que a participação nas reuniões e muitas vezes em outras atividades, como a composição de comissões para investigar um determinado caso, demanda tempo. Portanto, a escolha de representantes que já estão aposentados ou que possuem um horário de trabalho mais flexível pode ser uma opção no momento de escolha destes indivíduos. O grau de escolaridade pode ser um elemento valorizado na escolha do representante, pois uma formação de maior duração poderia proporcionar uma maior facilidade para a argumentação e defesa de demandas, bem como valer-se dos aspectos simbólicos relacionados à educação, considerada, muitas vezes, como propiciadora de conhecimentos específicos, reconhecidos socialmente, e de uma capacidade de expressão valorizada em espaços nos quais interagem diferentes atores. Outra questão relevante em relação à trajetória individual e a escolha do representante é a experiência deste indivíduo em espaços de representação, o que lhe conferiria uma maior facilidade de exercer a função por um maior conhecimento prático sobre os mecanismos valorizados nos espaços e as formas de posicionamento dentro destes. Contudo é necessário salientar que tais espaços são diferentes entre si e que, portanto, podem

exigir diferentes formas de atuação. Tais aspectos provavelmente são mais importantes em relação à trajetória individual do que questões como a cidade de procedência ou se o indivíduo é casado e possui filhos, uma vez que tais condições poderiam influenciar a participação ou não nestes espaços de forma apenas pontual.

Em relação à trajetória associativa, os fatores que merecem destaque são o tempo de associativismo e a ocupação de cargos de liderança no interior da associação. A escolha deste representante poderia estar relacionada à experiência de associativismo deste representante, considerando o tempo que este participa da entidade e os laços de confiança já estabelecidos, bem como se este já executou um cargo de liderança e apresentou um bom desempenho durante este período. É possível supor que a efetiva participação em uma associação e a ocupação de cargos de liderança, bem como o estabelecimento de um vínculo orgânico ofereçam subsídios para a atuação de um representante. As organizações sociais podem propiciar instrumentos para o exercício da representação, a partir da ocupação de novos espaços institucionais, do exercício de deliberação, do estabelecimento de um conflito, da busca pelo consenso, pelo contato com outros atores. O tempo de associativismo pode oferecer recursos no sentido de um maior conhecimento das necessidades dos associados, bem como um comprometimento com tais necessidades. Possivelmente um associado de longa data é conhecido entre seus pares, assim como seu trabalho em prol da associação, facilitando sua indicação ou eleição como representante. Todavia é válido observar que, apesar de ser um indicador relevante, o tempo de associativismo, por si só, pode conduzir a equívocos se não se atentar para a forma da atuação deste indivíduo na associação, pois muitas vezes os associados, mesmo de longo tempo, não freqüentam ou participam da entidade. A ocupação de cargos de liderança pode oferecer visibilidade ao representante, bem como experiência sobre condições burocráticas e administrativas e um contato mais estreito com a realidade da associação. Da mesma forma, um cargo de liderança pode representar um aprendizado em relação a questões do campo político, no momento em que tal posição exige que o indivíduo defenda demandas, posicione-se em processos de tomada de decisão e trave conhecimento com atores de diferentes âmbitos. Entretanto, este fator só mostra-se importante no caso de o desempenho deste indivíduo no cargo, que deve ter sido considerado satisfatório pelos demais associados. Um último elemento que é necessário evidenciar em relação à trajetória associativa é a filiação partidária, que muitas vezes proporciona um conhecimento de cunho político que pode auxiliar no momento de posicionar-se em diferentes espaços, frente a diferentes atores. Contudo, novamente deve-se esclarecer que é importante perceber de que

forma este indivíduo vincula-se ao partido em questão, se exerce algum cargo ou mesmo se já participou de eleições para algum cargo legislativo ou executivo.

A formação de vínculos efetivos e as diversas trajetórias oferecem aos representantes recursos que podem ser valorizados tanto no momento de eleição ou escolha do representante, quanto no próprio espaço de representação. Estes recursos são de naturezas diferentes, como por exemplo, maior disponibilidade de tempo, contato com o campo em debate, entre outros. No momento em que são valorizados, estes recursos convertem-se em capitais. Bourdieu (2003) esclarece que:

O capital – que pode existir no estado objetivado, em forma de propriedades materiais, ou, no caso do capital cultural, no estado incorporado, e que pode ser juridicamente garantido – representa um poder sobre um campo (num dado momento) [...]. As espécies de capital, a maneira dos trunfos num jogo, são os poderes que definem as probabilidades de um ganho num campo determinado (de fato a cada campo ou subcampo corresponde uma espécie de capital particular, que ocorre, como poder e como coisa em jogo, neste campo) (BOURDIEU, 2003, p.134).

Desta forma, os indivíduos detêm determinadas características que numa conjuntura específica tornam-se vantajosas, conferindo-lhes poder. Os diferentes capitais (cultural, político, etc.) são conferidos pelas diferentes trajetórias, individual e associativa dos representantes. Entretanto, não basta que estes indivíduos detenham tais fontes de poder; é necessário que estas sejam reconhecidas enquanto tal por todos os atores que participam do campo. A partir deste reconhecimento do que lhe pode ser vantajoso ou não, os indivíduos passam a estabelecer estratégias a fim de obter o sucesso de suas metas. Bourdieu define o conceito de estratégia explicando que:

A noção de estratégia é o instrumento de uma ruptura com o ponto de vista objetivista e com a ação sem agente que o estruturalismo supõe (recorrendo, por exemplo, a noção de inconsciente). Mas pode-se recusar a ver a estratégia como o produto de um programa inconsciente, sem fazer dela o produto de um cálculo consciente e racional. Ela é o produto do senso prático como sentido do jogo, de um jogo social particular, historicamente definido (BOURDIEU, 2000, p.81).

A construção de estratégias pode mostrar-se fundamental para a ocupação de novos espaços, bem como para ultrapassar as dificuldades oferecidas por estes, como a falta de conhecimento dos aspectos valorizados neste ambiente, a falta de recursos materiais, entre outros. Nos espaços, como os conselhos de saúde, tal prática pode se mostrar importante dada a especificidade do tema e os conhecimentos técnicos envolvidos, que podem gerar estratégias como a formação de alianças no interior do conselho, aprofundamento do tema, realização de cursos de capacitação, etc. As estratégias construídas pelos representantes não são

obrigatoriamente conscientes, sendo possível que estes lancem mão de posições incorporadas, reflexas. Do mesmo modo, suas atitudes também não se caracterizam, necessariamente, pela presença de um planejamento antecedente. Ambas as situações podem se apresentar durante o processo de tomada de decisão no espaço de representação. Os recursos de que dispõem os representantes são introjetados durante sua história de vida e, muitas vezes, ao longo de sua trajetória, estes são utilizados nas mais diversas conjunturas que se apresentam a este indivíduo. Ao comporem uma estrutura prática, integrante da socialização deste indivíduo, estes recursos incluem-se no *habitus* do representante. Bourdieu (2000) explica que o *habitus* “é um corpo socializado, um corpo estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes de um mundo [...], de um campo, e que estrutura tanto a percepção desse mundo como a ação nesse mundo”²⁰. Desta forma, o posicionamento deste representante frente a seus representados, as alianças e lealdades que este estabelece, podem estar relacionados justamente a esta idéia de *habitus*, que influencia em sua visão sobre a realidade. A noção de hábitos pode auxiliar na construção de indicadores para a análise da história de vida e das diferentes trajetórias que ela contém.

Os capitais podem ser de diversas naturezas, de acordo com os recursos nos quais se fundam. Assim, eles podem ser classificados como capital cultural, quando as vantagens proporcionadas advêm de recursos como formação acadêmica, conhecimento técnico, entre outros; capital econômico, quando, por exemplo, a fonte de poder se sustenta por um maior aporte de recursos financeiros; capital social, quando os recursos valorizados vinculam-se ao estabelecimento de redes sociais e popularidade; capital simbólico²¹, que é uma forma de capital mais abrangente, entre outros tipos de capital. A identificação do tipo de recurso valorizado e sua conversão para capital dependerá do tipo de campo no qual estes estão sendo utilizados. Ao abordar o conceito de campo, Bourdieu escreve que:

Em termos analíticos, um campo pode ser definido como uma rede ou configuração de relações objetivas entre posições. Essas posições são definidas objetivamente em sua existência e nas determinações que elas impõem aos seus ocupantes, agentes ou instituições por sua situação

²⁰ BOURDIEU, Pierre. 2000 (1994, p.144), sobre o *habitus* o autor ainda explica que “construir a noção de *habitus* como sistema de esquemas adquiridos que funciona no nível prático como categorias de percepção e apreciação, ou como princípios de classificação e simultaneamente como princípios organizadores da ação, significava construir o agente social na sua verdade de operador prático de construção de objetos” (BOURDIEU, 1990, p.26).

²¹ Bourdieu (2000, p.107) afirma que “o capital simbólico é um propriedade qualquer (de qualquer tipo de capital, físico, econômico, cultural, social), percebida pelas organizações sociais cujas categorias de percepção são tais que eles podem entendê-las (percebê-las) e reconhecê-las, atribuindo-lhes valor. [...] Mais precisamente é a forma que todo o tipo de capital assume quando é percebido através de categorias de percepção, produto da incorporação das divisões ou das oposições inscritas na estrutura da distribuição deste tipo de capital”.

(*situs*) atual e potencial na estrutura das diferentes espécies de poder (ou de capital) cuja posse comanda o acesso aos lucros específicos que estão em jogo no campo. [...] Nas sociedades altamente diferenciadas, o cosmos social é constituído do conjunto destes microcosmos sociais relativamente autônomos, espaços de relações objetivas que são o lugar de uma lógica e de uma necessidade específicas e irreduzíveis as que regem os outros campos. Por exemplo, o campo artístico, o campo religioso ou o campo econômico obedecem a lógicas diferentes (BOURDIEU apud BONNEWITZ, 2003, p.60).

É possível, a partir desta concepção, analisar os conselhos de saúde enquanto espaços relacionais vinculados ao campo político, nos quais os atores disputam recursos relacionados à temática da saúde. O autor também associa a idéia de campo a de um jogo, no qual os agentes posicionam-se de acordo com os capitais que possuem e com a valorização destes no espaço e realizam uma disputa pelos recursos almejados. O posicionamento neste espaço é dinâmico, de tal forma que um jogador que se encontrava numa posição vantajosa pode ser deslocado durante o desenrolar do jogo. Assim, de acordo com as questões que estão em pauta as posições dos atores no campo podem ser modificadas. Num momento pode prevalecer a intervenção de um ator que tenha uma maior experiência no campo político e um maior domínio da retórica e, posteriormente tal realidade pode transformar-se, sendo acrescentada a influência de um indivíduo que possui um conhecimento técnico socialmente reconhecido e valorizado, como, por exemplo, no caso da área de saúde é o profissional médico, cujos saberes e autoridade possuem uma carga simbólica considerável. As regras do jogo podem ser explícitas ou regulares, no momento em que há determinadas normas que conduzem a participação dos jogadores, ou podem ser subjacentes, quando não há explicitação dos recursos valorizados dentro do jogo, por exemplo. Bourdieu sintetiza esta idéia explicando que:

Efetivamente, podemos comparar o campo a um jogo (embora, ao contrário de um jogo, ele não seja o produto de uma criação deliberada e obedeça a regras, ou melhor, a regularidades que não são explicitadas e codificadas). Temos assim móveis de disputa que são, no essencial, produto da competição entre jogadores; [...] Eles dispõem de trunfos, isto é, de cartas-mestra cuja força varia conforme os jogos, assim também a hierarquia das diferentes espécies de capital (econômico, cultural, social, simbólico) varia nos diferentes campos (BOURDIEU apud BONNEWITZ, 2003, p.61).

Os diferentes recursos proporcionados pelas diversas trajetórias dos representantes e pelo suporte oferecido pelos representados durante sua atuação, convertidos em capital permitem que estes indivíduos coloquem-se em uma posição vantajosa, facilitando a defesa das demandas e o acesso a benefícios para este grupo. A partir dos fatores arrolados, há um

acréscimo do próprio interesse²² do ator pelo campo, permitindo uma participação mais intensa neste espaço. Os agentes lançam mão destas fontes de poder, de naturezas variadas, que nos espaços de representação, geralmente, são convertidos em capital político. O campo no qual se dá o exercício de representação, assim, é comumente o campo político. Bourdieu define o campo político como

o lugar em que se geram, na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos, produtos políticos, problemas, programas, análises, comentários, conceitos, acontecimentos, entre os quais os cidadãos comuns, [...] devem escolher, com probabilidades de mal-entendido tanto maiores quanto mais afastados estão do lugar do lugar de produção (BOURDIEU, 2003, p.164).

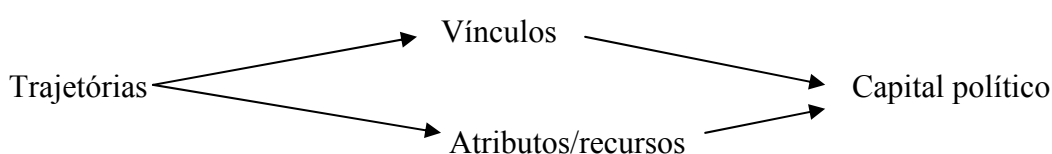
Bourdieu apresenta o campo político como um *locus* no qual os atores que disputam os recursos são especialistas, e que o cidadão comum, afastado do centro gerador de políticas, desempenharia apenas o papel de consumidor de produtos políticos, sobre os quais não possuiria uma compreensão mais aprofundada. O campo político seria um monopólio de profissionais da política. Estes profissionais são exatamente aqueles indivíduos que possuiriam a autoridade para selecionar o que é político ou não. Tal seleção não ocorreria de forma natural, mas seria baseada no que os profissionais políticos antecedentes, que teriam construído todo um corpus de saberes relacionados ao setor, consagraram como âmbito da política.

É fundamental, contudo, evidenciar o fato de que a concepção do que compõe o âmbito político não é um dado estático, e que vem se modificando ao longo do tempo, assim como o que torna determinadas pessoas especialistas nesta área. Assim, a classificação do que é tido como político torna-se mais abrangente, da mesma forma que a compreensão de quem é apto ao exercício político. Especialistas no campo político não são necessariamente indivíduos que possuem uma formação específica, mas cujas trajetórias individuais e associativas permitem que tenham acesso e que adquiram experiência em espaços relacionados ao campo. É relevante questionar se estes novos espaços de representação social, como, por exemplo, os conselhos gestores, oferecem oportunidades para a criação de novas concepções sobre o campo político, valorizando novos recursos e tornando-os capitais, capazes de influenciar e a disputa estabelecida entre os atores. Os conselhos gestores podem propiciar um espaço de participação para novos atores, que podem oferecer elementos de

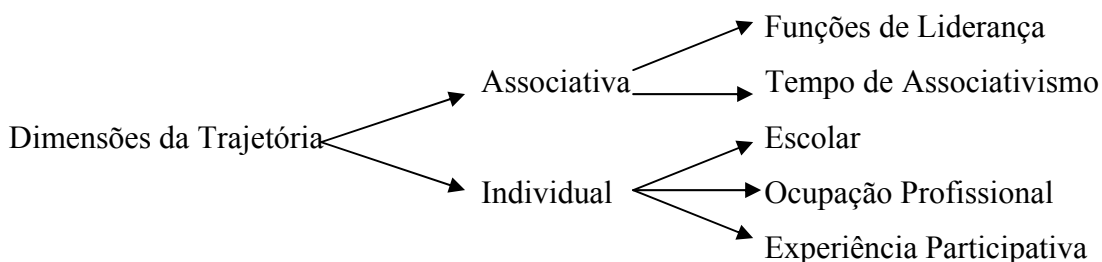
²²Pierre Bourdieu constrói o conceito de *illusio* ao referir-se ao interesse do indivíduo pelo jogo. Explica o autor que “a *illusio* é estar preso ao jogo, preso pelo jogo, acreditar que o jogo vale a pena ou, para dizê-lo de maneira mais simples, que vale a pena jogar. De fato, em um primeiro sentido, a palavra interesse teria precisamente o significado que atribuí à noção de *illusio*, isto é, dar importância a um jogo social, perceber que o que se passa aí é importante para os indivíduos, para os que estão nele. Interesse é “estar em”, participar, admitir, portanto, que o jogo merece ser jogado e que os alvos engendrados no e pelo fato de jogar merecem ser seguidos” (BOURDIEU, Pierre. Ibid. p.139).

transformação da concepção e da dinâmica sobre o campo político. Outro ponto importante de reflexão é em que medida estes atores conseguem superar o modelo de especialistas da política, rompendo com a prática de limitar o debate e a ocupação destes espaços a atores considerados profissionais do campo. Contudo, deve-se considerar se estes espaços não propiciam a constituição de uma nova forma de especialista político, oriundo da sociedade civil e que passa a profissionalizar-se na participação nestas novas instâncias.

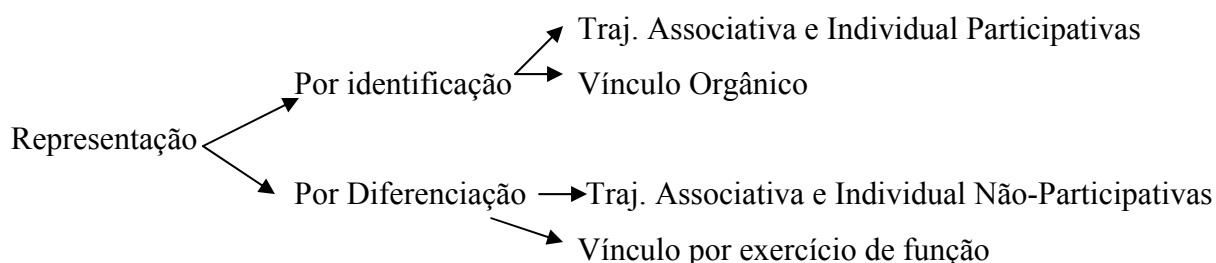
O esquema abaixo procura facilitar a compreensão dos conceitos acima arrolados e a forma como estes, a princípio, se relacionariam.



As diferentes trajetórias dos indivíduos que exercem o papel de representantes oferecem uma série de atributos e recursos que podem tornar-se capital político ao serem valorizados no espaço de representação. As trajetórias associativa e individual também influenciam a produção de vínculos de diferentes naturezas entre representantes e representados. Este vínculo pode apresentar-se através de um comprometimento de natureza formal, na qual o representante sustenta sua atuação a partir do papel exercido, ou seja, o mais importante é o cargo ocupado e não os sentimentos de identificação e solidariedade, como no estabelecimento de um vínculo orgânico. Nesta forma de vínculo há um comprometimento não só do representante, mas também dos representados, que exercem um controle sobre a atuação do representante, procurando não apenas participar da elaboração das demandas, como também informar-se do andamento e das decisões dos espaços de representação. A criação de vínculos entre representantes e representados pode oferecer suporte para a atuação destes representantes, e assim, constituir-se em capital político.



Para fins da análise proposta na presente pesquisa, a trajetória é dividida em trajetória individual, que se debruça sobre aspectos pessoais da história de vida do representante, e trajetória associativa, a qual diz respeito à experiência deste indivíduo enquanto membro de uma determinada entidade. Em relação à trajetória associativa, dois aspectos que se evidenciam importantes são o tempo de associativismo e o exercício de funções de liderança no interior da associação. Um longo tempo de associativismo não garante, mas possibilita uma maior experiência de participação e um maior conhecimento das necessidades dos associados, oportunizando um vínculo mais estreito entre os membros e o representante. O exercício de funções de liderança pode propiciar acesso a locais de representação, bem como o diálogo com diferentes atores e o conhecimento mais profundo da realidade da associação. As dimensões da trajetória individual enfocadas no presente estudo são a idade, a escolaridade, a ocupação profissional e a experiência participativa. Em relação à idade, esta informação mostra-se relevante, pois a opção por representantes de idade mais elevada pode indicar uma preferência por representantes aposentados e que tivessem, muitas vezes, uma maior disponibilidade de tempo. Além disso, a escolha de um representante mais idoso poderia estar vinculada à idéia de uma maior experiência participativa. Enquanto o grau de escolaridade pode conferir recursos valorizados, como a possibilidade de uma maior facilidade de usar recursos oratórios ou de conhecimento do jargão específico à temática, a ocupação profissional pode aproximar o representante do debate em questão no caso em que seu trabalho relaciona-se ao tema em discussão. A ocupação profissional também pode interferir, muitas vezes, na disponibilidade de tempo, sendo, portanto, importante verificar se o representante já se encontra aposentado. Por fim, a experiência participativa em espaços de representação, atuando como representante, denota um contato mais estreito com instâncias do âmbito político e pode ser um fator relevante para a escolha de um representante.



As duas formas de representação contempladas no presente estudo são a representação por identificação e a representação por diferenciação, conceitualizadas no início da discussão teórica. O presente estudo sugere que a primeira forma de representação estaria relacionada a

uma trajetória associativa e individual participativas, ou seja, que possibilitaram uma maior experiência de participação e de representação, bem como um maior contato com o campo político. O vínculo orgânico, propiciando uma relação de maior proximidade, solidariedade e confiança, permitiria uma maior facilidade de acesso ao representante, possibilitando que o representado acompanhe controle suas ações. Na representação por diferenciação os aspectos mais privilegiados estariam associados a características que o diferenciariam de seus representados, percebidas como elementos que contribuiriam para um melhor desempenho deste indivíduo no espaço de representação. Os elementos que balizam a escolha do representante são percebidos não apenas como diferentes, mas como superiores, ou seja, o representante é escolhido por ser melhor que os demais em um determinado aspecto, o qual seria valorizado no espaço de representação. Nesta forma de representação, há uma valorização das experiências e capacidades pessoais em detrimento de uma trajetória associativa de longa duração. O vínculo estabelecido nesta forma de representação não prioriza sentimentos de solidariedade e identificação, mas o exercício de uma determinada função, o que constituiria uma atuação mais independente do representante e poderia não implicar em um controle mais efetivo do representado sobre a ação do representante. Desta forma, a presente pesquisa procurará avaliar se as trajetórias associativas e individuais, bem como o vínculo formado entre os representantes e suas bases aproximam-se de uma forma de representação ou de outra, ou se constitui um modelo que contém elementos de ambos os tipos de representação.

No capítulo subsequente será realizada uma análise do contexto histórico que baliza a formação de novas concepções e de novos atores na área de saúde no Brasil. A compreensão dos eventos e das transformações associadas à área de saúde permite refletir sobre quem são os atores que passam a participar do debate sobre a temática da saúde e identificar suas trajetórias individual e associativa. É fundamental abordar as mudanças sobre a concepção de saúde, bem como os movimentos que influenciaram no processo de inserção de outros grupos na discussão sobre este tema. A análise do contexto histórico propicia a compreensão das conquistas verificadas na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei 8.080 e a Lei 8.142, que regulamentaram a temática e garantiu uma série de direitos sociais, como a participação da sociedade civil nas decisões sobre a questão da saúde. Assim, é necessário conhecer a constituição do Conselho de Saúde, espaço de representação que será analisado no presente estudo, com o intuito de identificar quem são os atores que representam as diversas entidades inseridas na sociedade civil.

3 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E CONSELHOS DE SAÚDE

3.1 A História de Saúde no Brasil

A saúde no Brasil passou a ganhar importância para o Estado entre o final do século XIX e início do século XX, período em que as grandes epidemias de febre amarela e varíola afetavam os lucros do turismo e dizimavam um grande número de pessoas, atingindo principalmente o estrato mais pobre da população. O setor cafeeiro, de fundamental importância para a economia do país, também se encontrava prejudicado, dada a diminuição da força de trabalho nas lavouras, bem como em outros âmbitos importantes, como nos sistemas transporte. Assim sendo, o Estado encontrava-se, possivelmente, pressionado pelo grupo dos grandes latifundiários do café, cuja relevância no cenário político era inegável, e, de outro lado, por uma população que adoecia constantemente, necessitando de cuidados com sua saúde.

Atento para estas questões, Rodrigues Alves assume a presidência do Brasil em 1902 e elabora uma série de medidas de reestruturação urbana bem como na área de saúde. Para orientar este setor, Alves convidou para assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública o médico e cientista Oswaldo Cruz, que havia trabalhado durante três anos no instituto Pasteur, em Paris, e que se dedicava ao combate de doenças contagiosas, como a peste bubônica, a varíola e a febre amarela. No desempenho de seu novo cargo, Oswaldo Cruz reiterou a necessidade de se cumprirem as leis promulgadas em 1837 e 1846 que tornavam obrigatória a vacinação de crianças e adultos. A aplicação desta norma, de forma impositiva e sem haver uma preocupação em procurar esclarecer ou mesmo receber a adesão da população, realizou-se com o auxílio de soldados. As brigadas sanitárias invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, o que ocasionou indignação em vários setores sociais e resultou em uma revolta popular conhecida como “Revolta da Vacina”²³. Esta eclodiu no dia 11 de novembro de 1904, e caracterizou-se por atos como destruição e saques de lojas, carroças e postes de iluminação, transformando as ruas da capital em palco de uma verdadeira guerra civil. A revolta foi contida pelas tropas do governo, encerrando um saldo de dezenas de mortos e centenas de

²³Em sua obra, *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*, José Murilo de Carvalho (1987, p. 138-139) aborda detalhadamente este acontecimento, descrevendo suas fases e conseqüências. Explica o autor que “independentemente da intenção real de seus promotores, a revolta começou em nome da legítima defesa dos direitos civis. Despertou a simpatia geral, permitindo a abertura de espaço momentâneo de livre e ampla manifestação política [...]. A Revolta da Vacina permanece como exemplo quase único na história do país de movimento popular de êxito baseado na defesa do direito dos cidadãos de não serem arbitrariamente tratados pelo governo. Mesmo que a vitória não tenha sido traduzida em mudanças políticas imediatas além da interrupção da vacinação, ela certamente deixou entre os que dela participaram um sentimento profundo de orgulho e de auto-estima, passo importante na formação da cidadania”.

pessoas presas e deportadas para o Acre, condenadas a realizar trabalhos forçados. Contudo, visto a reação popular, o presidente Rodrigues Alves opta por revogar a obrigatoriedade da vacinação em 16 de novembro de 1904.

De fato, o episódio ilustra a forma adotada pelo Estado para lidar com as questões de saúde pública, e que perdurará ao longo das décadas: a utilização de um modelo campanhista, verticalizado e intransigente, que não atenta para o esclarecimento e diálogo com a população-alvo²⁴. Assim, a assistência médica oferecida à grande maioria dos indivíduos das camadas mais pobres estava vinculada a tais práticas, restringindo-se a transtornos infecciosos prevalentes. Estas pessoas eram, em geral, encaminhadas a hospitais e casas de saúde de teor filantrópico, que recebiam pacientes de baixa renda que padeciam de tuberculose, lepra, ou sofrimento psíquico, e que frequentemente pertenciam a instituições religiosas.

Este quadro modificar-se-á com o surgimento de novos grupos sociais urbanos, que passam a reivindicar melhores condições de saúde. Tanto as camadas mais abastadas que se transferem para as cidades, quanto os indivíduos de estratos mais baixos e que passam a integrar o setor produtivo, começam a exigir uma ação governamental que garanta uma maior atenção à saúde bem como serviços de maior qualidade para a população. Correia avalia que:

Com a gradativa mudança do modelo agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano, com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava a evitar endemias, mas recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação de capital (CORREIA, 2000, p.29).

Assim, começa a delinear-se um modelo assistencialista vinculado à previdência, beneficiando apenas alguns setores produtivos urbanos mais organizados, como o dos ferroviários. Inicialmente gerenciada por empresas privadas, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, na década de trinta passa a ser controlada pelo Estado, sendo unificadas sob a forma de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Portanto, neste momento, uma considerável parcela da população encontrava-se sem vias de acesso aos cuidados médicos. Além desta questão, é necessário ressaltar a tendência centralizadora do governo, que controla as decisões respectivas à área de saúde, não sendo oferecidos interstícios para a participação popular. A discussão sobre o

²⁴Noronha e Levcovitz (1994) explicam, a partir da abordagem de Luz, que “as primeiras manifestações expressivas de centralização como traço estrutural das políticas sociais ocorrem ainda na Primeira República (1889-1930), através da implementação de serviços de saúde pública em nível nacional, dirigidos pelo governo central, e adotando o modelo das “campanhas sanitárias” organizadas para “limpar” as áreas urbanas das graves epidemias então existentes. [...] É interessante notar que esta “ideologia campanhista” sobrevive, no âmbito da burocracia sanitária, por mais de 70 anos, ultrapassando em muito a própria razão de seu surgimento (p.74).

papel do Estado quanto à implementação de um sistema de saúde só vai ganhar corpo na década de sessenta; todavia este debate acaba interrompido pelo Golpe Militar de 1964.

O Regime Militar atua sobre o âmbito da saúde a partir de uma visão biologicista baseada na concepção dual e polarizada de saúde/doença, cujo centro é a prática curativa. Apesar de que esta lógica de fato predominava anteriormente, neste período ela será adotada de forma intensa, o que pode ser percebido a partir de um aumento da especialização médica e dos atos médicos, em detrimento de políticas de prevenção. Há, assim, uma centralização na figura do médico, detentor do conhecimento especializado, único válido para a resolução dos problemas de saúde, e o fortalecimento do setor privado, que oferece serviços de tecnologia avançada, sustentáculo da atuação médica, dependente de uma bateria de exames para estabelecer um diagnóstico. Neste contexto, não há a abertura de espaços para a participação popular, que não possuiria sequer um conhecimento adequado para contribuir com o debate. Em relação a este período, Noronha e Levcovitz (1994) constatarem que:

A lógica centralista da ditadura e a completa supressão, pela violência, do debate de alternativas políticas no seio da sociedade, e mesmo nos espaços acadêmicos, permitem que o governo federal implante rapidamente suas reformas de cunho institucional, que afetam profundamente os modelos de saúde pública e medicina previdenciária originados nos períodos anteriores. Estas mudanças estão baseadas na generalização do “*modelo de cuidados médicos individuais como padrão de saúde*” [grifo do autor] e orientam um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e multiplicação do número de egressos das faculdades de medicina e odontologia (p.76).

Há uma preponderância, neste momento, de uma visão curativista, centrada na figura do médico e no uso de substâncias medicamentosas, o que beneficiava as grandes clínicas privadas e indústrias farmacêuticas. A população era tratada de forma individual, e a havia um enfoque no auto-cuidado e, conseqüentemente, originando situações de culpabilização das pessoas pelo aparecimento de doenças, alienando a influência de outros fatores, tais quais as desigualdades econômicas e determinantes ambientais, bem como a responsabilização do Estado. O indivíduo era tratado como um mosaico, no qual apenas o órgão que adoecia recebia atenção do profissional de saúde. As pessoas seriam passivas, receberiam o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde, no qual não poderiam interferir, sendo o seu conhecimento sobre saúde e doença desvalorizado frente ao conhecimento científico. O doente não era visualizado de forma integral, pois o foco da atenção recaía apenas sobre o órgão comprometido ou sobre a enfermidade em si.

Contudo, muitos profissionais de saúde discordavam desta visão hegemônica e, juntamente com integrantes das comunidades nas quais trabalhavam também descontentes com a forma com a qual os serviços estavam sendo oferecidos e a falta de acesso a estes, passaram a buscar estratégias para debelar o problema. Estes profissionais comungavam das idéias propostas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, localizada na então União Soviética, no dia doze de setembro de 1978. Neste encontro construiu-se uma noção mais abrangente de saúde, que ultrapassava a percepção desta como a mera ausência de doenças, mas agregando os fatores sociais ao novo conceito, como, por exemplo, a denúncia das desigualdades sociais como dado influente na condição da saúde de uma população, bem como levanta a responsabilização do Estado para com a saúde dos cidadãos²⁵. A Conferência, por fim, propõe a participação da população no planejamento e execução dos serviços e atendimento em saúde que lhes são oferecidos e a utilização de cuidados primários em saúde, através de métodos de eficiência comprovada cientificamente e que dispensariam uma tecnologia de alta complexidade.

A organização deste grupo de profissionais em torno da bandeira de luta de reforma do âmbito da saúde deu origem ao que ficou conhecido como movimento sanitário. Réos explica que “o movimento sanitário foi um dos protagonistas do processo de discussão sobre a reforma do setor saúde, resultando em uma agenda reformista, que preconizava a universalização da atenção à saúde, a descentralização administrativa e a participação” (p.14). Assim, foi a tentativa de construção de um novo conceito de saúde e a utilização de novas abordagens para sanar a crise do setor e resolver o sofrimento da população que adoecia, que unificou estes diferentes setores. Silva (2004, p.80) constata que:

A unificação do movimento ocorreu [...] a partir da crítica à concepção hegemônica do processo saúde/doença, ao sistema de saúde e ao regime autoritário. Embora inicialmente tenha tido uma composição majoritariamente de profissionais de saúde, com o avançar da luta foi tomando nova configuração, ao incorporar os setores populares dos movimentos pela saúde da periferia.

²⁵A responsabilização do Estado em relação às condições de saúde da população é de fundamental importância para a compreensão da saúde enquanto um direito, portanto, passível de reivindicação e mobilização de grupos em prol um maior acesso a tais benefícios. A saúde torna-se pauta da mobilização de cidadãos por seus direitos, e não por consumidores de um determinado serviço. Sposati e Lobo (1992, p.367) explicam que “o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento desta população em conseguir o reconhecimento e a efetivação deste direito. [...] saúde, que é uma **questão de vida** [grifo das autoras] individual e coletiva, exige um padrão público e social. Isto supõe entendê-la não como um produto a ser consumido, mas, sobretudo, delinear **o projeto que se quer como padrão de qualidade de vida** [grifo das autoras] de uma sociedade e, nela, de cada um dos cidadãos”.

Deste modo, os profissionais de saúde em conjunto com a sociedade civil procuraram moldar estratégias, que solucionassem os problemas da comunidade, atentando para a realidade local, observando propostas e práticas desenvolvidas, muitas vezes, através do conhecimento trazido por esta população, passando a priorizar práticas preventivas e educativas em saúde²⁶. A discussão sobre a necessidade de se elaborarem alternativas para o modelo hegemônico de saúde adotado pelo governo passa a ser realizada também por intelectuais e professores universitários, que passam a criticar o conceito de saúde vigente²⁷. A discussão extrapola, muitas vezes, a própria questão da saúde, sendo a crítica voltada para o regime militar como um todo.

Devido à crise financeira do sistema e drástica diminuição da disponibilidade de recursos, o governo lança mão de uma série de medidas a fim de solucionar tais dificuldades, como a criação do Conselho nacional de Administração de Saúde Previdenciária, o CONASP. Este passa a construir planos de ação que visavam fiscalizar melhor os recursos da área de saúde, a qualidade de atendimento, procurar diminuir as desigualdades no acesso aos serviços e racionalizar os serviços, através do estabelecimento de auditorias. (POLIGNANO, 2006, p.20) Entre as propostas mais importantes do CONASP está a constituição das Ações Integradas em Saúde, que visavam tornar possíveis as medidas acima citadas. Noronha e Lecovitz (1994) demonstram que estas propostas sofreram uma grande resistência inicial, principalmente por parte do setor privado. Segundo os autores “o primeiro momento das AIS (83-84) caracterizou-se pelas fortes limitações da conjuntura daquele momento, advindos da crise da previdência social e da completa incompetência do governo militar em reorganizar sua base de sustentação” (p.84). As AIS previam uma compreensão integrada de atos preventivos educativos e curativos, e paulatinamente muitos municípios adotaram esta proposta. Noronha e Lecovitz (1994, p.86) ressaltam a importância de tais medidas expondo que:

²⁶Em sua obra *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980*, Eder Sader (1991) retrata a experiência de um movimento de saúde estabelecido numa região periférica, abordando atuação destes profissionais comprometidos com uma nova concepção de saúde. Ao mapear quem são estes profissionais, o autor constata que a prática da medicina sanitária “atraía aqueles já preocupados com a prevenção social das enfermidades, ou, então, acabava provocando posturas críticas em relação às condições existentes. A postura dominante entre eles era de levar à população conhecimentos sobre as causas sociais das doenças; difundir a idéia dos serviços de saúde como um direito da população e não um favor dos governantes; batalhar por um bom serviço público de saúde, opondo-se à privatização. Queriam servir à população e não tinham, em sua maioria, pretensões vanguardistas. Ainda assim, é difícil não perceber a grande importância que tiveram” (p.266).

²⁷Ao deter-se sobre as transformações do campo da saúde no início da década de oitenta, Noronha e Lecovitz afirmam a existência de uma grande contribuição deste grupo para o debate da questão da saúde no país. Escrevem os autores que “de singular importância neste período foi a marcante produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores na crítica do modelo vigente, nas denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Quase toda esta produção adota uma postura radical de crítica ao centralismo autoritário do regime militar e propõe a descentralização e a unificação como componentes essenciais de uma reforma democrática no setor saúde” (p. 80).

As AIS viabilizaram concretamente a expansão da capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial, e contribuíram para a articulação institucional, através da organização de comissões interinstitucionais de saúde; apesar de êxitos localizados em alguns municípios, não foram capazes de combater o paralelismo das ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal.

O esgotamento do modelo do regime militar e a perda das bases de apoio que sustentava o governo, bem como a pressão dos diversos movimentos oriundos da sociedade civil levam ao colapso do governo e a execução de uma transição democrática com a eleição indireta de Tancredo Neves, em 1985, e, com sua morte, a posse de José Sarney. No ano seguinte ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no mês de março em Brasília, que se constituirá num importante marco na luta por um sistema de saúde universal. Contando pela primeira vez com a presença e a participação de setores da sociedade civil, durante a conferência foi proposta uma reforma no setor que contemplasse princípios de descentralização, universalização e participação popular, bem como foi aventada a necessidade de reformular as formas de financiamento e de repasse de recursos. Segundo Silva (2004, p.81),

a VIII CNS expressou o avanço do processo organizativo e a capacidade de intervenção do Movimento Sanitário, visto que, pela primeira vez, as classes populares garantiram, na luta, a participação em um evento convocado pelo Executivo para discutir as diretrizes da política de saúde. Também, a maciça participação das entidades ligadas ao Movimento Sanitário criou as condições para que a proposta como saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como a criação dos conselhos de saúde com caráter deliberativo e composição paritária, hegemonizasse a conferência e alcançasse o respaldo social e político.

Em 20 de julho de 1987 é criado os Sistemas Descentralizados de Saúde, o SUDS²⁸, que visava contribuir na operacionalização das AIS bem como sustentar e auxiliar na realização do processo de descentralização dos serviços²⁹. Entretanto este novo sistema sofreu diversas críticas, uma vez que muitos o consideraram como uma continuação da política

²⁸ Segundo Noronha e Lecovitz “as diretrizes do SUDS assumiam: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos” (p.88).

²⁹ Ao abordar a criação do SUDS e a função deste programa, Cortes (2002) esclarece que “a proposta era de integração dos serviços de saúde da previdência à rede descentralizada de unidades hospitalares e, principalmente, ambulatoriais do subsetor de saúde pública, pertencente aos governos estaduais e municipais. Os governos estaduais assinavam convênios de adesão através dos quais a previdência social transferia aos estados recursos financeiros e funções de gerenciamento dos serviços próprios e de contratação de prestadores privados. O programa também estabelecia que as municipalidades que aderissem ao convênio estadual, poderiam receber recursos e assumir o gerenciamento de unidades ambulatoriais e hospitalares anteriormente federais, e também das estaduais, que se encontrassem em suas áreas. [...] Havendo municipalização, as secretarias municipais de saúde se tornariam os gestores dos serviços existentes em seus territórios, exceção feita àqueles que, devido ao seu nível maior de complexidade, fossem referências para populações de mais de um município” (p.32).

centralista governamental, pois sua implementação se dava antes da realização de um projeto de reforma pela constituinte, assim como pelo fato de que ele não teria previsto a municipalização dos serviços, propondo a descentralização a partir da atribuição de maior poder das ações estatais e não municipais (COSTA, 2002, p.52).

A Constituição de 1988 apresenta uma série de avanços, conquistados através da reivindicação e luta de grupos e movimentos organizados, entre os quais se destaca o movimento sanitário. Entre seus princípios, encontram-se as idéias de cidadania e a participação, bem como a proposição da construção de uma sociedade baseada na justiça e solidariedade. A Constituição de 1988 consagra os direitos do cidadão, como o direito à saúde, o qual será especificado posteriormente através da Lei 8.080, promulgada em 1990, a qual cria o Sistema Único de Saúde. Os princípios do SUS previam questões já abordadas pelo SUDS, como a universalização do direito à saúde, a integralidade do atendimento e a descentralização político-administrativa. A participação da comunidade é prevista na lei 8.142³⁰, de 28 de dezembro de 1990, através da criação dos conselhos e conferências de saúde. Enquanto as Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos para a proposição de diretrizes para a elaboração das políticas de saúde, os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e são responsáveis pela formulação de estratégias, execução e controle das políticas de saúde na instância correspondente. A instituição de espaços de participação da sociedade civil organizada com a criação dos conselhos gestores, não somente na área de saúde, denota a ampliação democrática proporcionada pela Constituição de 1988. Diversos autores debruçam-se sobre os avanços ocorridos a partir da criação destes espaços, enfocando seu significado e as dificuldades impostas a seu adequado funcionamento.

3.2 Os Conselhos de Saúde

A instituição dos Conselhos Gestores ocorre no intuito da abertura de canais de participação da sociedade civil, a partir do ideário de ampliação democrática e das conquistas dos movimentos sociais articulados nas décadas de 70 e 80. A criação de espaços de discussão estruturados na forma de conselhos não se constitui em uma novidade na realidade brasileira³¹;

³⁰A lei 8.142, não apenas se refere às instâncias de participação social, mas também regula a criação do Fundo Nacional de Saúde e o repasse dos recursos na área de saúde. O artigo 2º. Define que tais recursos serão alocados despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde e cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

³¹Em seu artigo, “Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional”, Luchmann (2002) aponta a existência prévia de conselhos, como os conselhos comunitários e os conselhos populares. Em

entretanto, a construção e a implementação dos Conselhos Gestores neste período é sustentada por uma concepção participativa, de controle e interferência dos atores sobre a elaboração de políticas, cujos benefícios e conseqüências serão por estes vivenciados. A participação é percebida pelos atores da sociedade civil como um direito, a partir deste momento garantido por lei, bem como pode ir ao encontro aos interesses dos setores governamentais num eventual direcionamento dos esforços por uma maior eficiência das políticas públicas e racionalização dos gastos e compartilhamento das responsabilidades sobre as decisões tomadas nestes espaços. Luchmann (2002) reflete sobre a construção dos Conselhos Gestores, afirmando que:

Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas são espaços de articulação entre a sociedade civil e o Estado que discutem, definem ou deliberam acerca das políticas públicas, e que passam efetivamente a tomar corpo e se generalizar por todo o país a partir da Constituição de 1988 [...]. Os Conselhos Gestores [...] devem ser instâncias de definição, decisão e controle das principais diretrizes e metas governamentais nas diferentes áreas sociais, que, embora não quebrem com o monopólio estatal de produção e execução das políticas públicas, podem (e devem) obrigar o Estado a seguir as diretrizes elaboradas em co-gestão com a sociedade civil (p.53-54).

A criação dos Conselhos Gestores permitiu a abertura de uma nova arena de interação entre sociedade civil e Estado, possibilitando o surgimento de novos atores, bem como um novo campo para a atuação de atores com experiência em espaços consolidados como organizações da sociedade civil, movimentos sociais, sindicatos, etc. Os conselhos são compreendidos por muitos autores enquanto um âmbito de aprendizado democrático, pois envolve o contato de indivíduos que defendem demandas diferentes, que possuem concepções diversas sobre as atribuições e o funcionamento destes espaços, assim como o alcance da ação de cada membro desta esfera. Os atores ocupam posições variadas e possuem trajetórias embasadas por histórias de vida e filiações ideológicas diferentes, confrontando-se, muitas vezes, com necessidades e reivindicações contrapostas às demandas que defendem. Tal realidade propiciaria a aquisição de novos conhecimentos sobre a disputa que permanentemente se estabelece no campo político, constituindo-se um processo de emergência de novos padrões de governar, sustentados pela atuação conjunta entre governo e sociedade.

relação aos primeiros, a autora esclarece que no Brasil “os anos 70 são significativos no tocante à implementação de conselhos comunitários, criados pelo poder público como mecanismo de controle e neutralização das forças e demandas populares. Trata-se de um padrão de articulação Estado-sociedade que apresenta diferentes estruturas organizativas, de acordo com projetos políticos e especificidades locais” (p.53). Os conselhos populares são oriundos da ação dos movimentos sociais, e, segundo Teixeira “sem uma estruturação formal e baseados em ações diretas e sem nenhum envolvimento institucional, a não ser os contatos com autoridades para pressionar sobre reivindicações, com a proposta de constituir-se em força política autônoma em relação aos partidos do Estado” (TEIXEIRA apud LUCHMANN, 2002, p.54).

A interação, em especial nos conselhos municipais, proporcionaria um maior contato com as diversas questões pertinentes à cidade na qual os indivíduos residem. A descentralização estaria fundamentada exatamente na maior possibilidade de obtenção de eficácia por parte das políticas, pois sua formulação e execução, embasada pelas diretrizes nacionais, estaria sob a responsabilidade de atores próximos aos problemas que tais políticas visam debelar. Santos Júnior, Azevedo e Ribeiro (2004) argumentam que:

Consolidou-se na sociedade brasileira a percepção de que os conselhos municipais constituem instrumentos de democratização da gestão pública local e de aumento da eficiência e da efetividade das políticas públicas setoriais, e, por esta razão, assistimos à sua disseminação no território nacional. [...] Espera-se que a existência dos conselhos fortaleça a capacidade da sociedade de controlar os mecanismos e critérios do uso dos recursos públicos, e como consequência seja, mais democráticas as decisões de distribuição do bem-estar social realizada pelas políticas públicas (p.11-13).

Os conselhos ofereceriam a oportunidade de aprendizagem dos meandros e mecanismos político-administrativos que influenciam na disputa estabelecida na elaboração de políticas públicas, propiciando uma aproximação do vocabulário e dos procedimentos técnicos utilizados pelo governo. Os atores da sociedade civil, que representam, de um modo geral, entidades envolvidas com um determinado setor ou local, passam a acompanhar a realidade e as necessidades de outros segmentos e áreas, adquirindo um maior conhecimento sobre as dificuldades experimentadas pelo município. A possibilidade de adquirir um maior número de informações pode refletir-se numa constante reformulação de conceitos e da capacidade de argumentação nestes espaços. Este exercício é realizado pela interação sociedade/Estado que estes novos espaços oferecem³². É necessário perceber que o conselho, dada a multiplicidade de atores, bem como a complexidade do posicionamento destes no espaço deliberativo, constitui-se numa instância geradora de conflito, sendo este inerente ao processo de discussão e de disputa que se forma neste espaço. De fato o conflito mostra-se vital para a ocorrência do aprendizado oferecido pela ampliação democrática, pois permite que os atores se encontrem diante de diferentes argumentações e linhas de raciocínio, reforçando ou reestruturando suas próprias reivindicações. Em relação à questão do conflito, Silva (2003) afirma que:

Os conselhos transitam em diferentes esferas de articulação política e institucional, remetendo a uma configuração de espaço público particular

³²Em seu artigo *Os conselhos municipais e a gestão urbana*, Gohn (2004, p.66) constata que “A grande novidade dos conselhos gestores é o fato de eles terem criado novo padrão de relação entre Estado e sociedade, criando novas formas de contrato social, por meio da ampliação da esfera social pública. Isso se deu por que a dinâmica societária dos conselhos fortalece os espaços de representação da sociedade civil e passou a exigir que os próprios espaços de gestão das políticas públicas fossem alargados, ampliados, pela inclusão e participação de novos sujeitos sociopolíticos”.

em relação ao sistema de representação política nos poderes Legislativo e Executivo, concretizado numa interação cotidiana conflituosa, referentes a múltiplas esferas da vida social. Pressupõe, portanto, a aceitação prévia do conflito entre sujeitos sociais e da disputa pela direção social das ações governamentais, apostando na possibilidade de construir um método de governar que articule as atividades executivas governamentais com as ações dos movimentos sociais e da sociedade civil em geral (p.139).

O número de representantes da sociedade civil frente aos demais segmentos também é um fator importante na observação deste conflito. A Lei 8.142 de dezembro de 1990 estabelece que os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde possuiriam 50% de seus conselheiros oriundos das entidades da sociedade civil, sendo que os demais 50% seriam divididos entre representantes dos gestores públicos, trabalhadores de saúde e representantes dos prestadores de serviços e setores privados. Tal medida procura viabilizar a possibilidade de reforçar a participação da sociedade civil, a fim de que esta se torne efetiva, e que as demandas da população realmente sejam apresentadas nestes espaços. Denota-se a partir da garantia da paridade de representação entre os conselheiros representantes dos gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde e os conselheiros representantes dos usuários, a preocupação de dotar um maior poder a estes últimos diante da experiência técnica e burocrática dos primeiros. Os representantes dos gestores públicos são oriundos, de um modo geral, das diferentes secretarias ou instâncias governamentais relacionadas, principalmente, à área de saúde, podendo, entretanto, contar com indivíduos de outras áreas, como a da educação ou meio ambiente. Os representantes dos trabalhadores de saúde provêm, em princípio, de sindicatos e associações de profissionais da área de saúde, como médicos, odontólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, etc. Os representantes dos prestadores de serviço e dos setores privados são os representantes de empresas privadas, públicas, filantrópicas ou não, que prestam serviços ao SUS, como é o caso de clínicas, hospitais, ambulatórios, laboratórios, serviços de radiologia e imagem, entre outros (VIRTUOSO, 2004, p.26). O representante dos usuários do sistema são atores provenientes da sociedade civil organizada, ou seja, são representantes de determinadas entidades, como associações de moradores, de sindicatos de trabalhadores, de entidades religiosas, de proteção à criança ou às pessoas portadoras de necessidades especiais ou patologias, associações de aposentados, etc. Contudo, é necessário ressaltar que este representante, dada a vinculação a uma entidade, tenderá a defender as demandas desta entidade, e não necessariamente as dos usuários de uma forma geral. O termo “usuário” considera um grupo que utilizaria um determinado serviço. Ao analisar este conceito Cortes (2002, p.174) salienta que:

Ele combina noções de cidadania e direitos dos cidadãos, mas refere-se à participação de um dado segmento populacional que usa determinados serviços. São considerados usuários aquelas pessoas que vêm aos conselhos representando organizações sociais urbanas, rurais ou sindicais [...]. Assim, os representantes dos usuários são aqueles eleitos ou indicados por organizações, tais como sindicatos, uniões de associações de moradores, clubes de mães, associações de portadores de patologias ou deficiências, entre outros.

O conceito acima apresentado abriga aspectos do exercício de direitos de cidadania, bem como permite delinear um grupo específico, distanciando a idéia de usuário de determinados serviços da noção consumidores de produtos de saúde. Contudo, é necessário considerar que a representação no conselho de saúde não exige uma comprovação formal do uso exclusivo dos serviços oferecidos pelo sistema único de saúde por parte dos representantes dos usuários, mas sim que estes sejam membros da sociedade civil organizada. Este talvez seja um ponto interessante de reflexão por permitir o questionamento de até que ponto os representantes dos usuários realmente utilizam os serviços do sistema único de saúde, conhecendo de fato sua realidade e, assim, intervir no debate sobre suas condições e seus problemas com maior propriedade. No presente estudo, compreenderemos o representante dos usuários dos conselhos de saúde como representante de entidades da sociedade civil, eleitos ou indicados e que podem valer-se de serviços oferecidos pelo sistema único de saúde e que participam da deliberação, formulação e controle das políticas de saúde.

É imprescindível ressaltar que, apesar da indubitável importância da garantia legal da participação paritária dos representantes da sociedade civil diante dos demais segmentos, esta medida não significa necessariamente a efetividade da intervenção dos usuários. Esta se vincula a uma série de fatores inter-relacionados e mutuamente condicionantes, relacionados ao desenrolar do processo de disputa que permeia estes espaços. De fato a interferência destes atores no processo deliberativo dos conselhos talvez esteja associada de forma mais estreita com o acesso a recursos, sejam estes técnicos, de retórica, entre outros, valorizados em tais esferas, bem como ao conhecimento de como e quando utilizar estes instrumentos, propiciados pelas diferentes trajetórias destes representantes. Além disso, é necessário verificar qual o posicionamento que este representante ocupa no conflito, pois não há obrigatoriamente, conforme muitas vezes acredita-se, uma polarização entre os representantes dos usuários e os conselheiros dos demais setores, sendo os primeiros os detentores da positividade, enquanto os demais se associam a interesses pessoais os corporativistas. Em outras palavras, não há uma homogeneidade necessária entre os representantes dos usuários, que se encontram naquele espaço defendendo os mais diversos interesses e demandas. Assim,

de acordo com as circunstâncias e as reivindicações envolvidas, muitos representantes dos usuários podem posicionar-se ao lado dos demais segmentos e corroborar com suas reivindicações, que não são necessariamente contrapostas às suas. A posição ocupada pelo representante dos usuários está vinculada à sua trajetória individual e associativa, que pode aproximá-lo mais ou menos das reivindicações dos outros segmentos. A aproximação e o reforço da atuação dos conselheiros usuários a fim de superar eventuais dificuldades impostas à sua atividade requer a consolidação de laços baseados em sentimentos como a solidariedade. Em relação à questão da paridade, Tatagiba (2002, p.73) afirma que

a paridade na representação dos interesses no interior dos conselhos não é algo que se resolva numa regra numérica de equivalência; antes, é um processo político que envolve a capacidade de construção de redes de solidariedade dentro e fora dos conselhos, de tal forma que seja possível reverter a tradicional prevalência dos interesses estatais e dos seus interlocutores habituais. Paridade na representação – ou a exigência da igualdade nas possibilidades de afetar o resultado da deliberação – concretiza-se à medida que os distintos atores envolvidos conquistam, e concedem espaço para a expressão das diferenças.

Portanto, a garantia de uma paridade numérica, sem dúvida um grande avanço na ampliação democrática, não é suficiente para que estes atores realmente influenciem com maior intensidade o processo deliberativo. Abranches e Azevedo (2004, p.187) vão ao encontro desta concepção, argumentando que,

essa “paridade” necessita ser matizada, uma vez que a diversidade de interesses entre os representantes da sociedade organizada é considerável, enquanto entre as agências governamentais – ainda que não se possa falar de alinhamento automático – ocorre uma maior convergência de comportamento.

Assim sendo, a fim de examinar a atuação dos representantes dos usuários e verificar é necessário considerar uma série de fatores que podem influenciar o estabelecimento de lealdade no interior do conselho e a intervenção dos conselheiros. É necessário abarcar o contexto em que a disputa ocorre e quais reivindicações estes defendem em determinado momento. As alianças estabelecidas entre estes atores não são necessariamente permanentes, e podem sofrer modificações de acordo com o objeto da disputa. Da mesma forma, os representantes podem estabelecer laços no intuito de superar obstáculos comuns ao exercício de sua participação. Diversos autores dedicaram-se à análise das dificuldades enfrentadas pelos conselheiros, em especial os representantes dos usuários, para o adequado exercício de suas funções. Entre estas, muitas talvez estejam relacionadas com o próprio processo de seleção dos representantes, como a opção por um representante que não possua domínio sobre o tópico em questão, que não tenha

experiência de participação nestes espaços, que não estejam comprometidos com seus representados e passam a não freqüentar as reuniões, etc. Além disto, estas dificuldades podem estar relacionadas outros fatores, como o desconhecimento dos mecanismos burocráticos relacionados a estes espaços bem como a falta de infra-estrutura para o adequado desempenho de suas funções. Silva (2003, p.150) afirma que,

os representantes dos usuários apresentam dificuldades, muitas vezes de ordem prática, no domínio das contas públicas e de informações de cunho técnico – fontes de recursos, gerenciamento, planejamento, orçamento, etc. Faltam informações a respeito do aparato administrativo, o que se torna um empecilho à participação mais qualificada destes segmentos.

Abranches e Azevedo (2004) levantam estas dificuldades, explicitando que haveria uma falta de capacitação dos representantes dos usuários para exercer sua intervenção nos conselhos. Os autores afirmam que:

A falta de capacitação também tem sido considerada como geradora de dificuldades que prejudicam as decisões dos conselhos pela falta de conhecimento das leis, das diretrizes orçamentárias, das diferenças entre plano e políticas e sobre a função dos conselhos e conselheiros (p.180).

Este processo de capacitação, todavia, abre uma polêmica no sentido em que pressupõe que há pessoas capacitadas e não habilitadas para ocupar os espaços de participação, apresentando o desafio de estabelecer critérios para definir esta capacidade. Além disso, deve-se verificar que a realização de programas de capacitação podem se revelar apenas paliativos, uma vez que a aquisição dos conhecimentos técnicos e administrativos que possuem os representantes de outros segmentos, demandaria um longo período de tempo. A capacitação dos representantes dos usuários pode apresentar, inclusive efeitos deletérios, pois pode criar uma diferenciação muito pronunciadas entre representantes e suas bases, pois os primeiros se tornariam especialistas na temática em questão. Esta prática pode até mesmo dificultar ou impedir um processo de renovação, pois muitas entidades podem optar por indicar o mesmo representante, que já conheceria os mecanismos valorizados no espaço dos conselhos, bem como já teria realizado o curso de capacitação³³.

Além das dificuldades associadas á falta de conhecimentos específicos sobre o tema em debate nos conselhos, bem como sobre os meandros administrativos e burocráticos do aparato estatal, os próprios espaços não oferecem a infra-estrutura adequada para seu efetivo

³³Em relação à questão da capacitação Tótora e Chaia (2004, p.219) argumentam que “capacitar pressupõe um conjunto de conhecimentos e saberes que conferem aos transmissores um poder. Aos conselheiros capacitar pode não significar, como se deseja, o aprimoramento de sua intervenção, mas o risco de uma profissionalização. Especialização e profissionalização caminham num sentido oposto à democratização”.

funcionamento. Portanto, é possível que o conselho não disponha de uma sala em boas condições, aparelhos importantes para a agilização da comunicação ou para o armazenamento de informações, tais como telefone ou computador, etc. Outro fator que gera obstáculos para o desenvolvimento dos trabalhos é a irregularidade da presença dos representantes, passível de acontecer em relação aos representantes dos usuários por motivos diversos, como, por exemplo, os de ordem financeira, uma vez que a participação no conselho é voluntária.³⁴ Acrescenta-se ainda aos empecilhos já arrolados a posição central que os representantes do governo tendem a ocupar em questões como a elaboração da pauta, bem como no envio desta, que muitas vezes não ocorre em tempo hábil, entre outros³⁵. Tal posição pode oferecer recursos de poder aos representantes do governo, de forma que estes se vejam diante da possibilidade de efetivar seus interesses frente aos dos demais segmentos. A abertura de tais possibilidades, muitas vezes significa o estreitamento do horizonte democrático, uma vez que reduziria a ação dos demais segmentos na disputa estabelecida nos espaços dos conselhos. Tótoro e Chaia (2004) argumental que os conselhos não favorecem a ruptura de uma hierarquia edificada em torno do representante estatal. As autoras esclarecem que:

Os conselhos como estratégia de poder popular, rompendo com a hierarquia administrativa e os espaços políticos restritos a representantes eleitos, em suma, como potencial de uma nova forma de sociabilidade democrática, foram capturados por um projeto de modernização da política tradicional. A participação direta da sociedade civil, embora modifique a forma de governar, preserva em substância o seu conteúdo. A hierarquia administrativa, o poder do governo que monopoliza os recursos públicos e aparatos burocráticos, além da informação, solapa o poder dos conselhos (p.201).

Entretanto, é fundamental salientar que as dificuldades apresentadas são, de fato, desafios essenciais para o desenvolvimento e aprimoramento do processo democrático. É exatamente em frente à necessidade de contornar os obstáculos propostos que se exige o reconhecimento destes empecilhos e um exercício de reflexão e criatividade para se contrapor a estes. Assim é possível realizar um verdadeiro avanço no processo de ampliação democrática, através da busca de alternativas e de novos caminhos. A instituição dos conselhos é sem dúvida uma grande conquista em relação á ampliação da democracia, já que permite a participação de atores da sociedade civil no desenvolvimento e construção de

³⁴Abranches e Azevedo (2004) evidenciam as questões acima arroladas, explicando que “os conselhos municipais enfrentam, ainda, muitas outras dificuldades que podem explicar um desempenho aquém do esperado: carência de estrutura física e de apoio operacional; participação irregular dos conselheiros; divergências políticas em relação à utilização do fundo público e ao formato dos programas, entre outras” (p.180).

³⁵Em relação a esta questão, Tatagiba (2002, p.94) afirma que “a centralidade do Estado na elaboração da pauta, falta de capacitação dos conselheiros, problemas com a representatividade, dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, manutenção de padrões clientelistas na relação entre Estado e sociedade, recusa do estado em partilhar o poder, etc.”.

políticas públicas. É vital, neste momento, avaliar quem são os atores que estão ocupando estes espaços, uma vez que sua atuação influencia o funcionamento destes espaços. Neste sentido, o presente estudo analisará o caso do conselho municipal de saúde de Canoas, apresentando algumas informações sobre sua construção, seu funcionamento e condições de infra-estrutura, e, por fim, dedicando-se com maior ênfase sobre a identificação dos atores que representam a sociedade civil neste espaço.

4 A CIDADE DE CANOAS

4.1 Contexto Histórico

A ocupação do território do Rio Grande do Sul não foi realizada durante a primeira fase da colonização brasileira, uma vez que os interesses portugueses estavam voltados para o mercado externo, que privilegiava a extração do pau-brasil e a produção açucareira. Apesar da região chamada “Rio Grande de São Pedro” ter sido mapeada ainda no início do século XVI a partir de expedições exploratórias no litoral, suas terras serão ocupadas com maior intensidade a partir do declínio do ciclo do açúcar e a descoberta do ouro na região de Minas Gerais, fato que criou a necessidade domesticar e comercializar o gado que se encontrava solto nestas pastagens. Desta forma, o Rio Grande de São Pedro integrava-se à economia colonial, fornecendo para a zona mineradora a carne bovina, principalmente em forma de charque para a escravaria, bem como rebanhos muares para o carregamento e escoamento da produção. Os primeiros povoadores desta região, cuja incumbência também abrangia deter os avanços espanhóis na região, foram paulistas e lagunistas. Pesavento (2002, p.13) afirma que

para o Rio Grande começaram a descer paulistas e lagunistas, objetivando prear este gado xucro para levar até a zona mineradora. Em especial, Laguna, fundada em 1676 pelo paulista Domingos de Brito Peixoto tornou-se o foco de irradiação da descida para o sul [...]. Oficialmente, quem primeiro penetrou no Rio Grande a pedido das autoridades coloniais portuguesas foi Francisco de Brito Peixoto, filho do fundador de Laguna, que recebeu em 1721 a patente de guarda-mor, devendo descer ao sul para fundar povoações e cuidar para que o comércio do gado não recaísse nas mãos dos castelhanos [...]. Esta descida oficial dos lagunistas se efetivou em 1725.

A partir de 1733 as terras desta região são divididas em sesmarias, sendo uma parcela destas terras entregue a Francisco Pinto Bandeira, que ali instala a Fazenda Gravataí (PREFEITURA DE CANOAS, 2006). A divisão das terras entre os herdeiros de Pinto Bandeira acarreta a formação de um povoado na região. O grande marco da migração e ocupação destas terras é a inauguração da estrada de ferro que ligava Porto Alegre a São Leopoldo no ano de 1874. Neste ínterim, o proprietário da fazenda Gravataí, o major Vicente da Silva Freire organiza em suas terras uma estação de veraneio, local que passou a ser denominado “Capão das Canoas”, dando origem ao futuro nome do município. Inicialmente distrito de Gravataí, a cidade foi criada em 27 de junho de 1939 pelo Decreto Estadual 7839. A instalação do município ocorreu em 15 de janeiro de 1940 (VIRTUOSO, 2004, p.46).

4.2 Contexto Sócio-Demográfico E Econômico

O município de Canoas localiza-se na região metropolitana de Porto Alegre, tendo como limites a capital do Rio Grande do Sul e as cidades de Esteio, Cachoeirinha e Nova Santa Rita. Possui um território de 131 km² e a estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2005 propunha 329.174 residentes no município (IBGE). O município de Canoas é banhado pelo rio Gravataí e pelo rio dos Sinos, ambos com trechos navegáveis.

Canoas abriga um dos maiores parques industriais do Estado, no qual estão incluídas empresas multinacionais e nacionais. A base econômica do município encontra-se principalmente no setor industrial, com 68,4%, seguido pelo comércio com 23,4% e serviços com 8,2%. (PREFEITURA DE CANOAS) Na indústria destacam-se o setor mecânico, elétrico e refino de petróleo, com a instalação da REFAP nos limites com Esteio. O PIB do município em 2004 foi de R\$ 8.610.943 e o PIB *per capita* foi de 26.496 no mesmo ano.

Canoas conta com escolas da rede pública de ensino fundamental e médio, bem como escolas particulares distribuídas nos mais diversos bairros. O município possui três universidades, a Universidade Luterana do Brasil, o Centro Universitário Ritter dos Reis e o Centro Universitário La Salle. A taxa de alfabetização do município, que apresentou um índice de 84,02% no ano de 2000, era superior à média Estadual, 83,01%, e Nacional, 75,24%. (IBGE, 2000)³⁶.

4.3 Caracterização da Situação e dos Serviços de Saúde da População

Em relação à expectativa de vida ao nascer, Canoas apresentou um índice de 71,4 anos em 2000 (FEE³⁷, 2000), menor do que o índice estadual, 71,6 anos (IBGE, 2000). Em relação ao tratamento de água 96,42% da população tinha acesso à água tratada (IBGE, 2000). A coleta de lixo atende a 98% dos domicílios e 61,59% das moradias utilizam fossa séptica. A taxa de mortalidade infantil de 2005 foi de 16 para cada 1000 nascidos vivos (FEE, 2005), enquanto a estimativa nacional em 2003 foi de 24,11. Em 2004 foram computados 1.167 óbitos hospitalares, sendo 42 óbitos de crianças menores de 1 ano de idade. Do total de óbitos as causas principais foram em primeiro lugar doenças do aparelho circulatório (281 óbitos), seguida por doenças respiratórias (239 óbitos), doenças infecciosas e parasitárias (194 óbitos),

³⁶ Site: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 9 de dezembro de 2006.

³⁷ Site: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Canoas>. Acesso em 9 de dezembro de 2006.

neoplasias (108 óbitos) e causas externas (66 óbitos) (IBGE, 2004). Em relação aos serviços de saúde, Canoas possui o Hospital Nossa Senhora das Graças, que disponibiliza 387 leitos para o SUS, o Hospital Santa Tecla, com 50 leitos e o Centro Clínico com 22 leitos para convênios e particulares, o Hospital de Pronto Socorro Nelson Marchezan, com 120 leitos voltados para casos de urgência e emergência e Hospital da Base Aérea, com 55 leitos para associados. A rede de básica de saúde conta com 24 unidades básicas, bem como serviços de atenção secundária.

O município de Canoas pertence à Delegacia Regional de Saúde, órgão vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. A municipalização dos serviços de saúde ocorreu no dia 25 de junho de 1998, momento em que Canoas passou a ser classificada como Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a Norma Operacional Básica 96³⁸. A Secretaria Municipal de Saúde de Canoas localiza-se no centro de Canoas e compõem-se de cinco departamentos: o Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Secundária, Departamento Técnico Administrativo, Departamento de Atenção Terciária e Auditoria e Departamento de Vigilância em Saúde. (VIRTUOSO, 2004, p.54). O departamento de atenção primária é responsável pela coordenação dos serviços das unidades básicas de saúde, pelo serviço odontológico, pela gestão dos materiais, pelo programa de agentes comunitários e pela chefia da enfermagem. O departamento de atenção secundária abrange as consultas especializadas e todos os tipos de exame de imagem e laboratoriais, além de programas de saúde da mulher, serviços de atendimento ao portador de HIV, programa para pacientes com transtorno psíquico, entre outros. O departamento de vigilância sanitária está vinculado ao departamento de atenção secundária, e é responsável pelo controle de zoonoses, vacinação, inspeções sanitárias, etc. Por fim, o departamento de atenção terciária dedica-se a questões relativas ao âmbito hospitalar, como a gestão e a regulação dos recursos hospitalares.

³⁸Segundo Lecovitz, Lima e Machado (2001), as NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. [...] Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990). A NOB 96 foi uma importante ferramenta para o processo de descentralização, uma vez que implantou duas condições de gestão a nível de município: a plena do sistema municipal, na qual o município ampliará sua responsabilidade sobre os serviços de média e alta complexidade e a plena da atenção básica, na qual o município assume os serviços de atenção básica. Esta medida também realizou uma série de modificações e esclarecimentos sobre o volume e formas de repasse do financiamento para a saúde das diferentes esferas de governo.

O Programa de Saúde da Família³⁹ foi implantado no município em 2003 e até agora conta 11 equipes cadastradas, com equipes completas, atuando na UBS da Vila Natal (3 equipes), UBS Vila Cerne (2 equipes) UBS Mato Grande (2 equipes), UBS Santo Operário (2 equipes), UBS União (1 equipe) e UBS José Veríssimo (1 equipe). No total há 30 equipes que atuam dentro do modelo do PSF, mas que não estão cadastradas por não contar com agentes comunitários de saúde. Canoas é dividida em 7 regiões para a atuação dos serviços de saúde: a Região 1, Distrito Mathias Velho, abarca uma parcela do bairro Mathias Velho e a parte baixa do bairro São Luís; a Região 2, Distrito Guajuviras, abriga o bairro Guajuviras, Igara e a parte alta do bairro São Luís; a Região 3 o Distrito Santo Operário, que envolve parcela do bairro Mathias Velho e parte do bairro Mato Grande; a Região 4, Distrito Central, que abarca o Centro, bairro Harmonia e parcela do bairro Mato Grande; Região 5, Distrito Estância Velha é formado pelos bairros Olaria, Planalto, e Estância Velha; Região 6, Distrito Rio Branco, conta com os bairros Rio Branco e Fátima; e finalmente a Região 7 é constituída pelos bairros Niterói e Ideal. O município de Canoas conta com 24 Unidades Básicas de Saúde.

A participação da sociedade nas decisões sobre as questões que envolvem a temática da saúde, garantida pela Lei 8.142, dá-se no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, situado no centro do Município. A fim de analisar a representação social no Conselho Municipal de Saúde de Canoas, objetivo da presente pesquisa, mostra-se necessário realizar uma breve exposição sobre a constituição e caracterização deste espaço participativo.

4.4 O Conselho Municipal de Saúde de Canoas

O Estado do Rio Grande do Sul adotou o Programa das Ações Integradas em Saúde, proposta do governo federal, no ano de 1984. O município de Canoas aderiu as AIS em 1986. Em relação à integração dos municípios ao programa, Cortes (2002) expõe que,

ao aderir aos convênios estaduais das AIS os municípios, habilitavam-se a receber recursos financeiros da previdência social para serem aplicados na área de saúde. Como uma das condições para tanto era a formação de CIMS, elas proliferaram no país, chegando em meados da década de 1980 a estarem implantadas em mais de 2.500 municípios. As AIS estabeleciam que a comissão

³⁹O Programa de Saúde de Família é uma estratégia elaborada pelo governo federal a fim de realizar uma modificação na orientação do modelo de assistência à saúde, iniciado em 1994. Este programa visa a atuação de uma equipe de saúde em uma área determinada, acompanhando o estado de saúde de aproximadamente mil famílias. As ações destas equipes envolvem educação em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes na comunidade, encaminhando os pacientes ao atendimento necessário, realizando visitas nas casas das famílias e estabelecendo vínculos com os moradores do distrito delimitado. A equipe básica segue o princípio da multidisciplinariedade: conta com um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários. Esta equipe, quando ampliada, pode contar com um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

deveria ser composta por representantes dos gestores públicos de serviços de serviços de saúde, bem como por associações comunitárias, sindicatos e entidades que representassem a população local (CORTES, 2002, p.185)⁴⁰.

Assim, a criação da CIMS, apesar de não oferecer um espaço para o exercício da deliberação, como ocorre nos Conselhos Municipais de Saúde, abre a oportunidade de realização de um controle social da população sobre as questões referentes à temática da saúde. As entidades escolhidas para compor esta primeira comissão foram aquelas consideradas de maior representatividade social, como por exemplo, sindicatos de trabalhadores, associação de trabalhadores aposentados, a união das associações de moradores, entre outros. Virtuoso (2004, p.61), ao analisar o caso de Canoas, afirma que:

O propósito do executivo de aderir às AIS era, em parte, assumir a responsabilidade pelo sistema de saúde municipal. Era também ter acesso aos recursos financeiros, disponibilizados pelo Governo Federal, para investimentos na área de saúde dentro do município. O repasse de verbas, a partir deste convênio era condicionado a determinadas exigências que deveriam ser cumpridas, dentre as quais a de que a CIMS avaliaria a aplicação destes recursos nos serviços de saúde da cidade.

A experiência da CIMS de Canoas durou até 1991, quando foi substituída pelo Conselho Municipal de Saúde, em virtude da Lei 8.142 e da NOB 91⁴¹. Ao avaliar a importância da CIMS em Canoas, Virtuoso (2004, p. 66) argumenta que

ela representou a primeira experiência concreta de participação da comunidade na gestão do sistema de saúde de Canoas. Foi criada por iniciativa do gestor municipal, embora representantes da sociedade civil, principalmente do movimento popular urbano, tenham tido envolvimento em seu processo de criação.

⁴⁰Em relação as CIMS Virtuoso (2004, p.15) afirma que “cabe ressaltar que para estas comissões não havia regulamentação sobre a proporção de participantes representando usuários ou sobre a natureza de sua participação. Elas tiveram um caráter mais consultivo do que deliberativo o que impossibilitava uma fiscalização mais efetiva quanto aos gastos públicos e às políticas adotadas no setor”.

⁴¹A Norma Operacional Básica 01/91 apresentava propostas em relação à questão dos investimentos na área de saúde, como a uniformização de uma tabela de pagamento para os hospitais públicos e privados, bem como a construção de critérios para a descentralização dos recursos para o setor da saúde. Outro ponto abordado é a criação de um sistema de informações computadorizado que permitisse uma constante avaliação e controle dos serviços prestados pelos estados e municípios. Esta medida foi bastante criticada por que possibilitaria um repasse de recursos baseado na lógica da produtividade. Lecovitz, Lima e Machado (2001) explicam que a ruptura com o modelo anterior de transferência de recursos não foi substituída por novos instrumentos de integração dos recursos públicos. Isso ocasionou a perda das funções de pactuação existentes nas Comissões Interinstitucionais de Saúde. A adoção de critérios de repasse de recursos federais exclusivamente por remuneração da produção de serviços fere a autonomia gestora das instâncias de governos locais. (LECOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001). Virtuoso (2004, p.67) explica “entre as exigências estabelecidas pela NOB 01/91 para os municípios estavam a formação do conselho municipal de saúde, a elaboração de plano municipal de saúde, aprovado no conselho, a elaboração da programação e orçamentação da saúde – PROS, a elaboração do relatório de gestão e a criação de uma comissão p[er] elaboração de planos de carreira e salários”.

A criação do Conselho Municipal de Saúde de Canoas em 1991, pela Lei Municipal 3.164/91 acarretou controvérsia devido à forma como foi elaborada e a discordância da Lei 8.142, pois enquanto esta última pregava a necessidade de criação de um conselho atuante na formulação e fiscalização das políticas de saúde, a primeira apresentava o Conselho como um órgão cuja finalidade era assessorar o executivo tanto no planejamento como no controle das questões referentes à saúde no âmbito municipal. A presidência do Conselho Municipal caberia ao Secretário de Saúde, ou seja, um indivíduo indicado pelo Prefeito seria incumbido de tal cargo. Além disso, a paridade entre representantes dos usuários e representantes dos demais segmentos, exigida pela lei 8.142, não foi respeitada. Segundo Virtuoso, tal atitude por parte do governo municipal causou revolta entre diversas entidades, entre as quais a União das Associações dos Moradores (UAMCA) e a Associação dos Trabalhadores Aposentados de Canoas (ATAPEC). Explica o autor (VIRTUOSO, 2004, p.69), que

as entidades interessadas em modificar a lei que o executivo acabou sancionando, além de questionarem o projeto no período em que este estava sendo debatido no Legislativo local, continuaram a questionar a legislação após a sua promulgação. Houve recursos inclusive à Procuradoria de Justiça da Coordenadoria de Defesa Comunitária, em Porto Alegre com o objetivo de anular a referida lei, no que não obtiveram sucesso.

O executivo também impunha obstáculos para o adequado funcionamento do conselho a partir de ações que visavam prejudicar o correto andamento das reuniões por falta de condições estruturais. Conforme o relato de uma representante dos usuários:

A gente não tinha nada, o conselho ficou por três anos funcionando dentro do meu escritório, por que nós não tínhamos acomodações. O governo não nos dava condições de nós termos uma sala, uma condição adequada e aí pro conselho continuar funcionando tinha que ser dentro do meu escritório. No meu computador eu tinha todas as coisas do conselho, as atas, as correspondências, tudo era feito no meu computador (ENTREVISTADA n.4).

A Lei do Conselho Municipal de Canoas foi modificada primeiramente no final de 1996, através da Lei 4.146 e por fim pela Lei 4.200, promulgada em agosto de 1997. As transformações apresentadas pela NOB 96 quanto à realização do repasse de recursos para a saúde, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de saúde, e a exigência de um correto funcionamento do conselho de saúde para o acesso a verba oferecida pelo PAB⁴², favoreceram a aplicação dos princípios constituídos na Lei 8.142. Atores

⁴²O Piso de Atenção Básica são recursos financeiros direcionados para serviços como vacinação, atendimento odontológico básico, consultas médicas em especialidades básicas, atividades educativas e de prevenção, planejamento familiar, assistência pré-natal, entre outros. Também previa o repasse de verbas para vigilância sanitária e epidemiológica e ambiental, além de incentivos para programas do governo federal, como o

oriundos da sociedade civil, profissionais de saúde e integrantes da secretaria da Saúde foram determinantes neste processo, na conquista pela alteração da lei e efetivação do conselho municipal de saúde. (VIRTUOSO, 2004, p.79). Ao lembrar esta época, um representante dos usuários comentou sua participação nos eventos relacionados à modificação na lei municipal referente à criação do conselho, explicitando que:

Pois sabe que nesta época eu era vereador, e esta lei do conselho de agora é de minha autoria. Quando eu era vereador a prefeitura era contra esse conselho. Não podia deixar de ter conselho, senão não vinha o repasse de verbas, né? Mas aí eles faziam da pior maneira possível, da maneira mais errada possível. Fizeram isso e era só 14 entidades, né? Aí eu fiz um projeto substituível, que foi todo discutido com o povo, né? E passou para 24 entidades, agora são 24 entidades. A pastoral da criança não tava, e várias outras entidades não tavam [...] ⁴³ (ENTREVISTADO 6).

A experiência da construção do conselho municipal de saúde foi um momento conturbado, no qual diferentes atores organizaram-se em prol de suas reivindicações e confrontaram um executivo habituado a uma postura centralizadora frente às decisões sobre os mais diversos temas. Entretanto, os acontecimentos que levaram a constituição do Conselho Municipal de saúde de Canoas conforme os princípios da Lei Federal 8.142, forneceram subsídios para que os atores dos diferentes segmentos interagissem e construíssem reivindicações em comum. A conquista das alterações necessárias para o cumprimento da lei e para o adequado funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, obtido após um período de apresentação de demandas e manifestações, permitiu um aprendizado de organização e luta em prol de uma necessidade específica, realizando modificações na própria dinâmica de interação com o executivo e da postura deste frente às reivindicações sociais.

Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica. O valor fixo do PAB estava estipulado entre R\$ 10 e R\$ 18 per capita /ano e um valor variável, condicionado a requisitos estabelecidos pelas Comissões Intergestoras Bipartites, fóruns criados para implantação e operacionalização do SUS, formado por representantes estaduais e municipais. Os municípios poderiam habilitar-se no momento em que atendessem os critérios da NOB 96, como o funcionamento do conselho de saúde, a apresentação de um plano municipal de saúde, a criação de um fundo de saúde e a prestação de informações sobre a aplicação e a situação do setor de saúde no município. O município também deveria ter a capacidade de gerir de forma adequada e independente seus serviços de saúde (LECOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

⁴³As principais alterações realizadas na lei 4.146 referiam-se às entidades que compunham o conselho. A lei 4.200 definiu os órgãos de representação do governo, aumentou o número de entidades de representação dos prestadores de serviços, de três para quatro, incluindo a participação de representantes de laboratórios e ambulatorios e retirando a participação do SESI. Em relação ao segmento dos profissionais de saúde, foram garantidas as representações de odontólogos, médicos e enfermeiros, sendo que a Pastoral da Saúde passa a integrar o segmento dos usuários, com o nome da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, sendo substituída por representantes da Pastoral da Criança. As entidades de representantes dos usuários incluídas a partir destas modificações foram o Sindicato dos trabalhadores rurais, a CNBB, a ASMC e o Sindicato dos empregadores, sendo retiradas a Câmara de Indústria e Comércio de Canoas, a Associação de Prestação de Serviços e Assistência Técnica de Mato Grande e Rondinha APSAT e ASCAPAN (VIRTUOSO, 2003, p.81).

O Conselho Municipal de Saúde de Canoas funciona em uma sala alugada no Centro de Canoas. As reuniões ocorrem nas segundas e quartas segundas-feiras de cada mês, às 18h e 30 min, com segunda chamada às 18h e 45 min. A sala na qual ocorrem as reuniões possui uma infra-estrutura que conta com computador, aparelho de fax, telefone com linha própria, diversas cadeiras e uma mesa para a diretoria, um armário e uma estante para armazenamento dos documentos, além de contar com os serviços de um estagiário, cujo horário de trabalho abrange o turno da tarde, sendo em dias de reuniões estendido até o fim desta. As entidades que constituem o Conselho Municipal de Saúde são: a Secretaria Municipal de Saúde, a Procuradoria Geral do Município, a Secretaria Municipal da Educação e a Secretaria Municipal da Fazenda, os representantes dos Ambulatórios, dos Laboratórios, da Associação Beneficente de Canoas, mantenedora do Hospital Nossa Senhora das Graças, e a representação da Universidade Luterana do Brasil, os profissionais médicos, odontólogos e dos enfermeiros, a União das Associações de Moradores de Canoas (UAMCA), a Associação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas de Canoas (ATAPEC), o Sindicato dos Trabalhadores Urbanos de Canoas, órgão representativo dos Deficientes Físicos de Canoas, órgão representativo dos Portadores de Patologia de Canoas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Canoas, representação do órgão de Defesa do Consumidor, da Conferência Nacional de Bispos do Brasil, do sindicato dos Trabalhadores em Saúde de Canoas, do Sindicato dos Empregadores de Canoas, e da Associação dos Servidores Municipais de Canoas (ASMC). A tabela abaixo permite visualizar as entidades e o número de representantes.

Entidade	Segmento	Titular	Suplente
SMS	Área governamental	02	02
SME	Área governamental	01	01
SMF	Área governamental	01	01
PGM	Área governamental	01	01
Laboratórios	Prestadores de Serviços	01	01
Ambulatórios	Prestadores de Serviços	01	01
ULBRA	Prestadores de Serviços	01	01
ABC/HNSG	Prestadores de Serviços	01	01
Médicos	Profissionais de Saúde	01	01
Odontólogos	Profissionais de Saúde	01	01

Enfermeiros	Profissionais de Saúde	01	01
UAMCA	Usuários	02	02
ATAPEC	Usuários	01	01
ASMC	Usuários	01	01
Sindicato dos Trabalhadores Urbanos	Usuários	01	01
Sindicato dos Empregadores	Usuários	01	01
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	Usuários	01	01
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde	Usuários	01	01
Portadores de Deficiência	Usuários	01	01
Portadores de Patologia	Usuários	01	01
CNBB	Usuários	01	01
Defesa do Consumidor	Usuários	01	01

O conselheiro é indicado pela entidade a qual representa e nomeado formalmente pelo prefeito. Não há interferência por parte do executivo ou dos componentes do Conselho Municipal de Saúde em relação à indicação dos representantes pelas respectivas entidades, sendo que estas entidades podem substituir seus representantes a qualquer momento. O mandato do conselheiro compreende o período de dois anos, sendo permitida sua recondução à função através da indicação do respectivo órgão de representação. O conselheiro apenas perde sua representação no conselho no caso de desvincular-se de sua entidade ou por afastar-se do município, estado ou país por um período igual ou superior a quatro meses. Os representantes também podem ser desligados do espaço deliberativo no caso em que ambos os representantes de uma determinada entidade não comparecerem em três reuniões consecutivas ou cinco alternadas, situação na qual a entidade deve indicar novos nomes. O conselheiro titular recebe uma série de atribuições⁴⁴ e em caso de sua ausência, o direito de voto é assumido pelo conselheiro suplente, cujo direito de participação no plenário e direito de voz são mantidos tanto na presença quanto na ausência do titular. A votação dos pontos em pauta

⁴⁴Segundo o artigo 13º. do regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Canoas “compete aos conselheiros titulares integrantes do plenário: a) comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde; b) apresentar projetos de resolução e formular moções e proposições no âmbito de competência do Conselho Municipal de Saúde; c) requerer exame de matéria urgente desde que justificadamente; d) solicitar diligências em processos que não estejam suficientemente instruídos; e) participar de Comissões ou representar o Conselho Municipal de Saúde, no caso de designação pelo Plenário ou Mesa Diretora; f) votar e ser votado para integrar os órgãos dirigentes do Conselho Municipal de Saúde; g) propor alteração do Regimento Interno” (CANOAS, 1998). Disponível no Site: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 9 de dezembro de 2006.

é realizada de forma direta e aberta, através do gesto de levantar o crachá com o nome da entidade de representação, distribuído a cada reunião. As funções do conselheiro são consideradas de interesse público e não são remuneradas, não gerando vínculos empregatícios com o Município.

As atividades do Conselho Municipal de Saúde de Canoas são coordenadas por uma Mesa Diretora, formada por quatro conselheiros titulares e eleita por voto secreto e maioria simples. A Mesa Diretora é formado por quatro Conselheiros Titulares que ocupam os cargos de presidente, vice-presidente, 1º. Secretário e 2º. Secretário, observando-se a questão da paridade, sendo seus membros eleitos para um período de dois anos, com a possibilidade de recondução. Durante o ano de 2006 a presidência da Mesa Diretora era ocupada por um representante dos usuários, a vice-presidência por um representante da área governamental, a função de primeiro-secretário por uma representante dos usuários e o cargo de 2º. Secretário por uma representante dos profissionais de saúde. A Mesa Diretora possui uma série de competências⁴⁵ e pode ser destituída pelo Plenário no caso de sua atuação ser prejudicial aos interesses do Conselho Municipal de Saúde. Além da Mesa Diretora, o Conselho Municipal de Saúde também conta com comissões permanentes de assessoria técnica, fiscalização e de orçamento e finanças, compostas por quatro Conselheiros, respeita a paridade, sendo que cada comissão deve possuir um relator e um coordenador. O Conselho Municipal de Saúde poderá, em caso de necessidade, criar comissões temáticas intersetoriais e multisetoriais, a ele subordinadas, com o fim de estudo, abrangendo temas como alimentação e nutrição, saneamento, habitação, meio ambiente, bioética, entre outros. Em caso de interesse, o Conselho Municipal de Saúde pode solicitar a presença de especialistas para a realização de palestras e esclarecimentos sobre os mais diversos temas.

Após a realização da caracterização da cidade de Canoas, analisando dados referentes a sua história, situação sócio-demográfica e econômica, bem como dados relativos à saúde da população e avaliar questões referentes ao Conselho Municipal de Saúde de

⁴⁵De acordo com o artigo 16º. do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Canoas “à Mesa Diretora compete: a) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Plenário e do Regimento Interno; b) convocar e dirigir as reuniões do Conselho Municipal de Saúde; c) organizar a pauta das reuniões e seu registro em ata, assim como proceder a leitura para apreciação pelo Plenário da ata da reunião anterior; d) dar publicidade às atividades do Conselho Municipal de Saúde; e) manter permanente contato com as entidades de saúde do Município, orientando-as naquilo que for de sua competência; f) receber solicitações de entidades do Município, interessadas em fazer parte do Conselho Municipal de Saúde; g) encaminhar ao Executivo Municipal, após aprovação em Plenário nos termos legais e regimentais, a nominata de entidades que ingressarão no Conselho Municipal de Saúde para a devida alteração em Lei; h) representar para todos os fins e efeitos, o Conselho Municipal de Saúde de Canoas, articulando-se com as demais instâncias, órgãos e autoridades, nos níveis Municipal, Regional, Estadual e Federal; i) outras atribuições definidas em plenário”. (CANOAS, 1998).

Canoas, como seu histórico e seu funcionamento, é necessário focar o objeto central da presente pesquisa, ou seja, os representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Canoas. No capítulo subsequente será realizada a explanação sobre as tipologias empregadas para a análise das entrevistas coletadas, o desenvolvimento da pesquisa de campo e as ferramentas empregadas para a análise. Finalizada esta exposição, tratar-se-á da questão da trajetória individual dos representantes dos usuários. A seguir, a presente pesquisa enfocará a trajetória associativa dos indivíduos que compõem este segmento. Por fim, a análise recairá sobre o vínculo entre representante e representado, seguida de um capítulo voltado para a exposição das conclusões elaboradas com a finalização do presente estudo, procurando abrir possibilidades para novas pesquisas.

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Trajetória Individual

A primeira questão sobre a qual se dedicará a presente pesquisa, no intuito de identificar quem são os atores que estão ocupando estes novos espaços de representação social, é exatamente verificar elementos da trajetória individual dos representantes da sociedade civil. Este estudo parte do pressuposto de que algumas características desta trajetória podem estar vinculadas à escolha dos representantes. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com treze representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, sendo oito representantes titulares e cinco representantes suplentes. A presente pesquisa procurou abranger as diferentes entidades que constituem o Conselho Municipal de Saúde de Canoas; entretanto, não foi possível realizar as entrevistas com representantes de todas as entidades, devido a indisponibilidade de tempo de alguns representantes ou mesmo da falta de contato com estes pelo não comparecimento destes atores nas reuniões.

No roteiro de entrevista, foram contemplados aspectos como a idade do representante, possivelmente vinculada à suposição de uma maior experiência na temática relacionada ao espaço decisório ou mesmo no relacionamento com outros atores e na melhor forma de intervir na deliberação em prol dos interesses de seus representados; o grau de escolaridade, por ser um elemento imbuído de aspectos simbólicos que poderiam valorizar os conhecimentos reconhecidos como científicos e, portanto, aumentar o potencial deste representante não apenas em intervir no espaço em questão, bem como ser esta intervenção valorizada pelos demais membros. A ocupação profissional também pode ter um papel relevante, no caso, por exemplo, em que a profissão esteja relacionada ao tema em debate, oferecendo o domínio do vocabulário específico da área de conhecimento. Outras questões abordadas pela entrevista referem-se à situação de aposentadoria, que poderia refletir uma maior disponibilidade de tempo do representante para participar destes espaços e a filiação partidária, que propiciaria ao representante um maior conhecimento do campo político e como se posicionar em espaços desta natureza. Desta forma, procurou-se sintetizar as respostas obtidas através destes questionamentos a partir da construção de uma tabela que apresentasse a entidade dos representantes, devidamente enumerados, bem como sua função como titular ou suplente. É possível verificar os dados coletados no quadro a seguir.

Entrevistados	Entidade Titular/ suplente	Idade	Escolaridade	Ocup.Prof.	Aposentado	Filiação Partidária
Entrevistado número 1	ATAPEC suplente	76	2º.Grau completo	Mecânico	SIM	PTB
Entrevistado número 2	ATAPEC titular	67	1º.Grau incompleto	Servente/ Metalúrgico	SIM	—
Entrevistado número 3	Portadores patologias Suplente	40	3º.Grau completo	Advogada	NÃO	—
Entrevistado número 4	Portadores patologias Titular	62	3º.Grau completo	Administra- dora/ assessora de gabinete	NÃO	PTB
Entrevistado número 5	CNBB suplente	43	3º.Grau completo	Comerciante	NÃO	PT
Entrevistado número 6	CNBB titular	57	1º.Grau incompleto	Eletricista	SIM	PT
Entrevistado número 7	UAMCA suplente	61	2º.Grau completo	Motorista	SIM	—
Entrevistado número 8	UAMCA titular	64	3º.Grau completo	Professor	SIM	—
Entrevistado número 9	Sindicato Trab.Urb. suplente	55	2º.Grau completo	Técnico de segurança do trabalho	NÃO	—
Entrevistado número 10	Sindicato Trab.Urb. titular	44	1º.Grau incompleto	Metalúrgico/ Assessor de gabinete de vereador	NÃO	PT
Entrevistado número 11	Sindicato Trab. Rurais titular	57	2º.Grau completo	Técnico em contabilidade/ agricultor	NÃO	—
Entrevistado número 12	ASMC titular	42	3º.Grau incompleto	Funcionária municipal	NÃO	—
Entrevistado número 13	Sindicato Trab. de Saúde Titular	33	2º.Grau completo	Técnico em enfermagem	NÃO	PT

Em relação à faixa etária é possível perceber que há uma tendência na escolha de representantes com idades a partir de 40 anos. Em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Canoas é possível perceber que, com a exceção do representante do Sindicato dos Trabalhadores de Saúde, os demais representantes encontram-se majoritariamente com idades situadas nas faixas de 40 a 59 anos e nas faixas de 60 a 80 anos. Esta opção por representantes nesta faixa etária pode denotar, associada a informações sobre a experiência em espaços representativos, e que serão analisadas mais adiante no presente estudo, pode indicar exatamente que a escolha de representantes com maior idade estaria vinculada a perspectiva de que estes possuiriam uma experiência de longa duração nestes espaços. O grau de

escolaridade parece ser um fator relevante na escolha dos representantes, uma vez que dos treze entrevistados quatro possuem terceiro grau completo e uma representante possui terceiro grau incompleto, cinco possuem segundo grau completo e apenas três possuem primeiro grau incompleto. Entre os representantes que possuem terceiro grau, completo ou incompleto, há quatro mulheres e um homem. Destes, três encontram-se na faixa etária de 40 anos e dois na faixa de 60 anos. Os cinco entrevistados que possuíam segundo grau completo eram homens, cujas idades variavam entre 33 e 76 anos. Por fim, os três entrevistados que possuíam primeiro grau incompleto eram homens e suas idades variam ente 44 e 61 anos.

Os dados apresentados com relação à idade dos representantes do Conselho Municipal de Saúde apontam a predileção por indivíduos situados na faixa etária entre 40 e 70 anos, o que poderia indicar uma opção por pessoas com maior experiência nestes espaços ou com uma suposta maturidade em relação à forma de intervir no processo decisório bem como posicionar-se frente aos demais atores. Entretanto é necessário refletir sobre a faixa etária dos indivíduos que participam de determinada entidade, considerando a possibilidade de que um número expressivo de integrantes de associações de moradores e outras entidades se encontre nesta faixa etária. Assim, seria relevante verificar qual a média de idade dos integrantes de entidades da sociedade civil de um modo geral, analisando qual a faixa etária dos participantes destes espaços. No caso do Conselho Municipal de Saúde de Canoas é necessário também salientar a presença da Associação dos Trabalhadores Aposentados de Canoas, cujos membros, de um modo geral situam-se em uma idade mais avançada, o que contribui para elevar a média de idades encontrada na pesquisa empírica.

Outro ponto que pode ser discutido a partir dos dados encontrados é a inferioridade numérica da participação das mulheres no Conselho Municipal de Saúde de Canoas. Este fato incita o questionamento sobre a participação feminina de forma mais geral nestes espaços institucionais, bem como nas próprias entidades da sociedade, o que pode ser um ponto de partida para futuras pesquisas. Poderia evidenciar-se interessante identificar se esta situação repete-se no interior das próprias entidades, questionando-se se as mulheres realmente participam menos que os homens e qual seria as razões para este fato, caso tal realidade seja verificada. É importante perceber se a pequena representatividade feminina nestes espaços ocorre também em outras instâncias, mais vinculadas a papéis reconhecidos tradicionalmente às mulheres, como o de educadora, que se expressaria num número maior de participantes num Conselho de Educação, por exemplo. Outra questão relevante é perceber quais entidades estas mulheres representam, se estas estão mais associadas a temáticas comumente relacionadas às questões atribuídas ao universo feminino. Apesar de não ser o foco da presente pesquisa, esta questão possibilita a

proposição de novas problemáticas para estudos futuros. No caso do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, as representantes dos usuários entrevistadas integram a Associação dos Portadores de Patologias, CNBB e Associação dos Servidores Municipais de Canoas.

A propósito da filiação partidária, há um claro expressivo número de representantes filiados a partidos políticos (6 entre 13) na amostra coletada. Entre estes, 4 são filiados ao Partido dos Trabalhadores e dois ao Partido Trabalhista Brasileiro. Os representantes filiados ao PT são três homens e uma mulher, com idades entre 33 e 57 anos, sendo que o entrevistado 6 já foi eleito vereador representando a sigla e atualmente é assessor de gabinete de um vereador da cidade de Canoas. O entrevistado 10 também refere trabalhar como assessor do mesmo vereador. Os representantes filiados ao Partido dos Trabalhadores são oriundos de Sindicatos (Sindicato dos Trabalhadores Urbanos/Metalúrgicos e do sindicato de Trabalhadores em Saúde) e da CNBB, que atuam em movimentos progressistas no interior da igreja, como as pastorais, no caso específico do Conselho de Saúde de Canoas, a pastoral da criança. Os representantes filiados ao Partido Trabalhista Brasileiro são um homem e uma mulher, com idades de 76 e 64 anos, respectivamente, e que estão vinculados à Associação dos Trabalhadores Aposentados de Canoas e à Associação dos Portadores de Patologias. Entre os entrevistados, apenas o entrevistado 1 relata estar vivenciando um distanciamento do partido político, enquanto os demais afirmam estarem envolvidos atualmente com tarefas relacionadas ao partido. O expressivo número de representantes entrevistados filiados a partidos políticos, pode significar a importância deste dado no sentido de que a filiação partidária e a atuação no interior de um partido político oferecem subsídios e experiências no campo político de tal forma que estas se tornam um elemento influente na escolha do representante. A filiação partidária pode não ser um elemento determinante na escolha do representante, mas possivelmente está relacionado às concepções político-ideológicas que embasam a atuação do representante.

Olha, eu sou filiada ao Partido Trabalhista Brasileiro já há quatorze anos e eu sou bem ativa na política, por que eu penso que todas as mulheres deveriam participar mais de partidos políticos. As mulheres tinham que ser bem ativas na política por que quase toda política pública tem a ver com a mulher, né? Políticas públicas de educação, por exemplo, quem é que leva os filhos na escola? É a mãe. E no posto de saúde, no hospital também [...] (ENTREVISTADA 4).

Eu já sou filiado ao partido há uns dez anos, e tu vê, sempre fui atuante, até queriam que eu fosse vereador, mas eu não quis, eu sou assessor de vereador, sempre participei assim de movimento, e o pessoal aí que assessora o companheiro Nelsinho, a gente é muito ligado, segue a mesma linha, né? (ENTREVISTADO 10).

Em relação à ocupação profissional, é possível perceber uma grande heterogeneidade de categorias profissionais, não sendo verificada uma preferência, no momento da escolha do representante, por representantes cuja profissão relaciona-se com a área de saúde. É necessário salientar que o fato de muitos representantes exercerem ofícios relacionados à entidade de representação, como no caso do Sindicato dos Trabalhadores Urbanos, entidade na qual os representantes estão vinculados aos dois sindicatos de maior expressividade em Canoas, ou seja, o Sindicato dos Metalúrgicos e o Sindicato dos Petroleiros, pode influenciar no número reduzido de representantes cuja profissão relaciona-se, de forma direta, à saúde. Todavia, deve-se ressaltar a possibilidade de que, apesar de não haver um vínculo estrito e direto entre algumas profissões e o setor saúde, estas podem proporcionar um contato com o setor, como, por exemplo, com o tema da saúde do trabalhador. Este é o caso do entrevistado 10, metalúrgico, e que no interior da empresa na qual trabalhava, passou a inteirar-se da questão e empreender uma luta por modificações no interior da fábrica em prol de melhores condições de segurança e saúde.

E eu sabia destas coisas de saúde até por que eu era cipeiro, e lutei muito dentro da fábrica, por que lá nem tinha nada e não tinha luva, as que tinham eram velhas e até cheiravam mal, as butinas eram velhas também e eles passavam uns produtos químicos pra lavar as butina e aí tu já viu, todos tiveram doença. Era produto químico nos pés, né? O produto começa a soltar o couro [...] As peças também eram muito pequenas e não tinha como ficar usando as luvas e eles não forneciam os dedalzinhas sabe, por que existe uns dedalzinhas, e aí gastava mesmo os dedos. E isso tudo aí é de saúde, né? (ENTREVISTADO 10).

Outro exemplo que pode ser citado é o do entrevistado 7, cuja profissão era de motorista. O representante relata que se aposentou como motorista de ambulâncias, e que esta experiência propiciou-lhe alguns conhecimentos sobre a área de saúde.

Eu me aposentei como motorista de ambulância do Hospital São Camilo de Esteio. Então eu entendo como estas coisas funcionam, eu falava muito com médicos e enfermeiros e eu sei como é importante a função das ambulâncias, é uma coisa muito triste e muito importante esta experiência que eu tive de motorista de ambulância. Eu via assim, que o motorista de ambulância vale tanto quanto um médico ou enfermeiro, ou qualquer coisa, por que se não é o motorista de ambulância o médico não pode fazer nada, por que é ele que conduz o horário, né? E eu sei que com um minuto tu salva uma vida [...] (ENTREVISTADO 7).

Assim, é possível supor, portanto, que a ocupação profissional diretamente voltada à questão da saúde não é um elemento fundamental entre os critérios de escolha do representante. O domínio sobre o debate, bem como o vocabulário específico da área, proporcionado por uma formação no âmbito da saúde não parece ser um fator relevante na seleção do representante por suas entidades. Entretanto, é necessário considerar que as

diferentes profissões encontradas podem, muitas vezes, oferecer experiências na área de saúde, permitindo que o representante tenha contato com a área em questão.

A presença de representantes aposentados é bastante marcante, sendo de seis entre treze indivíduos. Este número expressivo pode indicar a preferência pela escolha de representantes que, a princípio possuiriam uma maior disponibilidade de tempo para participar dos espaços de representação. Contudo, deve-se observar que dois representantes, um titular e um suplente, integram a Associação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas de Canoas, o que pode ter contribuído para aumentar a expressividade do número de indivíduos aposentados no Conselho. Em relação ao grau de escolaridade dos aposentados, apenas um possui o terceiro grau completo, sendo que os demais possuem o segundo grau completo (três representantes) ou o primeiro grau incompleto (dois representantes). Entre os treze representantes, sete ainda não estão aposentados, e a possibilidade de participação destes indivíduos pode estar vinculada, por um lado ao horário de funcionamento das reuniões, que ocorrem no turno da noite, bem como a possibilidade de realizar um revezamento quanto a presença de titulares e suplentes, uma vez que este último possui direito de voto na ausência do titular, prática frequentemente utilizada no Conselho Municipal de Saúde de Canoas. A aposentadoria, de fato, poderia propiciar uma maior disponibilidade de tempo; todavia não é o único elemento relacionado à questão da temporalidade. Entre os representantes não aposentados, três são profissionais autônomos e seis exercem funções junto às entidades que representam, ou seja, são, de forma geral, liberados para participar destes espaços de representação. O exercício profissional pode mesmo, em alguns casos, confundir-se com a participação nos espaços representativos. Assim, a disponibilidade de tempo parece ser, a partir dos dados coletados, um fator central na escolha do representante dos usuários, uma vez que todos os representantes possuem, em princípio, disponibilidade de tempo em relação à sua ocupação profissional.

Na tabela abaixo é possível visualizar a presença de representantes dos usuários das entidades às quais pertencem os entrevistados da presente pesquisa, apresentando o número de reuniões às quais estes estiveram presentes. Para fins da presente pesquisa está contabilizada apenas a presença dos representantes entrevistados.

Entidades	Número de reuniões em que a entidade esteve representada	Número de reuniões em que o titular esteve presente	Número de reuniões em que o suplente esteve presente
UAMCA	18	18 (entrevistado 8)	14 (entrevistado 7)
ATAPEC	17	13 (entrevistado 2)	6 (entrevistado 1)
Sindicato dos	14	5 (entrevistado 10)	11 (entrevistado 9)

Trabalhadores Urbanos			
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde	10	3 (entrevistado 13)	_____
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	11	11 (entrevistado 11)	_____
CNBB	14	13 (entrevistado 6)	4 (entrevistada 5)
Portadores de patologias	15	9 (entrevistada 4)	10 (entrevistada 3)
ASMC	14	10 (entrevistada 12)	_____

Durante o ano de 2006, entre os meses de janeiro e dezembro, foram realizadas 18 reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Canoas. A partir do quadro acima, é possível verificar que todas as entidades que representam o segmento dos usuários, cujos membros foram entrevistados, estiveram representadas em mais da metade das reuniões do Conselho de Saúde. De um modo geral, os representantes titulares compareceram mais assiduamente do que os suplentes. Estes últimos fizeram-se presentes muitas vezes na ausência do titular, mas também freqüentavam as reuniões quando este estava presente. Em relação à presença nas reuniões do Conselho, a UAMCA é a entidade cujos participantes tiveram maior freqüência nas reuniões, sendo que o representante titular esteve presente em todas as reuniões realizadas. Entretanto é preciso salientar o fato de que a UAMCA pode apresentar uma presença mais assídua de seus participantes por possuir o dobro de representantes das demais entidades. Além disso, a presença do entrevistado 8 em todas as reuniões pode estar associada ao fato de que este exerce a presidência do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, compondo a mesa diretora e orientando os trabalhos realizados no espaço em questão. A baixa freqüência do entrevistado 10 deve-se a uma mudança ocorrida na diretoria da entidade, fato que acarretou sua substituição. O entrevistado 1 também deixou de comparecer às reuniões na metade do ano de 2006 devido a problemas de saúde. Entretanto, é possível perceber que os representantes das entidades dos usuários do Sistema Único de Saúde possuem, de um modo geral, uma freqüência elevada, garantindo a possibilidade de intervenção no debate.

Em relação à trajetória individual, outro ponto que poderia apresentar-se pertinente refere-se à naturalidade do representante. A fim de verificar se haveria uma preferência em escolher representantes naturais de Canoas, que poderiam possuir um maior conhecimento sobre a realidade da cidade. É necessário considerar que Canoas é uma cidade cuja industrialização é bastante expressiva e que recebeu uma relevante onda migratória. No quadro abaixo é possível visualizar os dados coletados.

Entrevistados	Naturalidade	Há quanto tempo reside em Canoas ou na região metropolitana
Entrevistado 1	Rio Grande	27 anos
Entrevistado 2	Tupaciretã	50 anos
Entrevistado 3	Bom Jesus da Serra (SC)	15 anos
Entrevistado 4	Santa Maria	35 anos
Entrevistado 5	Canoas	Sempre residiu
Entrevistado 6	Criciúma	36 anos
Entrevistado 7	Lajeado	21 anos
Entrevistado 8	Ijuí	23 anos
Entrevistado 9	Canoas	Sempre residiu
Entrevistado 10	Canoas	Sempre residiu
Entrevistado 11	Canoas	Sempre residiu
Entrevistado 12	Canoas	Sempre residiu
Entrevistado 13	Porto Alegre	Sempre residiu

Os dados denotam um equilíbrio numérico entre representantes naturais de Canoas (5 entre 13) e os nascidos em outros municípios (8 entre 13), com uma pequena superioridade numérica dos representantes naturais de outros municípios. Entretanto é essencial evidenciar que os representantes oriundos de outras regiões residem no município ou na região metropolitana durante um longo período, sendo o período mais curto 15 anos de residência na cidade. Desta forma, é provável que este longo período de residência no município permita um adequado contato com os problemas e com a realidade da cidade, bem como o envolvimento com atividades em associações e outras instituições municipais. O longo tempo de estabelecimento no município pode propiciar a formação de laços e de identificação do representante com a realidade da cidade em questão, sendo que seus interesses vinculam-se à administração pública do município. Desta forma, não parece haver uma preferência por indivíduos naturais do município, no momento da escolha do representante, bastando que este resida em Canoas ou na região metropolitana por um período de tempo que permita um maior número de conhecimentos sobre a realidade da cidade. Apesar do critério da naturalidade acima arrolado não ser obrigatoriamente explícito no momento da seleção do representante, os dados revelam a tendência das entidades em escolher representantes que residem na cidade por um considerável número de anos.

A experiência prévia de representação em outros espaços institucionais também poderia ser um fator importante no momento de escolha de um representante. Assim, o desempenho destes indivíduos nestas instâncias poderia oferecer experiências sobre como posicionar-se dentro destes espaços a fim de melhor defender as demandas de suas bases. Do mesmo modo, a atuação destes representantes em outros espaços representativos, de forma simultânea, poderia fornecer-lhe informações e um aprendizado no sentido da capacidade de construção de argumentos e de intervenção no debate, bem como a possibilidade de adquirir um maior número de informações que perpassem e dialoguem com o tema da saúde. Assim sendo, entre os 13 entrevistados 8 já haviam exercido a representação em outros espaços ou estavam representando suas entidades em outras instâncias. Outro fator que pode associar-se a esta questão é a experiência de representação dentro do próprio conselho de saúde. O quadro abaixo contempla estas duas questões, revelando o tempo de experiência dos representantes no interior do Conselho Municipal de Saúde, bem como se estes atores freqüentam outros espaços de participação.

Entrevistados	Experiência participativa (prévia ou atual) em outras instâncias de representação (outros conselhos, OP, etc.)	Há quanto tempo está no CMS de Canoas
Entrevistado 1	SIM	1 ano e 6 meses
Entrevistado 2	NÃO	1 ano
Entrevistado 3	NÃO	1 ano e 6 meses
Entrevistado 4	SIM	9 anos
Entrevistado 5	SIM	6 meses
Entrevistado 6	SIM	5 anos
Entrevistado 7	SIM	2 anos
Entrevistado 8	SIM	2 anos
Entrevistado 9	NÃO	5 meses
Entrevistado 10	SIM	7 anos
Entrevistado 11	NÃO	9 anos
Entrevistado 12	NÃO	6 anos
Entrevistado 13	SIM	2 anos

As respostas fornecidas à primeira questão demonstram que a maioria dos representantes já vivenciou a experiência de participar de espaços representativos, defendendo

as demandas de suas entidades. Para fins da presente pesquisa, não se procurou aprofundar informações sobre tais experiências, no sentido de detalhar sua duração ou mesmo verificar quais entidades estavam sendo representadas por estes indivíduos, nos casos em que esta participação fora realizada num momento anterior ao presente estudo, uma vez que tal não visa abranger estas questões. Entretanto, novas pesquisas podem ser desenvolvidas com o intuito de esmiuçar esta temática, identificando de que forma ocorre esta experiência prévia dos representantes e sua atuação dentro destes espaços. No momento das entrevistas, os representantes que relataram experiência prévia em instâncias de representação salientaram a participação como delegados no Orçamento Participativo do município (ENTREVISTADOS 5 e 10), espaços relacionados à temática vinculada à Igreja Católica (ENTREVISTADO 6), Conselho Municipal de Esportes (ENTREVISTADO 7), participação junto às instâncias associadas às Universidades (ENTREVISTADO 8), em relação à discussão sobre pessoas portadoras de deficiência (ENTREVISTADO 1) e Conselho de Assistência Social (ENTREVISTADA 4). Apenas o entrevistado 13 refere possuir experiência em outros Conselhos de Saúde, pois a entidade a qual representa está incluída nos Conselhos de Saúde em outros municípios. Entre os representantes que não exerciam anteriormente esta função, apenas a entrevistada 3 refere ter participado de reuniões de Conselhos de Saúde como ouvinte a fim de obter informações sobre a temática e a dinâmica destes espaços.

Desta forma, a partir dos dados obtidos é possível perceber que a maioria dos representados possui experiência prévia ou atual no exercício de representação. É possível supor que tal experiência proporciona subsídios valorizados na escolha do representante, uma vez que a participação nestes espaços pode oferecer um maior conhecimento sobre o processo decisório, bem como a possibilidade de aperfeiçoar a construção de argumentos e intervenção no debate. Entretanto, é possível perceber que não há uma preferência, no momento de seleção do representante, por indivíduos que participavam, ou que ainda participam de espaços de representação relacionados com a discussão de saúde. Deve-se ressaltar que a experiência em outros espaços de representação não garante, necessariamente, uma maior intervenção na discussão do espaço representativo, nem mesmo a certeza de que este indivíduo defenderá as demandas de suas entidades. Contudo, o exercício de representação pode propiciar também o estabelecimento de redes de relações e de informações que podem sustentar a constituição de propostas, bem como tornarem-se relevantes para o processo de escolha do representante.

A propósito do tempo de exercício da representação especificamente no Conselho Municipal de Saúde de Canoas é possível perceber que apenas dois representantes

participavam a menos de um ano neste espaço de representação. A grande maioria encontra-se na faixa entre um ano e dois anos, havendo alguns representantes com uma experiência de 5, 6 e 7 anos, bem como dois representantes que estão presentes desde a reconstituição deste Conselho, 9 anos. Entre os representantes que participam do Conselho Municipal de Saúde de Canoas entre 5 anos ou mais, dois não possuem experiência em outras instâncias de representação e três já possuíam experiência participativa. É necessário ressaltar que não há na Lei de elaboração do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, ou no próprio Regimento Interno, nenhuma medida que acarrete em intervenção no interior das entidades as quais integram o Conselho, possuindo estas total liberdade de indicar seus representantes. Assim, há a possibilidade de que a entidade encaminhe os mesmos indivíduos ao fim do período estabelecido para o exercício da representação, delimitado em dois anos. Esta questão pode revelar a suposição de que o conhecimento do funcionamento destes espaços e dos atores que o compõem, permitam uma maior capacidade de influenciar no debate, propiciando melhores condições para a defesa das demandas da entidade em questão.

Entretanto, a opção por representantes que já possuem experiência no próprio Conselho pode ocasionar a constituição de verdadeiros especialistas em representação. Muitas vezes estes mesmos indivíduos representam suas entidades em outros Conselhos e instâncias. É possível questionar-se até que ponto o cumprimento desta função propicia uma efetiva participação dentro de uma lógica de exercício democrático. Assim sendo, uma constante troca de representantes poderia oportunizar a diferentes atores a aprendizagem sobre o processo decisório e a disputa que se desenrola nestes espaços. O entrevistado 6 levantou esta questão, explicitando que:

É, eu to lá faz uns cinco anos, é muito tempo já... é que também é difícil, as mulheres lá não querem, elas gostam mesmo é de trabalho na comunidade, aí nem tem quem, né? Mas não é certo, tem que deixar os outros ir também, tem que trocar. Então agora tem aí uma moça que gosta, e eu vou preparando ela pra me substituir, ela sim gosta daquilo e da discussão toda [...] (ENTREVISTADO 6).

Esta reflexão deve, deste modo, ser realizada no interior das próprias entidades, a fim de avaliar quais têm sido os critérios de escolha adotados pela entidade na seleção dos representantes e verificar se não estaria havendo uma monopolização das funções de representação por alguns indivíduos, que passariam a participar da maioria destas instâncias. Para muitos, a continuidade destes atores no espaço do Conselho de Saúde significaria uma maior capacitação para o debate e maiores oportunidades de introduzir questões do interesse da entidade na pauta de discussão. Contudo, é necessário aventar a possibilidade de que a falta

de renovação nos quadros de representantes pode criar obstáculos no sentido de dificultar a constituição de novas formas de tratamento dos problemas apresentados no espaço representativo.

Outro ponto abordado na entrevista é a forma como os representantes percebem o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, quais os objetivos deste espaço e como estes se referem sobre sua atuação nesta instância. É possível perceber através dos depoimentos a existência de certa divergência tanto em relação a percepção sobre o verdadeiro papel do Conselho, bem como em relação a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Canoas. Alguns entrevistados identificam o Conselho Municipal de Saúde como um espaço de aproximação entre comunidade e representantes governamentais, no qual haveria uma maior possibilidade de trocas de informações e de apresentação das demandas e da realidade vivenciada pela população. Uma representante dos usuários expõe que o Conselho de Saúde:

É uma oportunidade que a comunidade tem de saber e de conhecer os trâmites da saúde, o que o pessoal dentro da Secretaria de Saúde do governo tá fazendo, o que deixa de fazer. O Conselho também vai deliberar sobre as verbas, concorda ou não com as verbas que vem, que vão ser usadas em ambulâncias e essas coisas, pra comprar medicamentos. Na verdade o pessoal que trabalha na prefeitura tem uma outra visão, né? E o pessoal da comunidade não entende o porquê que eles não conseguem comprar, por que demora tanto e vai alguém lá explicar, que tem que fazer licitação e tomada de preço e tem prazo e tal, e então essas pessoas vão levar pras suas comunidades estas idéias e também trazer ali também o que acontece nas comunidades (ENTREVISTADA 12).

Os conselhos são uma parte muito importante do município, né? É muito importante pros bairros, por que tem um monte de gente que não têm o menor acesso a um monte de coisas, e nem sabe como se informar, aí o representante tem que ir lá pra se informar no conselho. E se tu tem um representante e tu cobra ele e fica sabendo das coisas, vai poder pedir explicação, ele vai poder te orientar, por que ele vai saber das coisas do conselho e vai te informar, por que ele tem que ter sempre interesse pelo bairro dele [...] (ENTREVISTADO 11).

No discurso de muitos representantes está presente a questão de que o Conselho é um espaço para a participação das diferentes comunidades. Assim, alguns representantes dos usuários chegam a questionar a presença de suas entidades, que segundo sua percepção não estariam vinculadas às questões comunitárias em uma relação tão estreita, no espaço do conselho, como é possível verificar no testemunho da entrevistada 12.

Eu até questiono por que a nossa associação está lá no Conselho, é até uma queixa minha com a minha diretoria, por que o conselho é tem um trabalho importante, importantíssimo na minha opinião. Mas ele é muito específico, é pra ele ser assim, muito bairro, muito zona, ou região. E aqui, a minha associação vê mais o central, o pessoal não é usuário do sistema

mesmo, é mais os parentes que usam. E o conselho é de quem é da comunidade, por que é quem necessita mesmo, o pessoal que ta lá na ponta (ENTREVISTADA 12).

Assim, o Conselho de Saúde é identificado por alguns usuários com um mecanismo de troca de informações entre representantes do governo e comunidades, um local no qual seria debatida a realidade de saúde da população, bem como as formas de direcionar as verbas recebidas para esta área. Outra função levantada nos depoimentos é a de orientador das políticas de saúde, da mesma forma que uma instância de proposição de soluções para as dificuldades encontradas nos serviços de saúde pública oferecida para a população.

Um conselho é pra aconselhar, tem que ter propostas, né? Senão a gente fica discutindo e discutindo um assunto e ele acaba esfriando, tem que ser um lugar pra discutir os assuntos e terminar eles, e não adianta pegar um monte de assuntos ao mesmo tempo e não terminar nenhum. E a gente tem que aconselhar e apresentar propostas, por que ficar só reclamando não adianta. A gente tem que ter propostas, senão não funciona (ENTREVISTADO 1).

Alguns representantes dos usuários ressaltaram a questão da intensa participação verificada no Conselho Municipal de Saúde de Canoas e da divergência existente entre a posição dos diversos representantes das entidades, propiciando e qualificando o debate sobre esta temática. Na opinião de alguns entrevistados o Conselho de Saúde deve realizar a discussão da temática deste setor específico observando a questão da transparência em relação à aplicação de verbas. Muitos relatam a ocorrência de tais aspectos no Conselho Municipal de Saúde de Canoas, elogiando a atuação e o funcionamento deste espaço.

Ah, o Conselho é uma coisa muito boa, né? A gente não ganha nada pra estar lá, é tudo voluntário, mas dá uma satisfação muito grande. (...) O ponto forte é que tem muita divergência, e isso é bom por que se não tem divergência é por que ou não há interesse ou por que ta bom demais, né? E bom demais não existe. É na divergência que a gente discute, busca melhorar pra tudo acontecer da forma correta e gerar uma visão unânime. É muito bom por que debatemos, brigamos, mas todo mundo vai criando confiança, é maravilhosa esta interação [...] (ENTREVISTADA 3).

O conselho de saúde é uma coisa fantástica, eu digo que ele devia ser um modelo para todos os outros conselhos municipais, por que ele é paritário, isso é coisa importantíssima, pois como tu vê, 50% são de usuários, daqueles que realmente sofrem com o problema de uma administração falha na saúde. É uma ação não remunerada e como tu vê aqui ta sempre cheio, tem muita gente participando, dos 24 conselheiros, não baixa de 18 participando, isso é uma coisa maravilhosa, e é tudo gente ocupadíssima, né? (ENTREVISTADO 8).

Olha o Conselho de Canoas eu vou dizer aí pra ti, que pelo que eu tenho visto, e os comentários que a gente ouve, é um conselho muito bom,

muito rígido. É muito atuante, e vem recebendo muitos elogios sabe? Até os trabalhos que tão sendo feitos mostram que tem muita personalidade, é um trabalho bem feito este que o conselho faz, a gente tem muita abertura pra falar [...] (ENTREVISTADO 11).

Entretanto, alguns representantes discordam do adequado funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, e realizam diversas críticas sobre este espaço decisório. É interessante ressaltar que todos os representantes que apresentam objeções às afirmações de que esta instância funcione de forma adequada no sentido de permitir a efetiva participação dos representantes dos usuários, no sentido de defender as demandas de seus segmentos são filiados a algum partido político, sendo 1 do Partido Trabalhista Brasileiro (ENTREVISTADO 9) e 4 do Partido dos Trabalhadores (ENTREVISTADOS 5, 6, 10 e 13). O principal ponto de sua crítica está em perceber o Conselho como um espaço, em suas palavras, “engessado”, sendo que a presença dos representantes estaria associada a um papel meramente aprovador das verbas encaminhadas para a aplicação em saúde. Os representantes entrevistados que advogam esta perspectiva salientam a desunião entre os representantes dos usuários, que, ao invés de estruturarem uma articulação interna a fim de reforçar sua atuação em prol de demandas mais gerais, acabam atuando de forma segmentada, concentrando-se apenas na defesa dos desejos de suas entidade e, assim, fortalecendo o segmento dos gestores.

A dura realidade de Canoas é que o Conselho é engessado, né? Então nós vamos lá só pra votar e nós vamos sempre servir pra isso, né? Até foi engraçado que o diretor do Hospital foi lá um dia e disse que era bom que não tinha mais conselhos engessados, e não é assim, infelizmente o conselho de Canoas é engessado, na hora do voto tu vê, a gente só fica lá aprovando conta, e acho que isso não vai mudar tão cedo [...] (ENTREVISTADA 5).

É, o Conselho na verdade a gente vai pra não perder espaço, por que na verdade os conselhos estão “engessados”, né? O conselho ali tá “engessado”, o poder executivo pauta o conselho quando na verdade é pra ele ser autônomo, o executivo pauta e põe uma pessoa mais habilidosa pra representar, né? O executivo municipal faz isso pra passar o que convém ao município, pra direcionar o conselho pras coisas do município, que interessem ao executivo municipal, de acordo com a política do município. (ENTREVISTADO 13).

Pois é, eu enxergo que o atual Conselho nosso de Canoas [...] tem uma tendência específica a aprovar todas as indicações do executivo da cidade, e, ora, isso é fácil de entender, né? Primeiro por que o conselho, queira ou não queira, ele tem aporte do município pra se manter enquanto conselho e a tua entidade também, é até compreensivo. Eu gostaria era de ver um conselho independente, mas eu não vejo como, por que ele depende do poder público pra sobreviver, então certamente vai existir, se não uma dependência, uma simpatia, por que as coisas são trocadas, a vida é feita de trocas, né? (ENTREVISTADO 9).

No Conselho, se tu for analisar, são doze representantes do usuário e doze dos demais, só que na votação dá vinte a quatro. É unânime na hora de aprovar e eu te digo por que, tu acaba aprovando por que vem um programa como o PSF, e como é que tu não vai aprovar este programa, como tu vai contra o PSF? Não, nós aprovamos, só que tem o problema depois, de administrar, né? A gente vota a estrutura, mas depois não se administra direito [...] (ENTREVISTADO 10).

O certo era nós usuários se combinar, né? E aí tu vê aquela desgraça, tem gente que até eu botei as entidades na Lei, fui atrás e tal, e não tem jeito, eles só votam pro prefeito... a gente tinha que fazer um fórum de entidades dos usuários, pra discutir, né? Criar uma parceria, até com os outros, os profissionais de saúde, que também podiam ficar do nosso lado, né? (ENTREVISTADO 6).

Assim, é possível perceber que há diferentes posições entre os representantes dos usuários em relação ao adequado funcionamento do conselho. É importante lembrar que o segmento dos usuários é o que abriga um maior número de representantes, acarretando uma possibilidade maior de abrigar posições divergentes. Através das declarações acima citadas é possível perceber que muitos representantes concebem o conselho como um espaço no qual se estabelece necessariamente um embate, principalmente entre dois atores antagônicos: os representantes dos usuários e os representantes do governo. Segundo esta visão, os interesses destes dois segmentos estariam sempre em oposição, o que não se verifica empiricamente. De fato, os representantes dos usuários apresentam-se um grupo bastante heterogêneo, com interesses diversos. Tais interesses coadunam-se aos de suas entidades, instituições de diferentes naturezas e, portanto, com diferentes realidades e necessidades. Assim, os interesses das diversas associações dos usuários podem diferir entre si, e aproximarem-se com os interesses de outros segmentos, como por exemplo, o governamental. Esta questão fica evidente na falta de articulação entre os diferentes segmentos e no interior do próprio segmento dos usuários. As declarações dos entrevistados evidenciam a existência de redes de solidariedade entre o executivo municipal e muitas entidades, que necessitam muitas vezes do apoio da prefeitura para suas ações. Assim, muitos representantes podem encontrar-se numa situação de dependência latente em relação ao executivo, o que pode influenciar em sua atuação no espaço do Conselho. Esta reflexão conduz, assim, ao próprio questionamento se existiria um papel determinado para o representante dos usuários, ou seja, contrapor-se aos interesses estatais. Alguns entrevistados que criticaram o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Canoas argumentaram que a posição dos conselheiros representantes dos usuários que defendem as proposições governamentais

descaracterizaria a ação destes indivíduos, uma vez que eles não estariam representando o segmento para o qual foram designados.

O problema que nós temos lá no Conselho é esse, né? Muitos sequer sabem a quem são representando, estão lá e acabam defendendo a iniciativa privada. Não, o Conselho é pra defender o SUS, e eles vão lá defender o plano de saúde, vão defender que o hospital tenha plano de saúde, enquanto o Conselho de Saúde é pra defender o usuário do SUS, e não aprovar o que o executivo quer (ENTREVISTADO 13).

Deste modo, a partir da análise das entrevistas realizadas com os representantes dos usuários, bem como com as observações das reuniões do CMS de Canoas, é possível evidenciar que a suposta dicotomia entre interesses governamentais e interesses dos representantes dos usuários não se verifica, e que a situação que se instala neste espaço é bastante complexa, uma vez que os interesses são variados e consolidam alianças diversas e momentâneas. Em outras palavras, não parece haver, para a maioria dos entrevistados um posicionamento previamente determinado, ou um antagonismo imutável entre os interesses que defendem e os desejos do executivo. A existência desta polarização é referida apenas pelos representantes dos usuários filiados ao Partido dos Trabalhadores. Este fato reflete que a filiação político-partidária não apenas pode oferecer subsídios para a escolha do representante dos usuários, mas também se vincula estreitamente à própria visão sobre a conformação do Conselho de Saúde, a relação que se estabelece com os demais atores e as demandas a serem defendidas.

A última questão inserida na trajetória individual e que foi abordada na presente pesquisa refere-se à tentativa de delinear os motivos pelos quais os indivíduos que estão ocupando o espaço do CSM de Canoas foram selecionados por suas entidades. Assim, foi solicitado que os representantes referissem, em seu ponto de vista, quais elementos pessoais poderiam ter sido determinantes para sua escolha como representante. Houve uma grande diversidade de respostas, demonstrando que os diferentes representantes priorizam características variadas enquanto fatores importantes para a sua indicação como conselheiro. Assim, alguns associam a existência de algum contato com o setor da saúde em sua trajetória individual com o fato de serem escolhidos por suas entidades, como é o caso da entrevistada 4 e da entrevistada 12.

Ah, eu sempre fui muito ligada à saúde, por que meu pai era farmacêutico, sabe é inconsciente, meu pai lidava com saúde, e ajudava as pessoas humildes, então, por exemplo, essas pessoas adoeciam e ele ia lá e pegava o remédio da farmácia e dava. E eu acho que eu tenho essa missão sabe? Eu tenho vontade de trabalhar com o povão, vontade de ajudar o próximo, de ver um Brasil digno, que não tenha tantas desigualdades sociais, tenho mesmo é essa ânsia de mudar a cidade [...] (ENTREVISTADA 4).

Acho que fui escolhida por que eu trabalho há muito tempo na área de saúde, já faz 22 anos que eu trabalho na área de saúde, desde que eu entrei na prefeitura. Eu tinha seis meses de prefeitura quando me transferiram para a secretaria de saúde, então na realidade eu tenho um bom conhecimento dentro desta área, uma boa experiência, de vivenciar, de participar, de conhecer os trâmites, então acho que tudo isso foi uma coisa que influenciou bastante na minha escolha, né? (ENTREVISTADA 12).

Alguns representantes relataram que a sua escolha pelas respectivas entidades poderia estar vinculada ao fato de estes indivíduos gostarem de participar de espaços de representação. Aqueles que já possuíam experiência de atuação nestas instâncias participativas salientam este dado em seu discurso, enquanto aqueles que pela primeira vez atuam como representantes ressaltam a dedicação voltada para este espaço, e o gosto descoberto pela atuação enquanto participantes nestas instâncias. Muitos reforçam a questão do desejo em contribuir para a sociedade, ou mesmo a necessidade de auxiliar outras pessoas e, através de tais ações, obterem gratificação pessoal.

Eu acho que eu tenho aquele olhar voltado para a sociedade, pra uma busca, pra dar ajuda, sei lá, pra dar uma contribuição. Eu penso que de alguma forma eu posso contribuir, afinal é uma das poucas coisas que a gente pode fazer pela nossa sociedade, né? O meu tempo já é bem curto, mas isso de representar no conselho é muito bom, me faz bem (ENTREVISTADA 3).

Não sei por que fui escolhido, por experiência em saúde não foi por que eu não tenho. Eu acho que o presidente [da entidade] viu em mim alguém que quer trabalhar nisso, e eu gostei também. Por que tenho por princípio que tudo aquilo que tu consegue fazer com amor, consegue fazer com o coração, tu faz bem feito [...] aí tu produz frutos. Vai pro Conselho pra dormir? Isso acontece muito. Eu fui bem recebido no Conselho de Saúde, me senti bem, hoje eu sou apaixonado por saúde (ENTREVISTADO 8).

A assiduidade nas reuniões também foi um ponto destacado pelos representantes. Alguns explicitam o fato de que seu número de faltas é baixo, associando este dado a um comportamento responsável e ao interesse em participar do processo decisório.

Eu penso que me escolheram, não sei, talvez pelo fato de eu ter começado a participar do Orçamento Participativo, comecei a trabalhar com a questão da saúde, e também eu sempre participei de conselhos, sempre gostei de participar. Eu tenho uma frequência boa, né? Eu falto raramente, só se eu tenho um compromisso, mas quase não falto, por que nem adianta tu botar uma pessoa lá no conselho e ela não aparecer. Aí tem alguém lá e não representa nada... Eu sempre fui muito lutador, sempre fui atrás, né? (ENTREVISTADO 10).

Por que me escolheram? Não sei, eu não fiz nada de mais que os outros, né? Não sei, acho que... por que eu não falho nem um dia, só se eu tiver um problema muito sério pra não vir, por exemplo, se eu tiver que ficar

aqui na ATAPEC o dia todo. É que às vezes tem aqueles problemas, tem que ir pra Porto Alegre levar fichas, e eu faço tudo isso, né? To sempre disposto [...] (ENTREVISTADO 2).

Outros explicitam que entre as características importantes para sua escolha enquanto representantes no Conselho de Saúde, está a postura crítica ou o hábito de manter-se informado sobre as mais diferentes questões que poderiam estar relacionadas ao debate realizado no espaço do conselho. A adoção de uma postura crítica supostamente permitiria uma maior condição de intervenção no debate e uma visualização mais clara sobre os interesses em jogo na disputa estabelecida no ambiente do Conselho. A escolha por um representante que teria por hábito buscar informações a fim de ampliar seus conhecimentos sobre a discussão seguiria a mesma tendência de empoderar a participação deste representante.

Me indicaram talvez pela crítica, por que eu sou muito crítica, eu gosto, né? Embora eu seja meio quietinha, mas eu analiso muito tudo que acontece. E eu gosto de participar por que indiretamente tu tá ajudando a tua cidade, né? E meu perfil é mais este, de uma pessoa crítica, que analisa todas as situações [...] (ENTREVISTADA 3).

Eu tenho uma visão bem ampla, até por que lá onde eu trabalho a gente tem o hábito, eu e mais um diretor, de ler todos os jornais que tem, a gente lê de manhã sempre antes de começar a trabalhar, vê telejornal, [...] a gente ainda conversa bastante com os trabalhadores do município pra saber como tá a situação, né? Outra coisa importante que eu acho é a atuação militante que eu tenho na área política também, eu sou militante do partido e tenho uma visão, assim, de como funciona o município, de como é o dia a dia da saúde (ENTREVISTADO 13).

No depoimento do entrevistado 13 é possível salientar um elemento que será referido por outros representantes como um fator importante em sua escolha enquanto representante para o Conselho Municipal de Saúde de Canoas: a militância política. Assim, a experiência e o fato de afirmarem a afinidade pelas questões que envolvam o âmbito da política são apresentados como fatores que contribuíram para a escolha deste representante. Está presente neste discurso a percepção de que tal propensão para trabalhos relacionados à questão política permite a constituição de uma rede de relações que podem facilitar o reconhecimento pelos seus pares e, logo, aumentar a probabilidade de que este seja indicado para uma função de representação. Esta questão será, entretanto, discutida de forma mais aprofundada no capítulo subsequente.

Bom, por que eu fui escolhido? Eu acho que foi por isso mesmo, de estar sempre militando, neste sentido, de participar sempre da política, não propriamente em conselho, mas sempre em área que tem um grande grupo de pessoas da cidade, né? Então as pessoas me conhecem como participante político, muitos trabalhadores, as pessoas também me conhecem por trabalhar em área de esportes, que dá muita gente, né? (ENTREVISTADO 9).

Sei lá por que eu fui escolhido, por que eu gosto de política, né? E as mulheres não queriam, acham aquilo muito chato, por que é um monte de legislação pra ti entender de tudo, né? Lá o cara fica quase louco! Mas eu gosto é de política, de políticas públicas, eu sou indignado sabe? Eu sou indignado com essas falcatruas que tu vê, e também sou muito honesto, deve ser isso (ENTREVISTADO 6).

Entre os entrevistado apenas um destacou a possibilidade de ter sido escolhido como representante a partir de subsídios fornecidos através de um maior grau de escolaridade. Em seu discurso identifica-se a associação do grau de escolaridade à experiência e à maior capacidade de interferir no debate instaurado nos espaços de participação. Em seu testemunho, o entrevistado explicita:

Eu acho que um dos motivos que eu fui escolhido foi por eu ter, assim, talvez um pouco de estudo, né? Eu sempre procurei a minha vida me aprimorar, acompanhar a evolução das coisas entende? Estou sempre participando de reuniões, congressos, coisas assim, e dentro da minha profissão fui procurando me aprimorar e estudar sempre. Não vão poder botar alguém sem estudo, sem conhecimento lá, né? (ENTREVISTADO 11).

Em síntese, nesta sessão procurou-se analisar a trajetória individual de alguns representantes dos usuários do Conselho Municipal de Canoas a fim de perceber se haveriam elementos oferecidos a partir destas experiências que poderiam determinar a escolha destes indivíduos para tal função. Através das entrevistas foi possível constatar que a maioria dos representantes se situa, em relação à faixa etária, em dois blocos principais: aqueles que possuem idades entre 40 e 59 anos e os que se encontram entre 60 a 76 anos de idade. Este dado pode evidenciar a tendência em escolher representantes com uma maior possibilidade de acesso experiências, que poderiam ser traduzidas em uma maior intervenção no debate em prol das demandas das entidades. Da mesma forma os representantes dividem-se em dois grupos quanto à filiação partidária (sendo os dois partidos preponderantes o PT e o PTB) e quanto à verificação da quantidade de representantes aposentados. Em relação à filiação partidária, esta é uma realidade de 6 entre os 13 entrevistados, o que parece ser um dado significativo. Os representantes relatam envolvimento nas questões políticas, o que parece, partindo dos depoimentos coletados, contribuir para sua escolha enquanto representante no espaço em estudo. O envolvimento em questões político-partidárias pode estabelecer uma rede de relações propiciando que este indivíduo tenha maiores possibilidades de ser indicado para um determinado cargo. Durante as entrevistas evidenciou-se o fato de que a filiação partidária contribui para a própria percepção do representante sobre o espaço do Conselho. Diversos representantes elogiaram a atuação do conselho, argumentando que este cumpria sua função enquanto espaço decisório de participação social. Contudo, aqueles que realizaram críticas sobre esta instância, afirmando que o processo

participativo ver-se-ia prejudicado pela relação entre executivo municipal e representantes dos usuários, bem como por questões de funcionamento, como a construção da pauta, entre outras, são representantes filiados a partidos políticos, principalmente ao Partido dos Trabalhadores. Tal explicita a disputa política estabelecida no Conselho de saúde, espaço relacionado exatamente ao campo político. A escolha de um representante envolvido na questão política também poderia estar vinculada ao fato de que esta experiência pode oferecer uma oportunidade de participar de instâncias de debate e tomada de decisão, o que, conforme avaliado neste capítulo, aparece como um fator relevante para a escolha do representante.

O número de representantes aposentados, apesar de expressivo, é menor do que o número de representantes que ainda exercem sua atividade profissional, o que contraria a suposição inicial de que uma pessoa isenta do compromisso profissional e do cumprimento de uma carga horária restrita de trabalho, possuiriam uma maior disponibilidade para participar destes espaços. Entretanto tal não se confirma analisando o caso específico de Canoas, o que talvez possa ser explicado pelo fato de que o horário escolhido para a realização das reuniões, no turno da noite. A variável disponibilidade de tempo A análise do grau de escolaridade revelou que a maioria dos representantes possui ensino fundamental e médio completo, não havendo predileção por representantes com graduação em nível superior. A realização de um curso superior, em especial em uma área relacionada com a temática em disputa no conselho, poderia oferecer recursos no sentido de domínio de um vocabulário específico, bem como de elementos simbólicos que poderiam ser valorizados neste espaço. Entretanto, como foi possível verificar, a formação em nível superior não parece ser um critério importante para a escolha do representante, sendo que outros fatores provavelmente sobreponham-se em grau de relevância. Tal fato também se evidencia quanto à ocupação profissional, uma vez que os dados demonstram não haver preferência por indivíduos cuja ocupação profissional esteja estritamente associada à questão da saúde. Todavia, através dos depoimentos dos conselheiros demonstrou-se que alguns representantes estabeleceram contato com a temática de saúde no desempenho de sua atividade, mesmo que esta não estivesse diretamente vinculada à área em questão. Outro ponto relevante para a indicação e a manutenção do representante em sua função é a questão da assiduidade, uma vez que os representantes estiveram presentes em um número expressivo de reuniões do conselho Municipal de Saúde de Canoas.

A partir das informações obtidas, evidenciou-se o fato de que a maioria dos representantes não é natural da cidade de Canoas, mas que residem há mais de dez anos no município. Assim, apesar da naturalidade não se apresentar como um fator essencial, a indicação

de representantes cuja residência no município revela-se duradoura demonstra a intenção de escolher indivíduos com laços de identificação com a realidade de Canoas, bem como com interesses enraizados na cidade. Em relação à experiência no exercício da função de representante, avaliando experiências anteriores e/ou concomitantes com a atual, a maioria dos conselheiros respondeu afirmativamente, o que permite deduzir que este é um ponto considerado no momento da escolha do representante por sua entidade. Do mesmo modo, grande parte dos representantes conta com dois anos ou mais de permanência no Conselho Municipal de Saúde de Canoas, alguns contando cinco anos ou mais de participação nesta instância. Assim, este dado pode denotar a preferência de algumas entidades em optar por um indivíduo que já possua conhecimento dos trâmites institucionais do conselho, dos atores e interesses envolvidos no espaço em estudo. Entretanto, questiona-se se tal prática não seria prejudicial ao aprendizado democrático, uma vez que muitos atores perpetuam-se em suas funções. Nas entrevistas foi possível perceber que a maioria atribui a sua escolha a ao fato de gostarem de participar destes espaços, bem como pela afinidade com a temática da política. Estas características podem, muitas vezes, fazer-se notar na atuação do representante dentro da própria entidade da qual é membro, como por exemplo, no momento em que este indivíduo ocupa um cargo na associação, que exija comprometimento e responsabilidade. Da mesma forma, o vínculo estabelecido pelo representante com suas bases, pode tornar seu trabalho reconhecido pelos membros da associação, aumentando a possibilidade de que este seja indicado para ocupar uma função em espaços de participação social. Estas questões serão debatidas no capítulo subsequente.

5.2 Trajetória Associativa e Relação Representante/Representado

No intuito de delinear quem são os atores que ocupam estes novos espaços de representação, a presente pesquisa passa a dedicar-se, neste capítulo, à questão da trajetória associativa dos representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Canoas. Assim, questionou-se há quanto tempo o representante participa de entidades tais como associações de moradores, sindicatos ou outras instâncias, a fim de perceber se há a predileção pela escolha de indivíduos com uma trajetória associativa de longa duração. Parte-se da suposição de que trajetória associativa duradoura permite o estabelecimento de laços de identificação entre representante e representado, possibilitando que a atividade do primeiro no interior da associação seja reconhecida, facilitando sua indicação para os espaços de representação. Assim, observou-se não apenas a experiência na associação responsável pela participação deste ator no Conselho em estudo, mas também em demais entidades, uma vez

que a experiência adquirida em outras ocasiões pode ser aplicada na entidade em questão e relacionar-se com a indicação ou eleição do representante. Da mesma forma, a atuação prévia em outra associação poderia permitir que o representante já ingressasse na entidade com um trabalho anterior reconhecido e que este, mesmo realizado previamente à entrada deste indivíduo na associação, poderia vincular-se às motivações para a escolha deste representante.

Além do tempo de associativismo, procurou-se verificar se os representantes dos usuários ocupariam algum cargo de destaque no interior da entidade. Assim, observou-se o exercício de funções vinculadas à diretoria da associação por parte dos representantes dos usuários, pressupondo que tal dado pode ser relevante no momento de escolha do representante para os espaços de representação. A presente pesquisa levanta a hipótese de que o exercício de algum cargo de destaque no interior da associação fornece recursos importantes para a escolha do representante dos usuários, uma vez que oportuniza uma maior visibilidade sobre as ações deste indivíduo, tornando-o mais conhecido entre suas bases e aumentando a possibilidade de seu nome ser indicado para o exercício de cargos de representação. Possivelmente, o fato de integrar a diretoria de uma determinada entidade permite o acesso a um maior fluxo de informações sobre a constituição destes espaços de representação e o debate desenvolvido nestes. Tendo em vista os dados coletados, foi construído um quadro no qual consta o tempo de associativismo dos representantes e a resposta positiva ou negativa para a questão sobre o exercício de funções na diretoria da associação a qual representa. Em relação ao tempo de associativismo é necessário reforçar que o número apresentado diz respeito ao período em que o conselheiro participa da entidade vinculada ao conselho. Nos casos em que foi relatada uma experiência em outras entidades registrou-se o tempo total de experiência associativa.

Entrevistados	Tempo de Associativismo	Exercício de Função na Diretoria da Associação
Entrevistado 1	6 anos (35 anos)	SIM
Entrevistado 2	2 anos e 6 meses (11 anos)	SIM
Entrevistada 3	1 ano e 6 meses	NÃO
Entrevistada 4	12 anos	SIM
Entrevistada 5	4 anos	NÃO
Entrevistado 6	8 anos (29 anos)	SIM
Entrevistado 7	2 anos (15 anos)	SIM
Entrevistado 8	3 anos (23 anos)	SIM
Entrevistado 9	8 meses (30 anos)	SIM

Entrevistado 10	10 anos	SIM
Entrevistado 11	26 anos	NÃO
Entrevistada 12	23 anos	SIM
Entrevistado 13	2 anos (10 anos)	SIM

Os dados demonstram que a grande maioria dos representantes possui uma trajetória associativa de longa duração, uma vez que, dos treze entrevistados, dez contam com dez anos ou mais de experiência em associações ou outras entidades. A participação nas entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde de Canoas é, em comparação com o total de anos dedicados a participação em diferentes associações, mais recente; entretanto, onze representantes contam com dois anos ou mais de participação na entidade cujas demandas este defende no espaço em estudo. Deste modo, os dados coletados denotam que uma experiência associativa de longa duração é um elemento valorizado no momento da escolha dos representantes pelas entidades. Assim, os recursos oferecidos por esta experiência, relativos aos trâmites e as diferentes discussões que se desenrolam nestes espaços, assim como as formas de posicionar-se a fim de obter os resultados mais adequados diante das expectativas de suas bases. A trajetória associativa longa duração, assim, permite que o representante tenha a oportunidade de acumular experiências que o tornem conhecido para seus representados. Esta questão pode ser exemplificada no depoimento do entrevistado 1, que descreve sua trajetória associativa em outra entidade, e como esta experiência repercutiu no momento de sua integração à entidade da qual atualmente é membro.

Aí eu fui eleito em 1970 como presidente da entidade, lá em Rio Grande. E quando eu assumi a APAE lá era uma escolinha com rapazes e moças com vinte e tanto anos, e era tentar alfabetizar e era só isso. Então eu achei que nós tínhamos que partir para algo maior, tentar ensinar um trabalho pra eles, então o pessoal concordou e eu montei o primeiro centro ocupacional para deficientes mentais do Rio Grande do Sul.[...] Eu levei professores do SENAI pra dentro da APAE, e eles receberam certificado, de que estavam aptos. E eles foram trabalhar numa firma onde eu trabalhei, pra ver se dava resultado na confecção ds embalagens, das caixas de madeira, e realmente deu certo, a produção dos alunos da APAE era superior em qualidade e quantidade das pessoas ditas normais. [...] Aí depois eu fui eleito vice-presidente nacional das APAES, eu tinha que atender todo o estado. Eu sugeri a criação da federação das APAES e aí, sim, eu achei que tinha concluído o meu trabalho. Aí eu fui na associação dos aposentados pra me associar e lá uma pessoa me conhecia, bah o senhor não é lá da APAE, Sou, ah, então o senhor tem que vir pra cá, por que tem que nos ajudar e não sei mais o que, por que a gente precisa de gente aqui que tenha experiência... e me convidaram pra reunião da diretoria e eu fui e qual não foi minha surpresa quando eu vi que tavam discutindo a passagem do deficiente, e isso

me entusiasmu, pô, eu posso continuar meu trabalho aqui, me dei conta de que existe também deficiente idoso [...] (ENTREVISTADO 1).

Através do relato deste representante é possível perceber que o trabalho realizado em uma outra entidade forneceu-lhe experiências e recursos importantes e que se mostraram importantes para o reconhecimento deste representante. Em outras palavras, tais experiências permitiram que estes representantes adquirissem conhecimentos e perpetrassem ações que o legitimaram frente a outros grupos enquanto alguém cuja inclusão na entidade seria benéfica. A questão da experiência é, inclusive, citada pelo representante ao referir-se ao convite que recebeu para participar da associação da qual atualmente é membro. É possível identificar nos discursos dos representantes, ao discorrerem sobre sua trajetória associativa, a tendência a salientar a sua contribuição para a entidade. É possível perceber que os entrevistados apresentam episódios nos quais revelam a consideração recebida por seus pares, que os convidaram para participar da entidade, ou que destacam sua atividade no interior da associação. De um modo geral, os representantes dos usuários vinculam sua participação nestas associações à mudanças e melhorias promovidas por estas. Portanto, a trajetória associativa poderia oferecer recursos que justificassem a indicação deste representante, uma vez que sua atividade no interior da entidade não passaria despercebida; ao contrário, estaria relacionada à aquisição de benefícios para a associação. Os eventos relatados, comumente, apresentam o representante como protagonista das modificações realizadas na entidade.

Pois então em 91 eu saí da associação por que houve umas coisas e aí eu saí, mas foram novamente lá em casa me buscar, faz dois anos. E nesses dois anos nós trouxemos asfalto pra dentro da Santa Isabel, estamos construindo sede, a pracinha ali era um abandono e agora já é tudo cercado, é tudo bonitinho, as árvores plantadas fomos nós que plantamos, e temos cancha de bocha [...]. E da UAMCA me ligaram, queriam que eu fizesse chapa com o atual presidente, e eu fui convidado pra participar como diretor de esportes, pediram olha vocês arrumem o esporte pra nós, é tudo com vocês. E nós montamos o Sementes do Futuro, fizemos escolha da rainha, montamos os torneios, olha, quase tudo de esportes fomos nós que montamos [...] (ENTREVISTADO 7).

Eu participei da associação desde o seu nascimento, que foi em 1985, eu participava como voluntária, eu trabalhava, ajudava nas festas. Aí em 95 essa associação teve problemas de registros, ela não apresentou os registros, e ela sobrevive de convênio com a prefeitura, então ela tem obrigação de manter as prestações de contas, e aí a associação ia perder o registro, ia sumir a associação. Então como os pacientes já me conheciam, conheciam o meu trabalho, e me chamaram pra assumir a associação e eu não tinha assim experiência de ser presidente de associação, ainda mais de um segmento que é bem diferenciado. [...] Aí eu levei uns seis meses pra botá-la em dia e tinha que fazer todos os balanços, todas as folhas de pagamento, fazer todas as prestações de contas, das verbas pra botar a

associação na linha novamente. E graças a Deus quando eu peguei a associação ela não tinha um armário, nenhuma mesa, ela vivia de favor de uma clínica, e hoje tem uma sede e tem um patrimônio muito bom. A gente foi crescendo, crescendo, a gente tem um trabalho muito bom, e nós fomos bastante reconhecidos, já tivemos bastante homenagens por causa do nosso trabalho [...] (ENTREVISTADA 4).

Eu entrei numa associação comunitária e a gente fundou uma escolinha de futebol, e não era uma semana tavam dez, e vinte e cinquenta e aí a gente abriu time feminino e masculino. E até teve uma briga depois com um cidadão lá que achava que era dono da associação e não queria, e alegava que não dava, que eram um monte de marginais, que iam estragar tudo, e eu tinha uma visão diferente, o que que eu fiz? Abri o campo, pois eles queriam jogar, e disse vamo pinta, vamo pinta e vamo jogar bola, e eu jogava junto. E eles pintaram e cercaram, espalharam areia, e limparam tudo, esses que ele dizia que eram marginais. Depois a gente mudou de lugar a associação, e pensamos também em outros projetos e outras lutas pro bairro (ENTREVISTADO 10).

Desta forma, um longo período de trajetória associativa parece ser um fator importante para a escolha do representante no Conselho Municipal de Saúde. Através dos depoimentos é possível perceber que a trajetória associativa oferece experiências que são valorizadas no momento da escolha do representante, uma vez que conforme demonstrado, a grande maioria dos representantes possuem uma trajetória associativa com no mínimo dez anos de experiência. Durante as entrevistas os conselheiros descreveram sua atividade no interior da entidade ressaltando seu protagonismo e sua importância enquanto membro da associação, importância reconhecida por seus pares. O representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Canoas é alguém que não apenas possui uma experiência associativa de longa duração, mas que em sua maioria participa de forma ativa e significativa neste espaço. Portanto, neste primeiro aspecto da análise, o representante aproxima-se da concepção de trajetória associativa participativa e, conseqüentemente, de representante por identificação.

A análise dos dados também destaca um outro ponto que demonstra ser importante para a escolha do representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde: a ocupação de cargos de liderança no interior da associação. Entre os treze entrevistados, apenas três não exercem alguma função na diretoria da entidade, o que pode revelar a pertinência desta experiência para a escolha do representante pelos demais membros da entidade. De fato, participar da diretoria de uma determinada associação permite o acesso a um maior número de informações sobre os diferentes debates relacionados à natureza da instituição, bem como propicia a formação de uma rede de relações que poderia aumentar a probabilidade de que este indivíduo fosse escolhido como representante. O fato de ocupar uma posição dentro da diretoria reflete, em princípio, o exercício de responsabilidade, e a oportunidade de perpetuar ações que

possam receber maior visibilidade. Assim, há uma maior possibilidade de que alguém que é membro da diretoria da associação tenha seu nome conhecido e lembrado no momento de escolher um representante. Assim, mesmo em casos nos quais não há uma diretoria estabelecida, como é o caso da Pastoral da Criança, nota-se a presença de uma hierarquia, como é possível perceber pela existência de funções tais quais as de Líder e Coordenador. Em relação à escolha dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Canoas, este parece ser um fator relevante, uma vez que ao serem questionados sobre as formas de seleção do representante, todos os entrevistados esclareceram que foram indicados pela diretoria da associação. Assim, a partir dos depoimentos foi possível verificar que, de um modo geral, não há eleições para a realização da escolha dos representantes. Nos casos em que estas ocorrem estão limitadas aos membros da diretoria. Muitas vezes, é o próprio presidente ou aquele que ocupa o cargo mais similar a esta função, quem realiza a indicação.

Olha a gente é nomeado, e não muda muito, não muda o representante, não há assim um rodízio, né? Eu posso, no momento em que eu não quiser mais ser representante do conselho eu posso nomear outra pessoa, agora mesmo eu nomeei a minha vice, que a outra não tinha tempo quando eu precisava, ela não podia ir e aí não ia ninguém e a pauta pra entidade ficava em aberto. Aí tem esta moça que é bem assídua, gosta de trabalhar e gosta desta situação, aí eu chamei ela e mudei a representante suplente (ENTREVISTADA 4).

Eu fui indicado pelo presidente do sindicato na época, que ele mesmo era conselheiro, mas não podia ficar indo por que tu sabe que é cansativo, e ele tinha muito congresso e essas coisas, e não podia ir aí ele me indicou de suplente, ele assinou uns documentos e eu fiquei de suplente. E eu gosto, né? Aí depois eu fiquei de titular [...] (ENTREVISTADO 10).

Pois é, o meu nome foi escolhido numa plenária lá na pastoral, ah as mulheres não queriam, acham aquilo um saco, só essa que é minha suplente que gosta, por isso que eu indiquei ela de suplente, ela gosta de ir lá. E ta na hora dela passar pra titular e conseguir uma outra pra suplente, que eu já to faz muito tempo, não pode, tem que botar outros, né? Por que isso não é bom, não é educativo, e tem outras coisas que eu tenho que fazer, coisas novas [...] (ENTREVISTADO 6).

A realidade encontrada permite questionar se os mecanismos de escolha do representante dos usuários por sua entidade através da indicação de uma diretoria ou do presidente da instituição possibilitariam um aprendizado de democracia e de participação social. A escolha do representante passa a ser responsabilidade de um número limitado de membros, restringindo-se àqueles que ocupam uma função de destaque na associação. O afastamento das bases da discussão sobre a escolha do representante dos usuários no interior da entidade poderia acarretar um distanciamento destes atores do próprio debate que se

desenvolve no conselho de saúde. Tal afastamento do processo decisório poderia, quiçá, provocar um desinteresse dos demais integrantes da entidade pela temática, afetando inclusive a legitimidade deste indivíduo enquanto representante social no espaço em estudo. Outra questão que pode ser construída a partir desta reflexão e que poderia embasar futuras pesquisas é exatamente se esta forma de escolha influencia a própria atuação do representante no conselho de saúde, uma vez que, hipoteticamente, um indivíduo selecionado através de um processo eleitoral, a partir de um número expressivo de votos, poderia ter um maior respaldo para intervir na disputa estabelecida no interior do conselho.

Da mesma forma, procurou-se verificar se são realizadas reuniões entre os membros das entidades, compreendendo que esta atividade poderia proporcionar um momento de interação e debate, durante o qual os demais atores poderiam construir as demandas que desejam ver abordadas no conselho, bem como inteirar-se do que ocorre neste espaço. Todos os conselheiros referiram a existência de reuniões periódicas em suas entidades, mais comumente semanais (UAMCA, ATAPEC, Sindicato dos Trabalhadores Urbanos – Sindicato dos Metalúrgicos e Sindicato dos Petroleiros –, Pastoral de Criança, Sindicato dos Trabalhadores em Saúde) ou mensais (Portadores de patologias e ASMC), com a exceção do Entrevistado 11 que afirmou não estar ciente da periodicidade das reuniões por não participar delas com frequência. As Entrevistadas 4 e 12 referem que, em caso de necessidade, são realizadas reuniões extraordinárias, em um período menos espaçado de tempo. Entretanto é essencial ressaltar que as reuniões citadas pelos representantes limitam-se à presença da diretoria, não havendo, de um modo geral, tal atividade aberta aos demais membros da entidade. Segundo os representantes entrevistados, apenas a UAMCA realizaria uma reunião mensal em uma determinada associação filiada à entidade, sendo esta variável a cada mês, procurando abranger os diversos bairros da cidade, bem como a Associação dos Portadores de Patologia, cuja reunião mensal é aberta aos associados, que neste dia recebem uma cesta básica e assistem a palestras sobre um assunto de interesse dos associados.

Olha a gente tem reuniões regulares, mensais, onde a gente faz a entrega da cesta básica, nós também damos palestra, a próxima é até sobre motivação, por que eles têm que se motivar, né? É um público com muita dificuldade, que depende da gente pra tudo, pra marcar consulta, buscar exame... aí também a gente se reúne mensalmente pra fazer as nossas programações e ver a situação financeira, por que a gente vive de convênio, então é sempre uma luta [...] (ENTREVISTADA 4).

De algumas reuniões eu participo, né? É que eu não faço parte da diretoria, então não vou a todas, mas eu vou nas votações, assim pra eleger a diretoria, por que eu sou filiado, pago a minha mensalidade e tudo, então algumas reuniões eu vou. Mas só assim, quando abre uma oportunidade com

um vizinho meu que vai e me convida pra ir, senão não vou, né? É muito compromisso [...] (ENTREVISTADO 11).

Pois é, quando eu ia sair da Procuradoria e ia ter que sair do Conselho, aí eu comecei a interagir e conversando com a minha titular eu coloquei meu interesse em participar, meu interesse em trabalhar em uma instituição assim, por que é também uma coisa muito boa, então ela me convidou e em razão do instituto eu posso participar do conselho, juntou o útil ao agradável. Só que nas reuniões eu não posso ficar indo, né? Eu sei que tem reuniões, que tem atendimento lá, mas tu tem que ver com a Dona (ENTREVISTADA 4) [...] (ENTREVISTADA 3).

As nossas reuniões é pra ser semanal, mas é só da diretoria, saber o que ta trabalhando, pra ver os problemas que tem, botar em dia alguma coisa, por que como mudou a diretoria, assumiu um novo presidente e algumas modificações foram feitas, entende? Que nós não tinha nem sala própria, então ele assumiu e nós compramos aquelas salas ali, entende? E eu sou o segundo tesoureiro e nós temos também durante o mês, nós temos a reunião do conselho fiscal, são quatro pessoas que fiscalizam tudo, o que entrou de dinheiro, o que saiu... mas que nem tu perguntou, com os associados não tem, por enquanto é só com a diretoria. Estamos planejando mais tarde fazer, se tiver mais lugar, mais espaço, né? (ENTREVISTADO 2).

A partir dos depoimentos coletados é possível perceber que apesar da ocorrência de reuniões nas entidades, estas são limitadas a um pequeno grupo dirigente, não se tornando, assim, um espaço privilegiado de um debate mais amplo sobre as questões de interesse geral dos associados, como, por exemplo, a discussão desenvolvida no Conselho de Saúde. Os representantes entrevistados argumentam que o tema do Conselho de Saúde encontra-se em geral na pauta das reuniões; todavia são os associados que exercem algum cargo no interior da diretoria aqueles que possuem maior facilidade de acesso a tais informações.

A gente se reúne todas as segundas-feiras, são doze diretores que se reúnem todas as segundas-feiras e num primeiro momento fazem um apanhado geral da semana, pegam a agenda da semana anterior e a gente vai vendo cada um, em que evento esteve, e se faz um relato do que se passou em tal evento, em tal assembléia, nos conselhos, e num segundo momento se faz o planejamento da semana e decide quem vai pra cada espaço (ENTREVISTADO 13).

Assim, os espaços oferecidos pelas reuniões periódicas permitem que apenas uma parcela dos membros da entidade se conscientize do andamento do processo decisório que ocorre no interior dos Conselhos de Saúde. Portanto, passa-se a levantar a questão sobre o momento em que são construídas as demandas defendidas pelos representantes dos usuários das diferentes entidades. Este é um ponto interessante a fim de se examinar a origem das demandas abordadas pelos conselheiros no espaço de representação, analisando se as necessidades colocadas em pauta referem-se a situações propostas pelos membros da associação ou pelo

próprio conselheiro. No caso em estudo, os entrevistados relataram que, comumente, as demandas apresentadas no conselho de saúde são referentes a denúncias e reclamações feitas pelos associados. Assim, não há um espaço ou mesmo um momento específico com o intuito de reunir tais queixas e debatê-las, a fim de refletir e decidir sobre a melhor forma de pautá-las no conselho, sendo a demanda apresentada pelos associados de forma espontânea.

As demandas que nós temos é basicamente por denúncia, a gente tem um jornal mensal, a gente panfleteia do lado de fora do portão do hospital, pra quem ta entrando ou saindo e ali tem o telefone de contato e o pessoal que sabe o que ta acontecendo liga, né? E Diz, olha, tá atrasando o salário, não tão depositando o meu fundo de garantia, to com problema com a chefia e tal. E nós tentamos pautar no conselho, né? (ENTREVISTADO 13).

Pois é, e eu fico vendo muita gente reclamar, por que eles reclamam pra gente, né? Que pra poder tirar uma radiografia, pra fazer um exame de colesterol, que tem que consultar um médico antes, né? Então vem aqui reclamar comigo, que não pode ser assim... Aí tem um colega meu, que é uma pessoa bem atualizada e que já é bem antigo aqui e eu e ele encaminhamos as coisas aqui. A gente leva a solicitação do que está errado e o presidente e todo mundo assina e leva pro conselho, né? Aí eles vão ver e discutir e ver onde é que vai chegar a conclusão daquele problema entende? (ENTREVISTADO 2).

Eu recebo queixas aqui na minha casa mesmo, das coisas que acontecem no hospital, no posto de saúde, e o que eu faço? Eu levo tudo pro presidente [do Conselho Municipal de Saúde de Canoas], tudo por escrito, e aí nós vamos resolver isso, vamos lá no hospital, se ta faltando remédio no posto, a gente vai lá. É assim, as pessoas vêm aqui se queixar [...] (ENTREVISTADO 7).

Além da demanda espontânea dos associados, alguns representantes referem a própria experiência enquanto usuário do Sistema Único de Saúde como um subsídio para construir as demandas e intervir na discussão no interior do Conselho. Assim sendo, estão presentes em alguns depoimentos relatos de dificuldades atravessadas pelos próprios representantes para acessar a rede dos serviços públicos de saúde ou mesmo situações presenciadas por estes indivíduos e que envolviam a temática de saúde. Alguns entrevistados defendem que estas experiências poderiam ser generalizadas, pois seriam representativas de uma realidade mais ampla.

Então eu vejo essas coisas que acontecem comigo enquanto usuário, né? Essas coisas que eu analiso, por que eu não olho pra frente, pra quem ta melhor que eu, por que se eu não chego no SUS eu ainda ia poder pagar um exame, eu penso naquele que não tem condição. E aí eu vejo quando tenho que fazer um exame e não consigo e até pra ir, o que eu gastei de táxi, por que eu não posso ficar indo assim de lá pra cá e caminhar muito. E eu vejo que é a mesma coisa que falam lá na ATAPEC, ah não consegui

fazer exame e eu tendo que fazer também. Então eu analiso e levo lá no Conselho (ENTREVISTADO 1).

Eu sempre fui nos lugares, né? Pra fiscalizar a qualidade, o atendimento, por que no hospital o acesso é ruim, mas depois que tu tiver no quarto tu é bem atendido. Tem o problema do posto de saúde que era pra ser 24 horas, e não tem. Aí e levei o meu filho, oito e meia da noite, e aí não tinha médico, tive que levar pro hospital, e essas coisas é que proponho nas comissão. E como representante dos usuários eu levo o que eu vejo, é cinquenta, sessenta pessoas nos corredores, meses pra fazer exame, isso aí [...] (ENTREVISTADO 10).

Logo, é possível perceber que a construção das demandas que são defendidas pelos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Canoas provém, comumente, de experiências pessoais dos conselheiros, das reuniões realizadas junto à diretoria da entidade e através da procura espontânea por informações pelos demais membros da associação. Ao explicitarem a utilização de experiências pessoais a fim de instrumentalizar seus argumentos, os conselheiros demonstram a crença de que tais situações são encontradas pelos demais membros da associação da participam. A realização de reuniões entre os membros da diretoria da entidade pode fornecer subsídios importantes na construção das demandas defendidas pelo conselheiro no espaço representativo, permitindo que a atuação deste esteja embasada com argumentos mais sólidos e sustentada, hipoteticamente em interesses de um número mais significativo de pessoas. Entretanto, a restrição de um maior acesso ao debate desenvolvido no Conselho de Saúde pode gerar um afastamento dos demais associados, alijados do conhecimento sobre a temática. Este fato poderia estar relacionado à questão da demanda espontânea, mecanismo utilizado para verificar as necessidades dos associados. O desconhecimento sobre o debate em andamento no conselho, e o conseqüente distanciamento da discussão pode acarretar em um menor número de pessoas apresentando suas queixas e experiências, as quais poderiam ser essenciais para o delineamento da situação e das dificuldades atravessadas por estes grupos quanto à utilização dos serviços públicos de saúde. Este ponto está diretamente vinculado, deste modo, com a questão do vínculo entre representante e representado, pois o distanciamento de suas bases pode propiciar uma situação de enfraquecimento da atuação do representante, cujos atos e intervenções não possuiriam respaldo em sua entidade. Tal realidade é percebida, muitas vezes, pelo próprio conselheiro, que relaciona uma atuação mais independente de um representante ao afastamento deste de suas bases. Durante as entrevistas, apontou-se como solução para tal fato a criação de conselhos de saúde locais, nos quais as diferentes comunidades poderiam discutir as questões referentes à saúde da localidade na qual estão inseridas. A constituição destes espaços

deliberativos e fiscalizadores poderia aumentar o interesse da população pela temática da saúde, uma vez que seriam debatidas questões mais próximas a sua realidade e cujos resultados talvez fossem mais facilmente visualizados.

Ocorre que tem algumas entidades em que ainda o conselheiro, e isso a gente nota, que o conselheiro luta muito só, a entidade a qual ele ta representando não apóia ele, não busca ele, não cobra ele, ele busca mais ou menos sozinho e às vezes até consegue fazer funcionar bem. Mas o bom seria mesmo que a entidade tivesse acompanhando o trabalho dele, mas sabe que até o conselho já ta pensando nisso com a questão da criação de conselhos locais, ou seja, a comunidade participando nas decisões do seu posto de saúde, da sua unidade básica de saúde, então cria outro canal, né? Ontem mesmo tu viu, foram duas representantes de conselhos locais e repassaram no posto de saúde tudo o que foi discutido na reunião do Conselho [Municipal de Saúde]. Então aí tu vai ampliar o diálogo, tu vai atingir mais áreas [...] (ENTREVISTADO 8).

Estas experiências, entretanto, ainda são incipientes e, apesar de indubitavelmente apresentarem-se como um canal promissor de contato da comunidade com a temática de saúde, bem como um espaço de exercício participativo, não deveriam substituir o estabelecimento de um espaço de discussão na própria entidade, que, a princípio, seria o local de referência da relação entre representante e representado. Desta forma, mostra-se importante a presença e o adequado funcionamento de um espaço de interação entre representantes e representados nos quais não apenas possam ser construídas, mas também informações sobre o andamento do processo decisório devem ser repassadas aos membros da entidade. Os associados, assim, passariam a acompanhar a atuação do representante e verificar se suas demandas estão ou não sendo atendidas e como se desenvolve a disputa dentro do Conselho de Saúde. Portanto, as entrevistas realizadas também abrangeram a existência de mecanismos informativos ou espaços nos quais os representados tomariam conhecimento sobre as questões debatidas no Conselho de Saúde. Em relação a esta questão alguns representantes referiram a prática de imprimir e distribuir panfletos, nos quais, algumas vezes podem estar contempladas questões relativas á temática da saúde, ou a exposição de uma informação, em sua opinião, de maior relevância em um mural na associação. Todavia, a grande maioria esclareceu que as questões abordadas no Conselho de Saúde são informadas somente nas reuniões de diretoria e, para um público mais amplo, através da mesma forma utilizada para a verificação das necessidades dos associados: a demanda espontânea.

É, tudo funciona ali com informativos, né? Por que a gente tem um jornal aqui em Canoas, que é *O Timoneiro* e que tem uma coluna onde a gente coloca algumas informações. Também tem os nossos murais, onde a gente informa as coisas e tem muita circulação aqui na associação, as

peessoas podem olhar ali o painel, né? Por ali a gente consegue divulgar bastante coisa (ENTREVISTADA 12).

Bom, o pessoal do sindicato e das associações aqui me cobra muito, né? Não é bem que eles me cobram, é que eles ficam perguntando, então, como eu faço parte do conselho de saúde eles querem saber quando surge uma propaganda, sei lá, como aquela que o governo tava dando um cartão do SUS, e eles querem saber como é que faz isso, então eu pegava todas as anotações do que eles queriam saber, ia nas reuniões [do Conselho Municipal de Saúde de Canoas] e depois explicava pro pessoal, falava pra eles (ENTREVISTADO 11).

Eu sempre procuro conversar, né? E orientar as pessoas, quando me procuram lá no sindicato, ou até na rua, que as pessoas me vêm do material ou do jornal que a gente distribui, e elas vêm mais no sindicato pra saber das questões da saúde do trabalhador, que a gente trabalha muito nesta área, né? E é isso que o representante tem que fazer, né? Eu acho que ele permanentemente tem que orientar as pessoas sobre postos e clínicas, e é isso que eu faço (ENTREVISTADO 10).

A maioria das demandas a gente não costuma passar pras nossas bases, né? É que a gente tem uma base muito extensa de representados pelo sindicato, então a gente procura dar ênfase nas coisas mais graves. Então, a gente até procura fazer um trabalho direcionado, por exemplo, pros trabalhadores de Canoas, dos trabalhadores do hospital, quando tem um problema específico, aí a gente faz um informativo, um suplemento especial sobre o que ta acontecendo, mas é quando acontece assim, um problema que a gente designa como grave, senão a gente divulga mais nas reuniões das segundas-feiras que eu te falei [...] (ENTREVISTADO 13).

Desta forma, é possível perceber que não há nenhum momento ou espaço que garanta às bases o acesso às informações relacionadas ao debate estabelecido no Conselho Municipal de Saúde de Canoas. Assim, com exceção da cúpula diretora das diferentes associações, para a grande maioria dos membros das entidades o conhecimento das questões relacionado está na dependência de um maior interesse e esforço destes indivíduos em procurar os representantes e inteirar-se da discussão. A dificuldade de acompanhar o desenrolar do processo decisório pode afastar o representado da temática em questão e originar uma situação distanciada da intenção original de permitir uma maior participação social nas decisões relacionadas ao setor público. Para melhor delinear este ponto foram realizadas entrevistas com associados de algumas entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde de Canoas a fim de verificar de que modo se dá a relação entre representante e suas bases, se estas conhecem seu representante e se mantém contato com este a fim de expor suas demandas, bem como para verificar se estas estão sendo defendidas e sua recepção nestes espaços. As entidades selecionadas foram a ATAPEC, UAMCA, Pastoral da Criança e Associação dos Portadores de Patologias. Todas as entidades possuíam sede própria

ou alugada para o exercício de suas funções. As entrevistas não foram realizadas em todas as entidades devido à disponibilidade de tempo e às dificuldades de acesso. Entre os critérios de escolha das entidades citadas estão a sua representatividade enquanto número de associados, bem como no interior do conselho e a referência a realização de reuniões com os representados. Assim, abordou-se tais questões, considerando se este indivíduo exerce alguma função no interior da entidade que lhe possibilitasse um maior acesso às informações trazidas pelo representante. Foi possível identificar que os representantes que participam da associação executando funções no interior diretoria, ou que a esta tem um acesso maior, de um modo geral, recebem um maior número de informações bem como têm uma maior capacidade de acompanhar as ações deste representante. Estes referem a realização de um controle sobre a atuação dos conselheiros escolhidos, explicitando a importância deste espaço e da cobrança sobre os atos destes atores.

A gente tem representação pela UAMCA em vários conselhos, através da representação de membros da diretoria, e a gente controla vivamente o desenvolvimento destas pessoas nos conselhos, a gente sempre faz uma integração, por que a gente tem que saber, né? Do que ta acontecendo. A gente tem, não sei se tu sabe, a presidência do Conselho de Saúde. E aí, a gente fica sabendo bastante deste conselho, a gente discute internamente sobre os avanços que Canoas tem tido na saúde... (REPRESENTADO 1— UAMCA — Membro da Diretoria).

Olha aqui na ATAPEC funciona assim, quando os nossos associados vêm aqui e reclamam a gente tenta levar lá pro Conselho. Mas nem sempre passa, né, nós não somos a maioria lê. Agora eu até fiz uma proposta pros meus conselheiros, que tudo aquilo que for muito grave e que o conselho não der solução a gente não vota mais verba nenhuma pra setor nenhum, enquanto eles não resolverem o problema. E aqui na ATAPEC o conselheiro tem que levar pro conselho e depois trazer o que foi proposto e qual a aceitação lá, qual repercussão lá no conselho, a ATAPEC exige isso (REPRESENTADO 2 —ATAPEC— Membro da Diretoria).

Olha, o Conselho de Saúde tem outros colegas meus que participam, que são os representantes no Conselho Municipal de Saúde, né? Mas a gente fica sabendo nas reuniões, eles expõem as suas atividades nos dias de reunião, e a gente fica sabendo de alguma coisa, eles trazem pro conhecimento da gente, né? Eu que me interessa muito por isso também vou lá e pergunto (REPRESENTADO 3 —ATAPEC— Membro da Diretoria).

Nas entidades nas quais não há a presença de uma hierarquia mais elaborada ou no caso daquelas associações que dispõem de uma maior infra-estrutura, porém cujos membros da diretoria são recém empossados, é possível verificar que estes atores muitas vezes desconhecem, não apenas a discussão que se estabelece no espaço do Conselho, mas até mesmo ignoram quem são seus representantes. Entre os 9 entrevistados (dois da UAMCA, dois da

ATAPEC, 3 da Associação de Portadores de Patologias e 2 da Pastoral da Criança) apenas 3 conheciam os dois representantes no Conselho Municipal de Saúde: um representado da UAMCA e os dois da ATAPEC. As duas representadas da Pastoral da Criança e uma representada da Associação dos Portadores de Patologias, entidades nas quais não há uma hierarquização mais estruturada, ocorrendo na primeira uma divisão entre funções de coordenadores e líderes, mas não uma diretoria estabelecida, enquanto na segunda encontram-se apenas funções de presidente e vice-presidente, sendo os demais trabalhadores voluntários, referiram conhecer apenas um entre os representantes do Conselho Municipal de Saúde. Duas representadas da Associação dos Portadores de Patologias e um representado da UAMCA desconheciam ambos representantes.

Olha, ele [entrevistado 6] é como um porta-voz, né? Ele traz as coisas tudo pra cá. E é importante isso, por que ele tem tempo pra essas reuniões, é difícil a gente ter tempo, e também ele gosta destas coisas de políticas públicas, tem que ser alguém que conhece estas coisas, né pra defender a gente lá. Tem que ser alguém que não se venda sabe, por que tem gente que diz que vai te representar e passa pro outro lado (REPRESENTADA 4 – PASTORAL DA CRIANÇA—Líder Comunitária).

Olha a gente tem reunião toda a quinta, aí a gente discute essas coisas de conselho, o Seu [entrevistado 6] fala as coisas e ele é bem assim, né? Decidido, não quer nem saber mete o pé e vai... (REPRESENTADA 5 – PASTORAL DA CRIANÇA— Líder Comunitária).

Ah, a Dona [entrevistada 4] é que vai lá, ela e a assistente social que vão nestes lugares, ela sabe bastante, tem muita experiência. As reuniões são todo o mês, que é quando tem a cesta básica, a gente dá uma cesta básica, né? Aí ela fala o que ta acontecendo, conta se tem alguma novidade pra nós (REPRESENTADA 6 – PORTADORES DE PATOLOGIAS – Secretária).

Na verdade eu não sei te responder sobre essas coisas, eu to há seis meses só lá na diretoria da UAMCA, e não sei, até agora não ouvi nada sobre isso nas reuniões que eu fui [...] (REPRESENTADO 7 – UAMCA – Membro da direção).

Isso de conselho eu não posso te ajudar, não sei como funciona, eu to aqui há três anos, mas não sei disso [...] (REPRESENTADA 8 – PORTADORES DE PATOLOGIAS – Voluntária).

A análise dos dados apresentados sobre a trajetória associativa e a relação entre representantes e representados permite realizar uma reflexão sobre a aplicabilidade ou não dos conceitos elaborados no primeiro capítulo da presente pesquisa. Em relação à trajetória associativa é possível perceber uma tendência à aproximação de características de um representante por identificação, uma vez que há, na grande maioria dos casos, uma longa

experiência associativa bem como o exercício de cargos de liderança, seja em uma função de diretoria, nas entidades que possuem uma estrutura burocrática maior, ou alguma função de coordenação nas demais associações. A trajetória associativa de longa duração permite que este ator construa uma rede de relações bastante diversificada, o que pode facilitar-lhe o acesso aos mais diferentes espaços, propiciando-lhe um maior capital social. A longa experiência, o contato intenso com os demais membros da associação permite que este representante identifique-se com a realidade destes indivíduos, que se torna a mesma que a sua, propiciando que estes comunguem alguns interesses e necessidades. Um longo período de experiência associativa permite que este representante conheça com maior profundidade as discussões relacionadas aos interesses da associação e parece ser um requisito importante na escolha deste conselheiro. Da mesma forma, a ocupação de um cargo de liderança proporciona um maior conhecimento dos trâmites administrativos, do debate vinculado às questões referentes à associação. A ocupação de um cargo de liderança denota, a princípio um maior comprometimento com a realidade da associação, bem como um maior conhecimento das questões burocráticas e administrativas da instituição. Parte-se do princípio que a ocupação de um cargo de maior responsabilidade na associação não é um elemento indicador de diferenciação, mas demonstra sua identificação e adesão à proposta da associação. Portanto, neste aspecto foi possível aproximar a trajetória associativa dos representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Canoas à concepção de representante por identificação, já que parece haver uma escolha preferencial por representantes que ocupam algum cargo de liderança dentro da associação.

Em relação ao vínculo estabelecido entre representante e representado no caso de Canoas verificou-se que não há a presença de um vínculo orgânico na maioria das situações, compreendendo este conceito como um comprometimento entre representante e suas bases, verificado através da preocupação deste indivíduo em interagir com seus representados, bem como mantê-los informados sobre seu desempenho nas funções delegadas. O vínculo orgânico pressupõe o interesse de ambas as partes de manter um contato regular de tal forma que o representado acompanhe a atuação do representante. Esta forma de vínculo está mais relacionada à representação por identificação, e neste estudo os dados coletados nos depoimentos apontam para a presença de um vínculo orgânico apenas em algumas situações, onde existe uma entidade mais estruturada, com uma hierarquia elaborada, assim como a construção de redes de relações estreitas entre representantes e representados. Da mesma forma, verificou-se que este tipo de vínculo apresenta-se, de um modo geral, entre representante e um grupo restrito de representados, ou seja, aqueles que ocupam algum cargo na diretoria da associação. Entretanto, ele pode ocorrer em algumas situações nas quais não se evidencia a

existência de um aparato hierárquico e burocrático complexo, como no caso da Pastoral da Criança. Neste caso, ao analisar-se as entrevistas, a formação do vínculo orgânico, expresso no reconhecimento da atuação do representante e na preocupação deste em informar suas bases do processo decisório realizado no espaço do conselho, está associado ao longo tempo de participação do representante na entidade em questão, bem como sua inserção e atuação no interior da comunidade, que propiciou a este indivíduo reconhecimento por parte desta população. Contudo, no presente estudo não foi possível encontrar uma forma homogênea de vínculo, uma vez que muitos representantes demonstram ter uma atuação independente de suas bases, que em alguns casos sequer conhecem seus representantes. Uma vez que inexistente um canal de comunicação entre representante e suas bases, supõe-se que as demandas defendidas por estes atores restringem-se a seus interesses ou a temas que estes acreditam ser de interesse de seus representados. Assim, esta reflexão propicia questionamentos para futuras pesquisas, como, por exemplo, analisar de que forma a prevalência de uma situação de independência entre representantes e representados afeta a atuação destes representantes, questão que, apesar de não ser o foco deste estudo, mostra-se pertinente a fim de mapear como se dá a atuação dos atores sociais que vêm ocupando estes novos espaços participativos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa dedicou-se à análise da representação social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canoas abrangendo somente os representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, foram avaliadas as trajetórias individual e associativa dos representantes, bem como a relação estabelecida entre representante e representados. Procurou-se confrontar os dados coletados com os conceitos construídos ao longo do capítulo 2 e que estão no cerne do debate proposto pelo estudo em questão. A discussão sobre a noção de representação dos diversos autores que abordam esta temática permitiu a construção de dois tipos de representação: a representação por identificação, na qual o representante é selecionado por possuir um determinado tipo de experiências que o aproxima da realidade dos representados, e a representação por diferenciação, expressa pela escolha de um representante com características diferenciadas de suas bases. Estas formas de representação estariam associadas a tipos de trajetórias e vínculos específicos.

As dimensões da trajetória individual contempladas neste estudo foram a ocupação profissional, a experiência participativa, o grau de escolaridade e outros atributos relacionados a estas questões. Partiu-se da hipótese de que uma ocupação profissional vinculada à área de saúde poderia facilitar a escolha deste representante, bem como uma prática profissional que possibilitasse a frequência nas reuniões, como o caso de profissionais autônomos ou mesmo pessoas já aposentadas. O grau de escolaridade semelhante aos dos associados poderia tornar o representante representativo; caso contrário poderia significar a escolha de um indivíduo diferenciado e que, supostamente teria um desempenho mais desenvolvido, por um domínio de retórica ou mesmo do vocabulário determinado sobre o tema, e maior possibilidade de obter as reivindicações dos representados. A experiência participativa abriga questões como experiência no conselho municipal de saúde ou em outros espaços, bem como a filiação partidária. Uma trajetória individual participativa e próxima da realidade dos representados estaria associada à representação por identificação; ao contrário, seria relacionada à representação por diferenciação.

Em relação à trajetória associativa, o presente estudo privilegiou o tempo de associativismo, através da hipótese de que um longo tempo de associativismo permitiria recursos e o estabelecimento de relações que favoreceriam sua escolha como representante. O mesmo poderia ser dito para o exercício de cargo de liderança dentro da associação. Assim, ambas características estariam, a princípio, relacionadas à representação por identificação, enquanto a representação por diferenciação remete a uma situação de maior independência,

não necessitando de situações que propiciem a criação de laços entre representantes e representados. Por este motivo, o vínculo formado entre representantes e representados na representação por diferenciação seria algo formal, pelo exercício da função, enquanto na representação por identificação haveria a construção de um laço de solidariedade entre representante e suas bases, percebido pelo acompanhamento e suporte oferecido por estas sobre a atuação do representante.

Em relação à trajetória individual foi possível perceber que a ocupação profissional dos representantes dos usuários é bastante heterogênea e, ao contrário do que supunha num primeiro momento, não está relacionada de forma direta com a área de saúde. De fato, a ocupação profissional parece estar mais vinculada à questão da disponibilidade de tempo, uma vez que entre os nove representantes que não estão aposentados, três são profissionais autônomos e os demais exercem atividades no interior de suas entidades, sendo que a própria presença no espaço participativo confunde-se com suas atribuições profissionais. O número de aposentados também reflete a importância da disponibilidade de tempo que, supostamente, estes teriam, possui no momento da escolha dos representantes. Claro que se deve considerar que a inclusão da Associação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas de Canoas entre as entidades dos usuários do SUS eleva o número de participantes aposentados entre os conselheiros. Além disso, é importante ressaltar que muitas vezes uma profissão que não está diretamente relacionada à temática de saúde, pode permitir o contato indireto com a área. Já o grau de escolaridade parece ser um fator de maior importância, uma vez que apenas 3 representantes possuíam o primeiro grau incompleto, enquanto entre os demais 5 possuíam o segundo grau completo, 1 o terceiro grau incompleto e 4 o terceiro grau completo. De um modo geral, um maior grau de escolaridade pode conferir recursos tais como uma maior facilidade de utilizar a retórica e intervir nos espaços de representação, por exemplo, que devem ser percebidos e utilizados pelo detentor e valorizados pelos demais integrantes daquele espaço. Contudo é válido ressaltar que um alto grau de escolaridade também possui uma simbologia referente à atribuição de autoridade àquele que possuiria determinados conhecimentos aceitos socialmente. Assim, um determinado indivíduo que possui um alto grau de escolaridade, detém um determinado conhecimento que é valorizado e legitimado enquanto conhecimento científico, e por isso percebido como válido, por aqueles que estariam autorizados a especificar o que é ou não científico. O fator simbólico atribuído ao grau de escolaridade não deve, assim sendo, ser olvidado e parece ser um critério relevante no momento de escolha do representante.

A experiência participativa prévia ou atual, já que muitos representantes atuam em diversos conselhos ao mesmo tempo, parece ser o fator mais importante entre os indicadores elaborados a partir da trajetória individual. Entre os treze representante 8 participavam ou haviam participado em outros conselhos ou do Orçamento Participativo. Portanto, os dados coletados demonstram que esta experiência é um elemento valorizado no momento de escolha do conselheiro. A participação nestas instâncias poderia propiciar um maior conhecimento do funcionamento destes espaços, o que contribuiria para uma maior facilidade de contribuir no debate e expor as reivindicações de suas bases. A maioria dos conselheiros já participava do Conselho Municipal de Saúde de Canoas há dois anos ou mais, sendo que alguns estavam presentes desde a sua criação. Isso mostra a tendência a escolher indivíduos “especialistas” em participação, ou seja, muitas vezes são os mesmos atores que ocupam os espaços de participação social. Por um lado tal opção apresentaria a vantagem de que tais atores já conheceriam os mecanismos e os recursos valorizados em tais locais, o que acarretaria uma maior possibilidade de intervenção no debate. Por outro é importante questionar se tal prática prejudicaria o aprendizado democrático dos atores da sociedade civil, uma vez que não haveria um revezamento entre estes.

Outra questão que se evidenciou pertinente em relação à trajetória individual foi a filiação partidária. Entre os 13 entrevistados, 6 possuíam filiação partidária, sendo 4 inscritos no Partido dos Trabalhadores e 2 no Partido Trabalhista Brasileiro. É possível perceber que os entrevistados filiados ao Partido dos Trabalhadores comungam de um discurso bastante crítico sobre o funcionamento do CMS de Canoas. É possível perceber assim que se estabelece um embate político neste espaço, que extrapola o tema da Saúde e que perpassa a discussão apresentada no Conselho. A cidade Canoas está atualmente sob a gestão do Partido da Social Democracia Brasileira, e durante as entrevistas foi possível perceber que a Prefeitura participa de uma série de eventos promovidos por diversas entidades, bem como preocupou-se com a questão do Conselho de Saúde no sentido, por exemplo, de garantir a infra-estrutura da sala na qual se realizam as reuniões, etc. Há uma crítica comum dos representantes dos usuários em relação a esta questão, defendendo que tal prática poderia influenciar no debate promovido no conselho. Foi possível perceber, durante as observações realizadas nos dias de reunião, que os representantes filiados a partidos, de um modo geral, intervinham frequentemente nas discussões, contrapunham-se a outros atores, faziam sugestões e questionavam as informações e questões propostas em pauta. Assim, a filiação partidária talvez proporcione um arcabouço de experiências políticas que favorecem a escolha de um determinado representante. A filiação partidária permite um conhecimento do vocabulário utilizado na disputa de recursos

políticos, bem como pode facilitar a prática do uso da palavra a fim de reivindicar as demandas das bases.

Todavia, os aspectos mais relevantes para a escolha de um representante da sociedade civil organizada são aqueles relacionados à trajetória associativa dos indivíduos. É possível perceber a partir das informações obtidas nas entrevistas que a maioria dos entrevistados possuía dez anos ou mais de experiência associativa, mesmo que não necessariamente nas entidades das quais são membros atualmente. O tempo de associativismo permite a aquisição de experiências sobre os mecanismos e funcionamento das associações, bem como posicionar-se não apenas internamente, mas em relação a outras instâncias, da sociedade civil e do Estado. Não apenas esta questão apresentou-se fundamental para a compreensão dos fatores valorizados para a escolha do representante: a ocupação de cargos de liderança no interior das entidades. Dez entre os treze entrevistados são membros da diretoria de suas associações. A participação na diretoria de sua entidade pode propiciar ao indivíduo um maior conhecimento sobre a realidade da associação, contato com os trâmites burocráticos e com atores de outras instâncias, proporcionando elementos valorizados na escolha do representante. A ocupação de uma posição dentro da diretoria requer, de um modo geral, um grau de envolvimento do indivíduo com a entidade, bem como exige, muitas vezes, tomar decisões que dizem respeito à associação. Tais questões podem ser relevantes na seleção do representante, acrescentadas ao fato de que uma posição dentro da diretoria permite a construção de uma rede de relações importantes para a decisão sobre quem será o representante nos determinados espaços sociais.

São exatamente as relações estabelecidas no interior da diretoria que se apresentaram importantes no momento da escolha do representante, uma vez que nas entrevistas os conselheiros relataram que a seleção ocorre por indicação da diretoria e não através de um processo eleitoral mais amplo, aberto às bases. Assim, o exercício de um cargo de diretoria no interior da associação confere um reconhecimento da atuação deste ator entre os demais pares, o que parece ser fundamental na escolha do representante. Há o estabelecimento de um vínculo orgânico entre o representante e os demais membros da diretoria, que acompanham e suportam a atuação do conselheiro. Entretanto, tal vínculo, importante para a escolha do representante, é limitado aos membros da diretoria, que realizam a supervisão sobre os atos do representante durante as reuniões da associação, nas quais costumem solicitar informações e levantar questões e que, de um modo geral, não são abertas ao grande público. A própria construção das demandas que serão defendidas pelo representante no espaço social ocorre de modo mais informal, ou seja, a partir de uma denúncia, por exemplo. Não há um momento

específico em que as bases podem deliberar e elaborar uma série de reivindicações; a construção de demandas pelas bases dependerá do conhecimento dos atores sobre a possibilidade de solicitar ao representante a atenção à necessidade referida, a ciência de quem é este representante e da instância na qual este exercita sua função, etc. Esta prática, portanto, fica restrita a relações pessoais, como familiares, vizinhos, outros membros da comunidade na qual o representante vive, ou aos membros da diretoria da própria associação, que detém um maior número de informações relevantes para a consecução desta ação. Desta forma, são os membros da diretoria que, em princípio tem uma maior possibilidade de estabelecer o contato com os representantes, também integrantes da direção, e decidir o que deve ser levado às reuniões do Conselho de Saúde. O vínculo orgânico, em grande medida propiciado pela trajetória associativa participativa, de longa duração e abrangendo períodos de exercício de cargos de liderança, estabelecido não se dá entre representantes e bases em geral, mas sim entre representantes e a diretoria. Este laço pode ocorrer também entre representantes e suas bases, mas é a relação estabelecida com os demais membros da diretoria que possui uma marcante influência na escolha do representante.

Por fim, os dados parecem demonstrar a existência de uma forma híbrida de representação no Conselho Municipal de Saúde de Canoas, talvez com uma maior tendência à aproximação da idéia de representação por identificação. Em relação à trajetória individual parece haver uma predominância na escolha de representantes que de um certo modo se diferenciem de suas bases por características apropriadas de experiências pessoais especiais que o tornariam mais apto ao desempenho das funções. Assim há a tendência de escolher alguém que possa disponibilizar um tempo maior ou que possua um alto grau de escolaridade. É claro que para precisar esta relação haveria a necessidade de pesquisar mais detalhadamente qual a realidade dos associados, além dos entrevistados no presente estudo. A trajetória associativa participativa, cujas dimensões apresentaram-se fundamentais para o entendimento do processo de escolha do representante, e a formação do vínculo orgânico, observados através dos relatos dos conselheiros, aproximam a realidade destes representantes da representação por identificação. Contudo, tal relação de identificação, ressalta-se uma vez mais, ocorre, essencialmente, entre representantes e membros da diretoria. A presente pesquisa procura assim, levantar questionamentos para futuros estudos, indagando o que estes achados revelam sobre os novos modos de representação e sua relação com as formas de organização presentes na sociedade civil brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Mônica; AZEVEDO, Sérgio de. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves.; RIBEIRO, Luiz César Queiroz.; AZEVEDO, Sérgio de.(Org.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004, p.161-192.

BONNEWITZ, Patrice. *Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu*. São Paulo: Editora Vozes, 2003.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. 3. Ed. São Paulo: Papyrus, 2000.

BRASIL. RGS. CANOAS. FEE. Fundação de Economia e Estatística. Site: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Canoas>. Acesso em 9 de dezembro de 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Site: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 9 de dezembro de 2006.

BRECHT, Bertold. In: <http://megawork.br.tripod.com/epigrafes/> acessado no dia 24 de março de 2007.

CARVALHO, Ana Maria Pinho de. Radicalizar a democracia: o desafio da reinvenção da política em tempos de ajuste. *Revista de Políticas Públicas*. São Luis, v6, n.2, 2004, p.7-25.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 4, n.7 janeiro/junho 2002 pp. 18-49.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato Monseff; FUKS, Mário (Orgs.) *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Curitiba: Fundação Araucária, 2002, pp.167-209.

COSTA, Ricardo César da Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia Política*, n.18. Curitiba, junho de 2002. Acessado em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

44782002000100005&lng=en&nrm=iso>. Access on: 07 Sep 2006. doi: 10.1590/S0104-44782002000100005. no dia 7 de setembro de 2006.

COSTA, Sérgio. Esfera Pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil - uma abordagem tentativa. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 38, 1994, pp.38-52.

COSTA, Sérgio. *As Cores de Ercília: esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais*. Belo Horizonte: editora da UFMG, 2002.

DAVID, Clarete Teresinha Nespolo de. *Representantes e Representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e dos espaços descentralizados do Conselho Municipal de saúde de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, UFRGS, Porto Alegre, 2005.

GARGARELLA, Roberto. *El ideal de la democracia deliberativa en el analisis del sistema representativo: algunas notas teóricas y una mirada sobre el caso de la Argentina*. Sociedad, Buenos Aires, n. 6, 1994, p.77-94.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Glória. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de.(Org.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004, p.57-96.

HAYEK, Friedrich von. *The meaning of welfare state*. In: *The welfare state reader*. Edited by Francis G. Castles and Christopher Pierson. Cambridge: Polity Press, 2000.

KORPI, Walter. The power resources model. In: *The welfare state reader*. Edited by Francis G. Castles and Christopher Pierson. Cambridge: Polity Press, 2000.

LAVALLE, Adrian Gurza. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 90. *Novos estudos*, n.66, julho/2003.

_____; CASTELLO, Graziela; BICHIR, Renata Mirandola. Quando novos atores saem de cena: continuidades e mudanças na centralidade dos movimentos sociais. *Política e Sociedade Revista de Sociologia Política*. Florianópolis, n.5, outubro de 2004, p.35-53.

_____; HOUTZAGER; Peter P.; CASTELLO, Graziela. *In whose name? Political representation and civil organisations in Brazil*. Brighton, Sussex: Institute of development Studies, June 2005.

LECOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n.6, vol.2, 2001. Disponível no site <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext> Acessado 19 de fevereiro 2007.

LUCHMANN, Lígia helena Hahn. Os Conselhos gestores de Políticas Públicas: desafios do desenho institucional. *Ciências Sociais Unisinos*. São Leopoldo, n.161, vol. 38, 2002, p.43-79.

MANIN, Bernard. Los principios del gobierno representativo. *Sociedad*. Buenos Aires, n. 6, abril de 1994, p.13-36.

_____. As Metamorfoses do governo representativo. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. N 29, ano 10, outubro, 1995, p.5-34

MARSHALL, T.H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MEAD, Lawrence. The new politics of the new poverty. In: *The welfare state reader*. Edited by Francis G. Castles and Christopher Pierson. Cambridge: Polity Press, 2000.

MELUCCI, Alberto. Um objetivo para os movimentos sociais? *Lua Nova*, São Paulo, n. 17, junho/ 1989.

_____. *Collective action as a social construction*. Paper presented at the thematic group "Social Classes and Social Movements", XII World Congress of Sociology, Madrid, July, 1990, p.2-11

_____. Asumir um compromisso: identidad y movilización em los movimientos sociales. *Zona Abierta*. Madrid, 69, 1994, p.153-180.

MIGUEL, Luis Felipe. Representação Política em 3-D; elementos para uma teoria ampliada da representação política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V.18, n.51, fevereiro, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em saúde*. 4.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível no site <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acessado em 03 de março de 2007.

MOUSSE, Claude. *O cidadão na Grécia Antiga*. Lisboa: Edições 70, 1993.

NORONHA, José Carvalho de. LECOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PAIVA, Maria Arair Pinto. *Espaço público e representação política*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2000.

PAOLI, Maria Célia. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, pp.373-418.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *História do Rio Grande do Sul*. 9.ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2002, 142p.

PINTO, Celi Regina Jardim. Espaços Deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol.19, n.54, fevereiro, 2004, p.96-112

PITKIN, Hannah F. O conceito de representação. *Representation*. Atherton Press, New York, pp. 1-21. Com permissão dos editores Lieber-Atherton Inc., detentores do direito de publicação, 1969. In: CARDOSO, Fernando Henrique; MARTINS, Carlos Estevam (Orgs). *Política e Sociedade*. São Paulo: Editora Nacional, 1983. V.2, p.8-22

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível no site <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acessado no dia 07 de setembro de 2006.

PREFEITURA DE CANOAS. Disponível no site <<http://www.canoas.rs.gov.br/Site/Canoas/Historia.asp>>. Acessado em 14 de novembro de 2006.

RÉOS, Janete Cardoso. *Participação em Saúde na Gerência Distrital 5 de Porto Alegre: Glória/Cruzeiro/Cristal (1980-2000)*. Dissertação de mestrado, Porto Alegre, UFRGS, 2003.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991, 329p.

SANTOS, Boa Ventura de Souza. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, 678p.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; AZEVEDO Sérgio de; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de. (Org.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SAUTU, Ruth. Estilos y prácticas de la investigación biográfica. In: SAUTU, Ruth (Compiladora). *El método biográfico*. Buenos Aires: Editora Lumiere, 2004, p.21-62.

SILVA, Ilse Gomes. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista de Políticas Públicas*. Maranhão, v.8, n.2, jul/dez 2004, p.75-92.

SILVA, Jacqueline Oliveira. Descentralização da política de saúde no Brasil: a questão da democracia nos Conselhos de Gestão Social. *Ciências Sociais Unisinos*. V.39, n. 163, 2003, p.137-164

SILVA, Marcelo Kunrath. *Trazendo os atores sociais de volta: pontos para uma agenda de pesquisa sobre “Ação Coletiva, Movimentos Sociais e Sociedade Civil”*. Material mimeografado distribuído em aula. [s.d.].

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8 (4), outubro/dezembro 1992, pp. 366-378.

TATAGIBA, Luciana. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p.47-104.

TÓTORA, Silvana., CHAIA, Vera. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de. (Org.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004, p.193-222.

TOURAINÉ, Alain. As Possibilidades da democracia na América Latina. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. n.1, vol. 1, junho 1986.

VIRTUOSO, Arthur Alexandre. A Participação dos usuários no conselho municipal de saúde de Canoas/RS. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre, UFRGS, 2004.
http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Canoas

APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Entrevista com Representantes

- 1) Qual sua ocupação profissional?
- 2) O senhor (a) é aposentado?
- 3) Qual sua idade?
- 4) Qual sua naturalidade? Há quanto tempo reside em Canoas?
- 5) Qual seu grau de escolaridade?
- 6) Possui filiação partidária? A qual partido?
- 7) Possui algum contato com a área de saúde?
- 8) Possui outra experiência em espaços de representação?
- 9) Há quanto tempo participa do Conselho Municipal de Saúde de Canoas?
- 10) Há quanto tempo participa de associações? Como foi sua experiência?
- 11) Exerce ou já exerceu cargo de diretoria na associação?
- 12) A entidade da qual o senhor participa realiza reuniões regulares? De quanto em quanto tempo? O senhor (a) costuma participar?
- 13) Como são construídas as demandas que o senhor (a) leva ao Conselho Municipal de Saúde de Canoas?
- 14) Como os associados tomam conhecimento das decisões e dos debates realizados no Conselho?
- 15) Qual seria na sua opinião a função do representante dos usuários?
- 16) Como é escolhido o representante dos usuários na sua entidade?
- 17) Por que o senhor (a) acha que foi escolhido? Quais as suas características que teriam auxiliado na escolha?

Entrevista com Representados

- 1) Qual sua ocupação profissional?
- 2) Qual sua idade?
- 3) Qual seu grau de escolaridade?
- 4) Há quanto tempo participa da associação?
- 5) exerce algum cargo de liderança na associação?
- 6) Quem são os representantes da associação no Conselho Municipal de Saúde de Canoas?
- 7) A entidade realiza reuniões regulares? De quanto em quanto tempo?
- 8) Como são escolhidos os representantes para o CMS?
- 9) Na sua opinião, qual a função do representante? Quais devem ser as características de um representante?
- 10) Como são construídas as demandas que o representante leva ao CMS?
- 11) Como o senhor (a) fica ciente do debate que está desenvolvendo-se no CMS?

ANEXO A – A LEI n. 3.164 de 14 de agosto de 1991



Câmara Municipal de Canoas
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Handwritten signature and date: J. Simões Lagranha 1991

LEI Nº 3.164 de 14 de agosto de 1991.

Handwritten signature

CRIA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE-CMS, O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

HUGO SIMÕES LAGRANHA, Prefeito Municipal de Canoas, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Orgânica em seus artigos 84, 85, inciso III, 86, parágrafo único, 226 a 237,

FAÇO SABER que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte

L E I :

Art. 1º. É criado o CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE-CMS, com a finalidade de assessorar a Administração no planejamento e controle da execução da política municipal de saúde.

Parágrafo único. O CMS é vinculado diretamente ao Gabinete do Prefeito.

Art. 2º. Ao CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, compete:

- I - formular diretrizes e estabelecer metas prioritárias para o planejamento da Política Municipal de Saúde;
- II - manifestar-se sobre os programas que integram o Plano Municipal de Saúde;
- III - aprovar o Plano Municipal de Saúde;
- IV - planejar a distribuição dos recursos orçamentários destinados à saúde;
- V - proceder a fiscalização sobre as ativi-

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



Câmara Municipal de Canoas
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Cont. Lei nº 3.164/91

Fls.02

dades econômico-financeiras do Fundo Municipal de Saúde através de pareceres sobre os relatórios das aplicações dos recursos.

Art. 3º. O Conselho Municipal de Saúde será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde e terá a seguinte composição:

- a) dois representantes da Administração Municipal;
- b) um representante dos prestadores de serviços;
- c) um representante dos profissionais de saúde;
- d) um representante da ACIC;
- e) um representante dos sindicatos;
- f) um representante dos aposentados;
- g) um representante da União das Associações de Moradores de Canoas.

§ 1º Os integrantes do Conselho serão indicados pelos órgãos e entidades representativas, através de listas tripliques e nomeados pelo Prefeito Municipal.

§ 2º Os órgãos e entidades referidas neste artigo poderão, a qualquer tempo, proceder, por intermédio do Secretário Municipal da Saúde, a substituição dos seus representantes.

Art. 4º. O mandato dos conselheiros integrantes do CMS será de dois anos, sendo permitida uma única recondução.

Art. 5º. Caberá ao plenário do CMS elaborar e aprovar o seu próprio regimento interno, o qual deverá regular todas as atribuições e atividades do órgão colegiado.

Art. 6º. As decisões aprovadas pelo CMS, e referentes ao Fundo Municipal de Saúde, deverão ser homologadas pelo Prefeito Municipal, nos termos da lei.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



Câmara Municipal de Canoas

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Cont. Lei nº 3.164/91

Fls.03

Art. 7º. As funções de membros do CMS serão exercidas gratuitamente, sendo consideradas como contribuição de relevância para a saúde da população local.

Art. 8º. O Poder Executivo fica autorizado a abrir, no exercício corrente, um crédito especial, para atender a manutenção e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, até o valor de Cr\$ 200.000,00 (duzentos mil cruzeiros), com recursos referidos na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Parágrafo único. A partir de 1992, passará a constar dotação orçamentária própria para a cobertura dos gastos com este Conselho.

Art. 9º. É criado o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE FMS, destinado a investimentos na rede de serviços, na cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e outras ações de saúde no Município.

Art. 10. Constituem recursos do Fundo Municipal de Saúde:

- I - os aprovados em lei municipal;
- II - os auxílios e subvenções especificamente concedidos por entidades federais e estaduais;
- III - as doações de entidades privadas;
- IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capitais;
- V - rendas eventuais.

Art. 11. O FMS será administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, sob o controle e fiscalização do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 12. Os recursos do FMS serão depositados em conta especial, no Banco do Brasil.



Câmara Municipal de Canoas

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

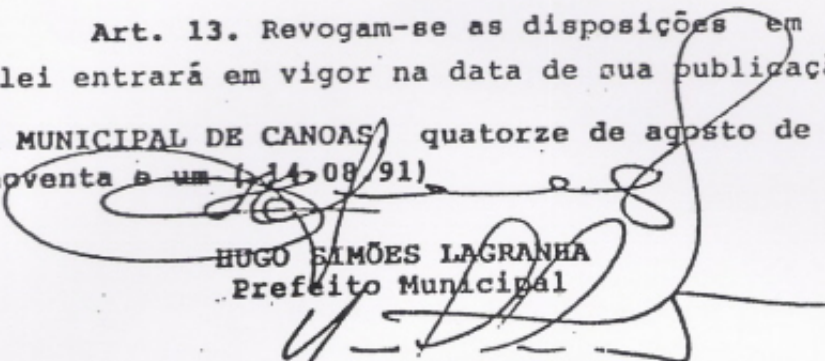
Cont. Lei nº 3.164/91

Fls.04

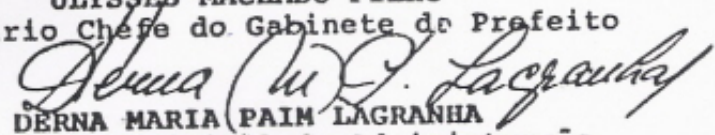
Parágrafo único. O excesso de caixa existente, desde que obedecida a programação financeira, será aplicado no mercado de capitais.

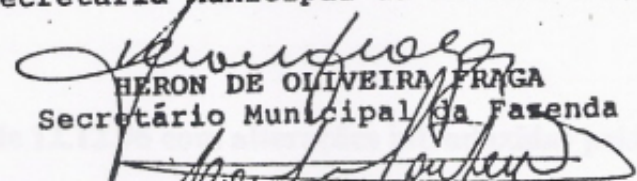
Art. 13. Revogam-se as disposições em contrário, esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

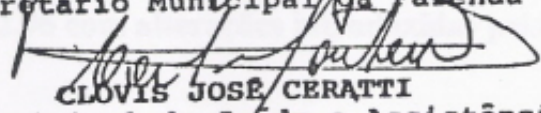
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS, quatorze de agosto de mil novecentos e noventa e um (14-08-91)

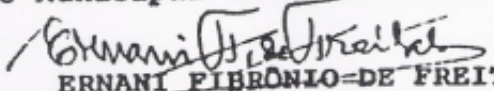

HUGO SIMÕES LAGRANHA
Prefeito Municipal

ULYSSES MACHADO FILHO
Secretário Chefe do Gabinete do Prefeito


DERNA MARIA PAIM LAGRANHA
Secretária Municipal da Administração


HERON DE OLIVEIRA FRAGA
Secretário Municipal da Fazenda


CLOVIS JOSÉ CERATTI
Secretário Municipal da Saúde e Assistência Social


ERNANI FIBRÔNIO-DE FREITAS
Secretário Munic. de Coord. Geral e Planejamento

ANEXO B – Lei 4.146 de 12.12.96 com alterações introduzidas pela Lei 4.200 de 29.08.97



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

1

Lei Nº 4.146 de 12.12.96 com alterações introduzidas pela Lei Nº 4.200 de 29.08.97

ALTERA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

HUGO SIMÕES LAGRANHA, Prefeito Municipal de Canoas.

FAÇO SABER que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte

LEI:

Art. 1º. O Conselho Municipal de Saúde - CMS, órgão colegiado de deliberação coletiva do Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela Lei no 3.164/91, passa a reger-se pela presente Lei.

Art. 2º. O Conselho Municipal de Saúde - CMS, instância colegiada de controle social do Sistema Único de Saúde - SUS, em nível Municipal, terá funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômico-financeiros, nos termos da legislação vigente.

Art. 3º. Compete ao Conselho Municipal de Saúde - CMS, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:

I - apreciar e aprovar as prioridades de saúde em âmbito municipal;

II - apreciar, aprovar e estabelecer diretrizes para a formulação do Código Sanitário Municipal e Lei Orgânica Municipal de Saúde;

III - estabelecer diretrizes para a programação e para a execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde - FMS, acompanhando e fiscalizando a movimentação e destinação de todos os recursos financeiros alocados ao mesmo;

CMS - Conselho Municipal da Saúde
Canoas - RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

2

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

IV - acompanhar, avaliar e fiscalizar todos os serviços de saúde prestados a população pelos órgãos públicos de qualquer esfera governamental e entidades privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, no Município;

V - estabelecer critério de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde, públicos e privados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em nível municipal;

VI - aprovar previamente, critérios para a elaboração de contratos e convênios entre o setor público gestor do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera municipal e os órgãos públicos e entidades privadas integrados ao mesmo, na qualidade de prestadores de serviços de saúde;

VII - incentivar a ampla descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos recursos financeiros alocados ao Sistema Único de Saúde - SUS, na órbita municipal;

VIII - aprovar diretrizes técnicas-operacionais quanto a localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde, públicas e privadas, no âmbito do SUS;

IX - aprovar valores complementares às tabelas nacional e estadual de remuneração de serviços e os parâmetros municipais de cobertura de saúde;

X - apreciar e aprovar previamente as propostas do Plano Plurianual de investimentos, da Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO e do Orçamento Anual da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, no que se refere a política de saúde desenvolvida pelo Município;

XI - atuar para a formação, organização e funcionamento pleno e regular dos Conselhos Distritais de Saúde - CDS, aprovando ainda o Regimento Interno dos mesmos;

XII - aprovar o plano municipal de saúde, estabelecendo diretrizes para sua formulação estratégica, bem como acompanhar e avaliar permanentemente sua execução operacional e econômica-financeira;

XIII - analisar e deliberar sobre as políticas de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua implementação e operacionalidade;

CMS - Conselho Municipal da Saúde
Canoas - RS



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

XIV - apreciar e aprovar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, apresentados pelo gestor do mesmo, Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social;

XV - aprovar o regulamento, a organização e as normas operacionais de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, reunida ordinariamente e convocá-la extraordinariamente, bem como desenvolver esforços no sentido de implementação de suas conclusões;

XVI - eleger sua própria direção, inclusive sua presidência, de conformidade com o disposto em seu Regimento Interno, devidamente aprovado pelo plenário do órgão colegiado, nos termos da Lei;

XVII - participar da formulação da política e das ações de saneamento básico, bem como colaborar na proteção do meio ambiente;

XVIII - exercitar outras atribuições que lhe forem conferidas em Lei e atos normativos complementares baixados pelo Ministério da Saúde - MS e Conselho Nacional de Saúde - CNS, bem como os órgãos estaduais equivalentes que se referirem especificamente a operacionalidade e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS em sua esfera de atuação e competência normativa.

Art. 4º. O Conselho Municipal de Saúde - CMS, terá caráter permanente e será integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, nos termos da Lei.

Parágrafo único. A representação dos usuários dar-se-á sempre de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos representados.

Art. 5º. Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde - CMS, serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicação formal dos respectivos órgãos e entidades que representarem.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades referidos no caput deste artigo, poderão a qualquer tempo propor a direção do órgão colegiado a substituição de seus respectivos representantes.

CMS - Conselho Municipal de Saúde
Canoas - RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

4

Art. 6º. O Conselho Municipal de Saúde - CMS, constituído por Conselheiros Titulares e Suplentes, terá a seguinte composição plenária:

I - Área Governamental

a) dois (2) representantes da Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social;

b) um (1) representante da Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto;

c) um (1) representante da Secretaria Municipal da Fazenda;

d) um (1) representante da Procuradoria Geral do Município.

II - Prestadores de Serviços de Saúde

a) um (1) representante da Associação Beneficente de Canoas, mantenedora do Hospital Nossa Senhora das Graças;

b) um (1) representante dos Ambulatórios;

c) um (1) representante dos Laboratórios;

d) um (1) representante da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA;

III - Profissionais da Saúde

a) um (1) representante dos profissionais médicos;

b) um (1) representante dos profissionais odontólogos;

c) um (1) representante dos profissionais de enfermagem.

IV - Usuários

CMS - Conselho Municipal de Saúde
Canoas - RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

a) dois (2) representantes da União das Associação de Moradores de Canoas - UAMCA;

b) um (1) representante da Associação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas de Canoas - ATAPEC;

c) um (1) representante dos Sindicatos dos Trabalhadores Urbanos de Canoas;

d) um (1) representante de órgão que congregue os deficientes físicos de Canoas;

e) um (1) representante de órgão que congregue os portadores de patologias de Canoas;

f) um (1) representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Canoas;

g) um (1) representante do Órgão de Defesa ao Consumidor;

h) um (1) representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB;

i) um (1) representante do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de Canoas;

j) um (1) representante do Sindicato de Empregadores de Canoas;

l) um (1) representante da Associação dos Servidores Municipais de Canoas - ASMC.

Parágrafo único. Propostas de alteração numérica na composição plenária do Conselho Municipal de Saúde - CMS, deverão, obrigatória e previamente, serem deliberadas e aprovadas pelo plenário do órgão colegiado, para posterior concretização através de Lei.

Art. 7º. Caberá à Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social - SMSAS, na condição de órgão gestor do Sistema Único



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

de Saúde - SUS em âmbito municipal, coordenar o processo inicial de indicação dos Conselheiros representantes de entidades múltiplas do mesmo segmento, para integrarem o plenário do Conselho Municipal de Saúde - CMS.

§ 1º. A partir da instalação do Conselho Municipal de Saúde - CMS, o processo de indicação dos Conselheiros representantes das entidades múltiplas do mesmo segmento no Conselho Municipal de Saúde - CMS, será inteiramente coordenado e acompanhado pelo órgão colegiado.

§ 2º. O processo inicial de indicação dos Conselheiros, de que trata o caput deste artigo, deverá ser concluído no prazo de até 30 (trinta) dias da data de vigência da presente Lei.

Art. 8º. Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde - CMS, terão mandato de 02 (dois) anos, permitida a recondução, sendo suas funções consideradas de interesse público relevante, não sendo remuneradas, nem gerando qualquer vínculo empregatício ou funcional com o Município.

Art. 9º. Será assegurado, porém a todos os conselheiros do CMS, o custeio pleno de despesas efetuadas para deslocamentos e manutenção pessoal, quando em representação do órgão colegiado e no exercício pleno de suas funções, nos termos da Lei.

Parágrafo único. Quando ocorrer o previsto no caput deste artigo o conselheiro terá direito ao custeio de passagens e diárias no valor atribuído ao padrão 05 (cinco) do Quadro Geral dos Funcionários Municipais de Canoas.

Art. 10º. As atribuições e a estrutura de direção, administrativa, operacional e econômica-financeira do Conselho Municipal de Saúde - CMS, serão definidas em Regimento Interno, elaborado e aprovado pelo seu plenário nos termos da Lei.

Art. 11º. Caberá ao Poder Executivo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social - SMSAS, órgão diretamente responsável pela execução e gerenciamento do Sistema Único de Saúde - SUS em nível local, garantir todo o apoio administrativo, operacional, econômico-financeiro e de recursos humanos e materiais, necessários ao pleno e regular funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS, em conformidade com a legislação vigente.

*CMS - Conselho Municipal de Saúde
Canoas - RS*



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 12º. Para melhor desempenho de suas funções o Conselho Municipal de Saúde - CMS, poderá recorrer a órgãos públicos, entidades privadas e pessoas de forma individualizadas, que possam auxiliar o órgão colegiado no integral desenvolvimento de suas tarefas específicas.

Art. 13º. As resoluções aprovadas pelo plenário de Conselho Municipal de Saúde - CMS, referentes a integral operacionalidade do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera municipal, deverão ser homologados pelo Prefeito Municipal diretamente ou por delegação, nos termos da Lei.

Parágrafo único. O Poder Executivo Municipal na condição de gestor do Sistema Único de Saúde - SUS, terá o prazo de até 30 (trinta) dias úteis para a homologação das resoluções aprovadas pelo plenário do Conselho Municipal de Saúde - CMS, e que se referirem no disposto no caput deste artigo.

Art. 14º. O Conselho Municipal de Saúde - CMS, poderá instituir comissões temáticas intersecretoriais de âmbito municipal a ele subordinadas, para fins de estudo de questões de interesse relevante da saúde coletiva.

Parágrafo único. As comissões temáticas referidas ao caput deste artigo, terão a finalidade principal de articular políticas e programas de interesse direto para a saúde coletiva e que envolvam, especificamente, áreas de atendimento não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 15º. Incumbirá ainda ao gestor municipal do Sistema único de Saúde - SUS, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, a responsabilidade de convocar e instalar o plenário do Conselho Municipal de Saúde - CMS, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias a contar da data de publicação desta Lei.

Art. 16º. As despesas com instalação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS, correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, constante no orçamento vigente.

Art. 17º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial no que couber a Lei nº 3164 de 14 de agosto de 1991.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS, aos vinte e nove de agosto de mil novecentos e noventa e sete (29.08.97).

CMS - Conselho Municipal de Saúde
Canoas - RS

ANEXO C – CONSELHO DE CANOAS – REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES E COMPETÊNCIAS

- Art. 1º - O Conselho Municipal de Saúde de Canoas é a instância de planejamento, normatização, controle, organização, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde no Município, de acordo com a legislação vigente;
- Art. 2º - Compete ao Conselho Municipal de Saúde de Canoas:
- a) - Determinar e aprovar as prioridades de saúde do Município e zelar pelo seu cumprimento.
 - b) - apreciar, aprovar e sugerir diretrizes para a formulação do Código Sanitário, Lei Orgânica Municipal no que concerne a saúde no âmbito Municipal.
 - c) - estabelecer diretrizes para a programação e para a execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde-FMS, acompanhando e fiscalizando a movimentação e destinação de todos os recursos alocados ao mesmo;
 - d) -acompanhar, avaliar, controlar e fiscalizar todos os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos públicos e entidades privadas, bem como, estabelecer critérios de qualidade para o seu funcionamento, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município;
 - e) -estabelecer e aprovar previamente, critérios para a elaboração de contratos e convênios entre o setor público gestor do Sistema Único de Saúde-SUS- na esfera Municipal e os órgãos públicos e entidades privadas integrados ao mesmo, na qualidade de prestadores de serviços de saúde;
 - f) - incentivar a ampla descentralização das ações, serviços de saúde e recursos financeiros alocados ao SUS, bem como, aprovar diretrizes técnico-operacionais quanto a localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde, públicas e privadas, no âmbito do SUS;
 - g) - aprovar valores complementares às tabelas nacional e estadual de remuneração de serviço e os parâmetros municipais de cobertura de saúde;
 - h) - apreciar e aprovar previamente as propostas e participar do Plano Plurianual de investimentos, da Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO- e do Orçamento Anual da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, referente a política de saúde desenvolvida pelo Município;
 - i) - estimular e atuar para a formação, organização e funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde-CDS- aprovando o seu Regimento Interno;
 - j) - aprovar e participar da elaboração do plano Municipal de Saúde, estabelecendo diretrizes para a sua formação estratégica, bem como, acompanhar e avaliar permanentemente sua sua execução operacional econômico-financeira;
 - l) - analisar e deliberar sobre as políticas de saúde, bem como, acompanhar e fiscalizar sua implementação e operacionalidade;
 - m) - apreciar, aprovar ou rejeitar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social;
 - n) - aprovar o regulamento, organização e as normas operacionais de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, reunida ordinariamente e convocá-la extraordinariamente, bem como, desenvolver esforços no sentido de implementação de suas conclusões;

- o) - eleger sua Mesa Diretora, inclusive sua presidência, em conformidade com este Regimento Interno;
- p) - participar da formulação da política e das ações de saneamento básico, colaborando na proteção do Meio Ambiente;

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º. - O Conselho Municipal de Saúde de Canoas, é constituído por:

- a) - Plenário
- b) - Mesa Diretora
- c) - Comissões Permanentes

SEÇÃO I DO PLENÁRIO

Art. 4º. - O Plenário é o órgão deliberativo máximo do Conselho Municipal de Saúde, composto por 24 (vinte e quatro) Conselheiros titulares e respectivos suplentes, representando a área governamental, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, de acordo com os termos da legislação vigente.

Art. 5º. - Os integrantes do Conselho são nomeados pelo Prefeito Municipal por indicação formal dos órgãos e entidades que representam, as quais, poderão a qualquer momento, substituir seus respectivos representantes.

Art. 6º. - Qualquer alteração numérica na composição do Plenário, deverá prévia e obrigatoriamente ser deliberado e aprovado pelo mesmo, mantendo-se os critérios de paridade para posterior definição em lei específica.

Art. 7º. - A Entidade ou órgão terá direito a voto no Plenário, através do seu Conselheiro titular ou na ausência deste o seu respectivo suplente.

Parágrafo único - Fica assegurado ao Conselheiro suplente, a participação no plenário, com direito de voz.

Art. 8º - Os Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, perderão a representação no plenário, nos seguintes casos:

- a) - Pela desvinculação do órgão ou entidade que representa;
- b) - Por ocasião do afastamento do município, estado ou país, por período igual ou superior a 4(quatro) meses

Art. 9º. - O Conselheiro deverá obrigatoriamente pedir licenciamento pelo período de tempo previsto na legislação pertinente, quando concorrer a cargo eletivo político-partidário.

Art. 10º. - O órgão ou entidade que não se fizer representar em 3 (três) reuniões consecutivas ou 5(cinco) alternadas, terá seus representantes, automaticamente desligados do Conselho Municipal de Saúde, obrigando-se a mesma a indicar novos representantes num prazo de 30 (trinta) dias.

3

Parágrafo Único - Não será considerada faltosa a entidade ou órgão, cujo representante justifique em tempo hábil, o motivo de sua falta e de seu suplente, desde que aprovado pelo Plenário.

Art.11º. - O Conselho Municipal de Saúde, reunir-se-á mensalmente na 2ª.(segunda) segunda-feira útil em sessão ordinária, com data, local e horário expressos na convocação, feita com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência, pela Mesa Diretora e em sessão extraordinária, sempre que necessário, convocada com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

§ 1º. - As sessões extraordinárias poderão ser convocadas pela Mesa Diretora ou por 1/3 (um terço) dos componentes do Conselho, sempre com informação de data, local, horário e pauta dos assuntos a serem deliberados.

§ 2º. - As reuniões iniciarão sempre às 18:30 (dezoito horas e trinta minutos), com no mínimo de 2/3 (dois terços) dos Conselheiros, e em segunda e última chamada às 18:45 (dezoito horas e quarenta e cinco minutos) com o quorum presente.

§ 3º. - A data e horário das sessões ordinárias poderá sofrer alterações proposta pela Mesa Diretora, desde que aprovada pelo Plenário.

§ 4º. - Sofrerão apreciação do Plenário os assuntos da pauta e assuntos gerais, propostos por Conselheiros, apresentados à Mesa Diretora até o início da sessão.

§ 5º. - As deliberações do Plenário serão tomadas através do voto de, no mínimo 50%(cincoenta) por cento mais um dos Conselheiros presentes com direito a voto.

Art. 12º. - Os Conselheiros titulares e suplentes terão mandato de 2(dois) anos, sendo permitida a recondução, mediante indicação formal de seus respectivos órgãos ou entidades;

Art. 13º. - Compete aos Conselheiros titulares integrantes do Plenário:

- a) - Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde;
- b) - apresentar, projeto de resolução e formular moções e proposições no âmbito de competência do Conselho Municipal de Saúde;
- c) - requerer preferência para exame de matéria urgente, desde que justificadamente;
- d) - solicitar diligências em processos que não estejam suficientemente instruídos;
- e) - participar de Comissões ou representar o Conselho Municipal de Saúde, no caso de designação pelo Plenário ou Mesa Diretora;
- f) - votar e ser votado para integrar os órgãos dirigentes do Conselho Municipal de Saúde;
- g) - propor alteração do Regimento Interno;

SEÇÃO II DA MESA DIRETORA

Art.14º. - As atividades do Conselho Municipal de Saúde serão administradas por uma Mesa Diretora eleita pelo Plenário, através do voto direto, nominal e secreto, respeitando a paridade e por maioria simples dos presentes.

Art.15º. - A Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde, será formada por 4 (quatro) Conselheiros titulares, constituindo-se dos seguintes cargos: Presidente, Vice-Presidente 1º. Secretário e 2º. Secretário.

- §1º. - O mandato dos membros da Mesa Diretora será de 2 (dois) anos, sendo permitida a recondução
- §2º. - A eleição e posse da Mesa Diretora dar-se-á por ocasião da reunião de nomeação dos Conselheiros pelo Sr. Prefeito Municipal, conforme determina a Lei;
- §3º. - O processo eleitoral será conduzido por uma COMISSÃO ESPECIAL, indicada pelo Plenário para este fim;
- §4º. - No caso de vacância de qualquer dos cargos da Mesa Diretora, por qualquer motivo, seu preenchimento se dará através do voto em Plenário, mantendo-se o princípio da paridade.

Art.16º. - À Mesa Diretora compete:

- a) - Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Plenário e o Regimento Interno;
- b) - convocar e dirigir as reuniões do Conselho Municipal de Saúde;
- c) - organizar a pauta das reuniões e seu registro em ata, assim como proceder a leitura para a apreciação pelo Plenário da ata da reunião anterior;
- d) - dar publicidade às atividades do Conselho Municipal de Saúde;
- e) - manter permanente contato com as entidades de saúde do Município, orientado-as naquilo que for de sua competência;
- f) - receber solicitações de entidades do Município, interessadas em fazer parte do Conselho Municipal de Saúde;
- g) - encaminhar ao Executivo Municipal, após aprovação em Plenário no termos legais e regimentais, a nominata de entidades que ingressarão no Conselho Municipal de Saúde para a devida alteração em Lei;
- h) - representar para todos os fins e efeitos, o Conselho Municipal de Saúde de Canoas, articulando-se com as demais instâncias, órgãos e autoridades, nos níveis Municipal Regional, Estadual e Federal;
- i) - outras atribuições definidas pelo Plenário.

Art.17º. - A Mesa Diretora poderá ser destituída pelo Plenário, quando sua atuação for prejudicial aos interesses do Conselho Municipal de Saúde, comprovado por parecer de Comissão Especial constituída a aprovada em Plenário, para tal finalidade.

- §1º. - A Comissão Especial de trata este artigo, assegurará aos membros da Mesa Diretora ampla oportunidade de defesa;
- §2º. - compete ao Plenário, na mesma reunião que destituir a Mesa Diretora, constituir e aprovar Comissão Especial para, num prazo não superior a 15(quinze) dias, convocar reunião extraordinária, para proceder a eleição da nova Mesa Diretora, assim como responder pelo Conselho Municipal de Saúde, até a posse desta.
- §3º. - O plenário poderá reconduzir qualquer dos membros da Mesa Diretora, desde que determinado componente não tenha contribuído pela atuação prejudicial, causadora da destituição da Mesa.

Art. 18º. - São atribuições do Presidente:

- a) - Coordenar a Mesa Diretora, de acordo com as disposições regimentais e legislação vigente;
- b) - representar o Conselho Municipal de Saúde frente a todas as instâncias, esferas, autoridades e meios de comunicação;
- c) - convocar e coordenar toda as reuniões da Mesa Diretora e o Plenário, orientando os devidos registros e encaminhamentos;
- d) - assinar em conjunto com o secretário as atas das reuniões;

- e) - assinar toda a correspondência emitida e demais documentos do Conselho Municipal de Saúde;
- f) - receber e dar vistas a toda a correspondência recebida, encaminhando-a devidamente;
- g) - responder pela organização interna do Conselho Municipal de Saúde, administrar pessoal da Secretaria Executiva e o patrimônio público, lotado no Conselho, zelando pela sua conservação.

Art. 19º. - São atribuições do Vice-Presidente;

- a) - Substituir o Presidente em suas ausências ou impedimentos;
- b) - desempenhar as tarefas à ele designadas pelo Presidente;

Art. 20º. - São atribuições do 1º. Secretário:

- a) - Preparar o local para realização das reuniões em conjunto com o Presidente;
- b) - lavrar as atas das reuniões do Plenário e da Mesa Diretora, bem como, registrar a frequência dos Conselheiros;
- c) - acompanhar o Presidente nos compromissos e reuniões do Conselho interna ou externamente;
- d) - ler as atas das reuniões;
- e) - ler a Ordem do Dia;
- f) - auxiliar o Presidente na condução das reuniões, anotando os encaminhamentos e resultados das votações;
- g) - auxiliar os demais membros da Mesa Diretora, sempre que necessário ou solicitado;

Art. 21º. - São atribuições do 2º. Secretário:

- a) - Substituir o 1º. Secretário nas suas ausências ou impedimentos;
- b) - auxiliar a Presidência em tudo que lhe for solicitado.

SECÃO III DAS COMISSÕES PERMANENTES

Art. 22º. - O Conselho Municipal de Saúde contará com as seguintes comissões:

- a) - Assessoria Técnica
- b) - Fiscalização
- c) - Orçamento e finanças

§ 1º. - Estas comissões serão compostas por 4(quatro) Conselheiros respeitada a paridade;

§ 2º. - Cada comissão terá 1(um) Coordenador e um Relator;

§ 3º. - As atribuições e competências das comissões serão definidas entre, Plenário, Mesa Diretora e os membros das respectivas comissões, aprovadas em Plenário.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23º. - O Conselho Municipal de Saúde, tem como documento competente para divulgar suas decisões, a RESOLUÇÃO, assinada pelo Presidente ou seu substituto regimental.

Parágrafo único - O Conselho Municipal de Saúde, poderá valer-se de outros documentos para divulgar suas decisões tais como, ofício e requerimento.

16

Art. 24º. - Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde, terão suas funções consideradas de interesse público relevante, não sendo remuneradas, nem gerando qualquer vínculo empregatício ou funcional no Município.

Parágrafo único - Será assegurado a todos os Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, o custeio de despesas, de acordo com o Art. 9º., e parágrafo único da Lei 4.146 de 12 de dezembro de 1996.

Art. 25º. - O Conselho Municipal de Saúde, poderá criar comissões temáticas intersetoriais e multisetoriais no âmbito Municipal, à ele subordinadas, para fins de estudo de interesse da saúde coletiva.

Parágrafo único - As comissões temáticas de que trata este artigo, poderão contar com consultores e colaboradores, profissionais de qualquer instância do Sistema Único de Saúde, ou fora dele, e terão a finalidade de articular políticas e programas relacionados com as seguintes áreas:

- a) - Alimentação e Nutrição
- b) - Saneamento, habitação e Meio Ambiente
- c) - Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia
- d) - Recursos Humanos
- e) - Ciência e Tecnologia
- f) - Saúde comunitária
- g) - Saúde Biopsico-social com ênfase na prevenção
- h) - Planejamento e Controle Familiar
- i) - Educação Sanitária
- j) - Uso da MÍDIA para fins de informação e mobilização da comunidade para fins de saúde.
- k) - de sugestões da Legislação de saúde
- l) - Bioética
- m) - outras áreas

Art. 26º. - O Conselho Municipal de Saúde poderá solicitar a colaboração de entidades, pessoas e/ou especialistas para participarem da elaboração de estudos, proferirem palestras, ou ainda prestar esclarecimentos que se fizerem necessários.

Art. 27º. - Os assuntos para serem pautados nas reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, deverão dar entrada na secretaria deste, com prazo de 6(seis) dias úteis de antecedência.

Art. 28º. - É facultado a Mesa Diretora, sempre que entender necessário, alertar o Plenário, quando qualquer de seus integrantes agir ou manifestar-se de forma a constranger os demais.

Art. 29º. - O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente, através de proposta expressa, de qualquer um dos Conselheiros.;

§ 1º. - As propostas de alteração deverão ser apreciadas em reunião extraordinária do Plenário, convocados por escrito, com antecedência mínima de 30(trinta) dias e aprovadas por 2/3 (dois terços) do Plenário com direito a voto.

3
1
§ 2º. - As propostas de alteração serão encaminhadas por escrito aos Conselheiros por ocasião da convocação da Reunião Extraordinária;

Art. 30º. - Os assuntos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos em preliminar pela Mesa Diretora, submetidos a deliberação final ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 31º. - Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Canoas, 12 de janeiro de 1998

CMS - Conselho Municipal da Saúde
Canoas - RS