

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS NACIONAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E
MOVIMENTOS SOCIAIS**

MARIA APARECIDA DO AMARAL GODOI DE FARIA

**CONTROLE SOCIAL - A TRAJETÓRIA DOS “ USUÁRIOS” NOS
ESPAÇOS DE REPRESENTAÇÃO E DE DECISÕES DO SUS.**

**São Paulo
2012**

MARIA APARECIDA DO AMARAL GODOI DE FARIA

**CONTROLE SOCIAL - A TRAJETÓRIA DOS “ USUÁRIOS” NOS
ESPAÇOS DE REPRESENTAÇÃO E DE DECISÕES DO SUS.**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientação: Professora Áurea Mota.

**São Paulo
2012**



Universidade Federal de Minas Gerais
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais
Av. Antônio Carlos, 6627 – Caixa Postal 253 - Cidade Universitária - Pampulha
31270-901 - Belo Horizonte – MG / e-mail: adm_edist_@fafich.ufmg.br
TEL (31) 3409-5004

ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E MOVIMENTOS SOCIAIS

Aos 17 (dezessete) dias do mês de outubro de 2012 (dois mil e doze), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) reuniu-se a Comissão Avaliadora da monografia intitulada “ Controle social - a trajetória dos “usuários” nos espaços de representação e de decisões do SUS. ” após leitura avaliativa da Monografia elaborada por Maria Aparecida Do Amaral .

A Comissão, composta por professor Telma Menicucci (UFMG) e Débora Rezende (UNB) , após apresentação da monografia, deliberou pela sua aprovação com reformulações, o que confere ao aluno o título de Especialista em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros presentes.

Belo Horizonte, 17 de outubro de 2012.

Telma Menicucci (UFMG)

Débora Rezende (UNB)

DEDICATÓRIA

Este singelo trabalho vem homenagear a todos aqueles e aquelas que têm dedicado (a) sua militância para a construção de uma sociedade mais justa, com inclusão social e cidadania.

AGRADECIMENTOS

São muitos os agradecimentos a serem feitos, porém, cinco são especiais, pois fizeram parte de momentos importantes em minha vida até chegar aqui.

Em primeiro lugar a um amigo querido, Jesus, que há anos atrás me incentivou a tornar realidade o sonho de fazer uma faculdade.

Em segundo lugar à professora Amelinha, da UFMG, que, em um momento de crise durante o curso, esteve ao meu lado, compreensiva e solidária.

À minha querida tutora, Áurea, que durante esses dois anos esteve, mais do que orientando, incentivando e estimulando, não importando a distância.

A uma pessoa que esteve junto comigo, ajudando, conversando, refletindo e não me deixando desistir mesmo quando a agenda de trabalho parecia não permitir continuar; minha amiga Rosi.

À minha família que tem dado todo apoio e incentivo à minha história de vida.

A todos vocês meu profundo agradecimento.

RESUMO

Este trabalho propõe traçar o perfil dos representantes do segmento dos “usuários” no controle social do Sistema Único de Saúde como também verificar se existe articulação entre os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde no debate, elaboração e implementação das políticas públicas nesse âmbito. O resgate histórico sobre a mudança do sistema político brasileiro dos anos de 1970, concomitantemente à reforma sanitária no país, foi o princípio da busca por essa identidade. A participação social, como sentido amplo da democracia participativa, contribuiu para identificarmos as formas de organização da população nos bairros, municípios, que lutavam por um modelo de inclusão nas políticas de saúde, colocando em xeque a organização interna do Estado e sua relação com a sociedade. Outra forma de busca desse representante foi a pesquisa de campo realizada com o Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP, Conselho Estadual de Saúde de SP e o Conselho Nacional de Saúde. Através destes, foi feito levantamento das atas das reuniões, Regimento Interno e composição para entender a dinâmica, a relação do gestor com esses espaços democráticos, a relação do representante com sua base, etc.. Também se utilizou das legislações brasileiras buscando as formas de institucionalização da democracia, de participativa para representativa, nos espaços do controle social. Análise feita, a conclusão a que se chegou é que a democracia participativa é visivelmente identificada no Conselho Municipal de Saúde onde existem mais espaços de participação social e a representação dos “usuários” é considerada legítima. No momento em que essa representação abrange espaços geográficos maiores, as formas de representação vão se transformando e diminuindo a legitimidade. Por outro lado também tem que se levar em consideração que vários aspectos regionais, políticos sociais e econômicos interferem na dinâmica dos Conselhos que podem favorecer, ou não, a participação. O controle social é a marca dos governos democráticos, porém, ao mesmo tempo em que se mobiliza a sociedade civil para participar destes espaços, não se consegue, na maioria das vezes, fazer com que os gestores públicos implementem as deliberações e resoluções encaminhadas por esses agentes.

Palavras – chaves: Conselhos, Conferências, Controle Social, Democracia participativa, Democracia Representativa

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	07 - 10
- O problema	09
A hipótese e metodologia do trabalho de pesquisa	09 - 10
II – PARTICIPAÇÃO POLITICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	10 - 26
2.1 – A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NOS MOVIMENTOS POLÍTICOS DE SAÚDE NO BRASIL	10 - 11
2.2 – A QUESTÃO DA REPRESENTAÇÃO POLÍTICA DA SOCIEDADE CIVIL NO MODELO DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	11 – 16
2.3 – CONTROLE SOCIAL DO SUS – UM OLHAR DE DENTRO PARA FORA	16 -17
2.3.1 – A identificação dos usuários do Controle Social no SUS	17 – 23
2.3.2 – A polêmica da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde	24 - 26
III – A ANÁLISE DE PESQUISA	27 – 28
3.1 – A ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE DIADEMA/SP	28 - 36
3.2 – A ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SP	37 - 48
3.3 – A ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	48 - 59
IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RESULTADO DA PESQUISA DE CAMPO NOS DIFERENTES ÂMBITOS DOS CONSELHOS DE SAÚDE	60 – 62
V – CONCLUSÃO	63 - 64
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	65 - 67
VII – BIBLIOGRAFIA	68 - 72

I – INTRODUÇÃO

O Brasil viveu momentos de grandes lutas contra a ditadura militar, especialmente, no final dos anos 70. Foram lutas deflagradas clandestinamente com o objetivo de mudar o sistema político brasileiro. A necessidade de maior espaço político, liberdade de expressão e de participação foram elementos fundamentais para se buscar a mudança.

A busca por reformas políticas ganhou espaço no interior da sociedade e vários movimentos foram se organizando por essa mudança de cultura política.

Na área da saúde não foi diferente. Uma reforma sanitária estava sendo reivindicada por médicos e universidades que acreditavam que a saúde era um instrumento político de democracia onde o cidadão deveria ser entendido na sua integralidade. (AROUCA, 1998).

O sistema democrático vem para mudar essa relação Estado e Sociedade que antes era permeada pelo autoritarismo. Com a abertura política no Brasil os movimentos sociais e populares ganharam força e a questão da participação social começa a ser o sinônimo de cidadania.

A Constituição Federal de 1988 é o fruto dessa nova ordem social na qual o papel do Estado começa a ser redesenhado com a participação da sociedade.

A Constituição Federal no seu parágrafo único do artigo 1º. *“Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”*, garante a participação da comunidade, através de seus representantes, na elaboração das políticas públicas.

Para uma efetivação e legitimidade da participação da sociedade nos temas e discussões que possibilitem melhorias para o cidadão, seria necessário que essa participação acontecesse de forma organizada. A criação do Sistema Único de Saúde foi uma vitória da sociedade civil, e nasceu sob os pilares da democracia participativa.

São várias as formas de organização da participação. Os Conselhos de Políticas Públicas exercem esse papel, organizando o controle social da população na intenção da implementação e fiscalização da execução dessas políticas elaboradas democraticamente.

Os Conselhos de Políticas Públicas são a representação formal e institucional da democracia participativa. Sua principal função, nesse novo sistema político, é a de legitimar a aproximação entre a sociedade civil e o Estado. Também, são instâncias de poder cujo objetivo é garantir que haja, de fato, a contribuição da sociedade civil na formulação, avaliação e implantação de políticas públicas em diversas áreas de interesse da sociedade.

No entanto, como consequência do próprio processo de descentralização das políticas, que também vieram com a Constituição de 1988, o desenho que garantia a participação nos marcos da nova ideia de controle social inaugurada, sofreu variações. Isso aconteceu, em parte, pelo modelo democrático que cada Estado/Município tinha na execução de suas ações governamentais.

Por outro lado, temos também o tema da representação política dentro dos Conselhos. Careceu-se durante muito tempo de uma reflexão sobre sua legitimidade - a da representação política para a efetivação da democracia participativa no interior dos Conselhos. A questão da representação muda de acordo com a dimensão do espaço político local, municipal, estadual e nacional. Também deriva de debates e discursos políticos e da relação com a comunidade.

Problematizar a representação no interior da participação é uma necessidade que devemos inserir no debate da agenda política.

Este trabalho se propõe a fazer um recorte nos Conselhos de Saúde possibilitando uma historização dos movimentos sociais que originaram a figura do “usuário” do Sistema Único de Saúde (SUS) como “protagonizador” de uma atuação inovadora, fiscalizadora e transformadora na gestão do SUS.

A representação dos usuários foi se transformando de acordo com as possibilidades e modelos de gestão democrática. Sua formatação enquanto desenho constitucional de representante de segmento da sociedade civil no Conselho de Saúde pode ou não garantir a efetivação do controle social.

Buscar entender a definição de quem é o representante do “usuário” do SUS, como também o seu poder de transformação e de representatividade, é um desafio para os intelectuais do século XXI. E, neste estudo, pretendemos lançar algumas contribuições sobre o tema.

- Formulação do problema de pesquisa:

Neste estudo, procuramos as respostas para tais perguntas:

- “A composição dos espaços de controle social hoje atende as legislações 808 e 8142, garantindo a participação popular através de seus segmentos e seus representantes de fato representam seus representados? “.

- “Estamos consolidando a participação social dos usuários do SUS ou de entidades e prestadores de serviços ao SUS?”.

- A hipótese e metodologia do trabalho de pesquisa

A principal hipótese deste trabalho é a de que a não padronização de quem essa categoria de “usuários” realmente representa, a efetivação do controle social nos conselhos de saúde, pode ser prejudicada. Essas características, no caso relacionado à categorização de um segmento, ao longo do tempo vêm se transformando diante das várias visões que a sociedade civil e o governo vão vislumbrando. O objetivo será verificar, de perto, a atuação desses “usuários” que hoje estão nos Conselhos de Saúde para identificar os critérios de representatividade dos mesmos.

A metodologia da pesquisa se deu por meio de aplicação de questionário, com perguntas e respostas fechadas, sobre a atuação dos “usuários”. Realizamos o trabalho de campo no Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP, Conselho Estadual de Saúde/SP e Conselho Nacional de Saúde para investigar/avaliar como se dá a atuação dessa categoria no funcionamento dos Conselhos e aferir a articulação política do representante com seu representado nos três níveis.

O questionário foi aplicado para 5 Conselheiros da categoria “usuários” de cada Conselho de Saúde citado acima.

Também foi utilizado o método de análise documental dos 3 Conselhos: Ata das 3 últimas reuniões, Regimento Interno e composição.

Para tratar conceitualmente do problema foram utilizados autores contemporâneos para problematizar a questão da representação no modelo da democracia participativa e o quanto a relação do governo com o Conselho de Saúde pode transformar a identidade do representante dos usuários.

Buscar identificar a figura do que chamamos de “verdadeiro usuário” nas composições nos Conselhos de Saúde é trazer para a arena política todo debate realizado para a conquista da Constituição Federal de 1988.

Com isso, podemos deixar claro que o objetivo mais amplo deste trabalho de pesquisa é, justamente, trazer para o debate o diálogo entre os ideários da democracia participativa e a sua implantação através da representação dos “usuários” no controle do Social do SUS.

II – PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO:

2.1 – A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NOS MOVIMENTOS POLÍTICOS DE SAÚDE NO BRASIL:

Para buscarmos o que caracterizaria a categoria que representaria a figura do que consideramos o “usuário” nos Conselhos de Saúde temos que resgatar todo debate que permeou o início do sistema político democrático no Brasil.

A história dessa transição de modelo é imprescindível para definir o perfil dos representantes da sociedade nas Instituições políticas no Brasil. As transformações nas relações entre sociedade e Estado foram fundamentais para o aparecimento de uma nova cidadania onde atores sociais tinham a possibilidade de participar de processos decisórios em políticas públicas.

Os movimentos pela reforma sanitária marcaram o início da democratização no país, no início dos anos 70, ao lutarem por uma política de saúde para a população marginalizada.

O slogan *“Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado”* representava uma forma mais organizada do movimento (GALLO et al,1998).

Especialmente na Zona Leste de São Paulo, esse movimento era composto pela sociedade que utilizava a saúde pública. Intelectuais, trabalhadores e partidos de esquerda lutavam contra a ditadura, por uma mudança do modelo “médico-assistencial

privativista” (Mendes, 1994), para um sistema nacional de saúde, que fosse universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

A Reforma Sanitária significou, além da luta pelas mudanças nas precárias condições de saúde denunciando o descaso e a mercantilização do setor, a ruptura com a ditadura através da proposição de uma mudança social onde a população não aceitava mais ser excluída do sistema.

A VIII Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada como um grande divisor entre o antigo modelo de saúde e o atual, foi um marco muito importante para as políticas sociais e políticas públicas de saúde. A partir dela, foi instituído o processo de mudança do modelo de saúde pública com uma maior participação da comunidade.¹

Tal Conferência carrega consigo todo um significado de mudança na relação entre o Estado e a Sociedade, tendo caracterizado a ideia da participação social como um instrumento para as conquistas de direitos dos cidadãos como também para uma gestão democrática dos governos.

A abertura política do Brasil veio acompanhada de uma necessidade de maior participação da sociedade civil na agenda política. Em 1988 a sociedade se organizou para a aprovação da Constituição Federal que aparecia como o resultado das mobilizações de segmentos sociais, intelectuais, sindicais, etc.. e parte do processo de mudança no sistema político do Brasil.

“A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde” (SUSANA REIS, 2007).

A Lei 8080/1990, criou o Sistema Único de Saúde com o caráter universal, integral e igualitário. E, representava, somente o início dos resultados das lutas sociais por um país democrático. Logo em seguida, a Lei 8.142/1991 veio instituir no âmbito do Sistema Único de saúde a participação social através da efetivação do controle social.

¹ WEDHAUSEN, Águeda, in “**Micro poderes num cotidiano de Conselhos de Saúde**, Santa Catarina, 1999, “ *A partir daquele momento, ficou acordado que o “controle social” e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes para garantir o direito universal e igualitário à saúde, objetivo central da Reforma Sanitária Brasileira.*”

O caráter do controle social é a organização da participação da sociedade civil, como os usuários, no controle e avaliação das políticas e ações de saúde. Através dessa Lei se institucionalizou os Conselhos, Fóruns e Comissões (tripartites) Federais, estaduais e municipais que, pelo seu caráter deliberativo, garantia a efetivação do novo modelo democrático através da participação da sociedade no controle das políticas públicas de saúde.

Portanto, do ponto de vista legal, estava garantida constitucionalmente a participação de gestores, governo, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde (pública e conveniada, das três esferas) e dos usuários do sistema e da rede SUS.

A participação social é o elemento mais democrático que uma sociedade pode desejar para seu desenvolvimento e é a partir dela que outros elementos sociais podem ser avaliados para uma organização social mais eficaz.

Muitos intelectuais avaliam que esse instrumento de democracia leva a sociedade a participar de processos de tomada de decisões públicas e, mais ainda, ter o controle das ações políticas do governo. (AVRITZER, 2000, CUNHA, 2007)

Hoje, se reconhece em várias partes do mundo que as pessoas são portadoras de soberania e de legítima autoridade. Porém, os mecanismos de reconhecimento dessa autoridade política variam em suas formas dependendo do arranjo político local. Leonardo Avritzer coloca que essa participação política no Brasil, à medida que se vê ampliada, também fortalece o aparecimento de Instituições políticas que deliberam sobre saúde, assistência social, urbanas e, conseqüentemente, uma maior participação dos cidadãos no processo deliberativo dessas Instituições²

Não se tem democracia sem a participação da sociedade civil nos espaços públicos como também nas deliberações e implementações de políticas públicas. Soberania e legitimidade do cidadão são preceitos que fazem parte do que idealmente se concebe como democracia participativa e deliberativa.

² AVRITZER, Leonardo, in " Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da autorização à Legitimação da Ação" pag. 443, ano 2007.

2.2 – A QUESTÃO DA REPRESENTAÇÃO POLITICA DA SOCIEDADE CIVIL NO MODELO DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA:

Tradicionalmente, uma das formas de pensar o conceito de representação política pode ser pela sua dimensão legal.

Legalmente, a relação se dá entre uma comunidade juridicamente organizada e uma instituição (representante). Sob esta relação considera-se que a vontade deste último expresso (mais uma vez fazer isso, que é o que significa “re-*praesentare*”) a disposição do primeiro. “Sociologicamente, a representação é um fenômeno de “imposição social” baseada na afinidade entre o sentimento político da sociedade e os representantes selecionados ou que ela tenha consentido.” (ARNOLETTO, 2009, p. 01)

Neste trabalho, abordamos formas de democracia indireta, focando na eleição dos representantes e analisando o limite da autorização, do representante, dada pelos representados em arenas participativas. A legitimação e a afinidade social dos representantes em relação aos representados são questões que deveremos abordar durante a análise das pesquisas realizadas com os Conselhos de Saúde no Brasil.

As formas de representações democráticas na sociedade civil aumentam de acordo com a ampliação da participação dos movimentos sociais na arena política da gestão pública e, com isso, também colaboram para a institucionalização das ações coletivas desses movimentos (AVRITZER,2007).

Debater esse crescimento da representação política da sociedade na esfera pública bem como identificar quem são e como atuam esses representantes são os objetivos deste trabalho.

Por aumento da representação, entendo o crescimento das formas como os atores sociais exercem, nessas Instituições, a apresentação de certos temas, como a saúde ou interesses urbanos, e o fato de que, em Instituições como os conselhos de políticas, alguns atores são eleitos com o intuito de exercerem o papel de representantes da sociedade civil. (AVRITZER,2007,pág. 444)

O autor supracitado faz uma diferenciação da representação das Instituições Parlamentares e da representação nas Instituições participativas: a primeira é realizada através da territorialidade do voto, do principio da autorização diferente da segunda que

para ele é plural e sem uma organização interna nos debates e nas deliberações de temas.³

O grande debate do intelectual é se realmente o aumento dessas formas de representação social contribuiu para a legitimidade da mesma. É buscando respostas para esse problema que Avritzer (2007) se volta para pensar na questão da autorização na teoria da representação.

À medida que institucionalizamos a participação social através dos Conselhos de políticas, vão surgindo várias formas de representação e que esse aumento pode significar tanto uma distorção do funcionamento da representação como também uma inovação do processo (AVRITZER, 2007).

O aumento nas formas de representação tem definido 3 papéis políticos: o do agente, do advogado e o de partícipe. Porém, como estamos estudando o papel do usuário do SUS no controle social focaremos, somente, na questão da representação da sociedade civil, já que o advogado e o agente são dimensões que não caracterizam a participação popular do SUS nas políticas públicas.

A representação da sociedade civil tem suas características singulares porque seus eleitores são organizados através de uma afinidade de tema podendo passar ou não por um processo eleitoral. No caso de não ter um processo eleitoral podemos dizer que um grupo de pessoas se organiza coletivamente e deliberam conjuntamente por alguém que vá representá-los em alguma instância institucionalizada. O que une todos os tipos de representação é o interesse em comum e a solidariedade.

Em seu texto “ Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da autorização à legitimação” Leonardo Avritzer fala do modelo de Nadia Urbinati que expressa sobre as questões da autorização e a accountability:

³ AVRITZER, Leonardo, in “Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da autorização à Legitimação” pág. 444, ano2007 “Assim, na maior parte das vezes, a representação da sociedade civil é um processo de superposição de representações sem autorização e/ou monopólio para o exercício da soberania”.

“ (...) deixou de ser satisfatória devido a transformações na política doméstica e internacional. Cada vez mais atores internacionais, transnacionais e não governamentais desempenham um papel importante na implementação de políticas públicas a favor dos cidadãos. Nesse sentido, eles agem como representantes. Esses atores “falam por”, “agem por” e “defendem posições em nome de” indivíduos no interior do Estado Nacional” (Urbinati, 2006b, tradução do autor)

As formas não eleitorais também são consideradas legítimas na representação política dos cidadãos. A eleição é um momento relevante, porém, as formas não eleitorais também têm sua importância, pois garantem uma organização da sociedade civil. Leonardo Avritzer aponta esse modelo quando aborda a questão da “forma coletiva de representação”.

“... Organizações criadas por atores da sociedade civil e que lidam por muito tempo com um problema na área de políticas sociais tendem a assumir a função de representantes da sociedade civil em Conselhos ou outros organismos de políticas públicas. (Avritzer, 2007)”

Nesse caso existe a eleição para o representante daquele tema das políticas sociais, porém, a eleição se dá por um público específico e, outras vezes pode se dar por indicação. E continua:

“... Há um grupo na qual está a origem da representação exercida por esses representantes, mas esse grupo pode incluir ou não todas as associações ligadas ao tema ou mesmo não estar organizado em associações. Nesse caso, estamos falando de uma forma coletiva e não institucionalizada de ação que gera a representação.... não possui as características da igualdade matemática da soberania, tão cara à ideia de representação eleitoral, e não possui o elemento monopolista territorial na medida em que partilha a capacidade de decisão com outras instituições no território.”(Avritzer, 2007)

No caso dos Conselhos Estaduais e do Conselho Nacional de Saúde a eleição normalmente se dá através dos representantes indicados pela sociedade civil, porém, não é uma regra.

A definição da veracidade do desenho político da representação da sociedade civil nos Conselhos de Políticas Públicas também está ligada à proposta política de governos eleitos.

No caso do Brasil, a eleição também tem determinado maneira como um tipo de representação é capaz de legitimar o outro. Assim, no governo Fernando Henrique Cardoso, os presidentes de Conselhos Nacionais eram indicados pelo presidente, ao passo que, no governo Luiz Inácio da Silva, os presidentes de Conselhos nacionais são eleitos pela sociedade civil. Isso mostra que uma forma de representação pode tanto emprestar legitimidade para outra como também questioná-la. (AVRITZER, 2007, P. 459)

As várias formas de representação da sociedade civil devem ser organizadas, institucionalizadas, e estarem inseridas no contexto político para que possam articular com o Estado o desenvolvimento do país através das políticas públicas.

2.3 – CONTROLE SOCIAL DO SUS – UM OLHAR DE DENTRO PARA FORA

“LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.”(site do Conselho Nacional de Saúde)

A Constituição de 1988 institucionalizou as formas de controle social pelos cidadãos na gestão pública.

É uma forma descentralizada, proposta pelo Estado, com objetivo de debater e deliberar, através de mecanismos legal e constitucional, pela comunidade. ”

A partir da criação dessa Lei 8142 que está na epígrafe desta subseção foram constituídos os Conselhos e as Conferências de Saúde. De acordo com a Lei “Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde”.

O artigo 1º. define as instâncias deliberativas bem como a sua forma de representação:

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

O parágrafo 3º. define os critérios de representação do usuário:

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

A valorização da participação da comunidade no controle social do SUS é facilmente identificada na definição dos critérios de representação porque significam a maioria tendo poder de decisão.

Conferências e Conselhos de Saúde passam a serem consideradas as principais ferramentas para a efetivação do controle social da população no SUS. Nesse caso, para uma gestão democrática o objetivo é ter nesses Conselhos de Saúde uma paridade na sua composição: 50% dos representantes do conselho são usuários e os demais segmentos, trabalhadores da saúde e governo, seriam distribuídos entre os 50% restantes (Ministério da Saúde, 1998).

Um dos maiores desafios identificados nos princípios e diretrizes do SUS é a composição da representação do controle social, mais especificamente em identificar os usuários do SUS, de forma a garantir a representação e representatividade deste segmento nos debates, deliberações e encaminhamentos das políticas e financiamento da saúde pública.

Durante esses 25 anos de implantação e consolidação do Controle Social através do Conselho Nacional de Saúde, nas diferentes regiões de nosso país, temos encontrado composições que muitas vezes atende interesses de determinados tipos de organização da sociedade civil e que nos parece deixar o “usuário” distante da efetiva participação social.

2.3.1 – A identificação dos usuários na concretização do controle social no SUS:

A participação do usuário na reforma do projeto de saúde no Brasil sempre foi marcada por uma demanda intensa.

A identificação do usuário na história da reforma política da saúde até a sua participação no controle social do SUS passa pelo resgate das origens e o papel institucional e político dos Conselhos e Conferências no contexto dessa reforma.

Aqui vamos levar em consideração a participação dos usuários nos processos decisórios das políticas públicas de saúde.

Quando se faz um resgate da história política do Brasil, verificamos focos de resistência à ditadura militar em vários setores da sociedade brasileira, como vimos na introdução.

O desenvolvimento de vários países do mundo que implementaram políticas foi baseado em uma fundamentação da implantação do Estado mínimo; no Brasil o efeito era o contrário. Uma concepção de Estado desenvolvimentista foi aqui desenvolvida. Assim, enquanto nos outros países a concepção política neoliberal estava reajustando o tamanho político da intervenção do Estado na sociedade, no Brasil, o desenvolvimento econômico estava caminhando por estradas diferentes.

Nesse contexto, o desenvolvimento do país estava atrelado aos cuidados primários da saúde, o que contribuiu para a reforma dos anos 1980.

Nessa nova concepção de Estado desenvolvimentista a administração da rede de serviços deveria ser descentralizada e contaria com a participação da comunidade.

A noção de participação da comunidade ainda estava atrelada à agenda política do governo local.

Esse aspecto do novo modelo de democracia que ainda se apegava à burocracia de Estado para definir quem representava o que na comunidade, foi enfraquecendo a medida que fomos adentrando nos anos 1980.

Os anos 1980, marcado por uma crise na economia brasileira (altas taxas de inflação, declínio no crescimento econômico) foi também um período que demonstrou uma capacidade grande de organização da sociedade civil para lutar por suas demandas.

No que se refere à questão da saúde, como foi dito anteriormente, a população buscava uma maior responsabilidade do Estado sobre a saúde que era tratada como pura mercadoria.

O processo de descentralização da saúde juntamente com a liberação política do país nos anos 1980, transformou a dinâmica social do país: "Em várias cidades, especialmente na área da saúde, setores dos movimentos sociais urbano, rural e

sindical mobilizavam-se e, apresentavam suas reivindicações diretamente a gestores e políticos”⁴.

Tais mobilizações foram avançando no processo de participação social. À medida que esses movimentos passaram a canalizar as demandas as Comissões Interinstitucionais municipais de saúde, e, depois, para os Conselhos e Conferências de Saúde. Esses canais de participação eram considerados um espaço de reivindicação de uma parcela da população que eram excluídas do processo decisórios das políticas públicas de saúde.

O desenvolvimento e ampliação da participação social nesses fóruns eram primordiais para garantir o desenvolvimento do modelo de democracia no país. E, para que isto acontecesse, seria necessário que a sociedade civil se organizasse e enviasse representantes capazes de legitimar os interesses dos setores sociais que elas aglutinavam (MARMOR, 1983, p.92).

Além da necessidade de participação da comunidade através de representantes nos espaços de decisão, autores falam também que para a efetivação do desenvolvimento na reforma da saúde precisaria também de um ator social definido. “*policy community*”⁵. A *policy community* é formada por acadêmicos e profissionais voltados para a elaboração de projetos sociais reformistas.

No Brasil, o exemplo seriam os intelectuais responsáveis pela reforma da saúde; os ativistas dos movimentos sociais que atraíam as lideranças populares e sindicais para a luta de massa em nome dessa nova proposta e se envolveram nos fóruns públicos:

Ao invés de tomar decisões através de um processo informal de consulta a uma sociedade civil debilmente organizada, eles promoveram a normalização de mecanismos de representação de interesses coletivos no setor saúde, tendo como pressuposto a existência de movimentos popular e sindical, suficientemente organizados para garantir a continuidade e a consistência desse processo de representação. (CORTÉS, 2009, P.07)

É claro que mesmo existindo momentos de intensas mobilizações, o resultado varia de acordo com o que podemos considerar uma cultura política de cada lugar. As

⁴ CORTES, Soraya Maria Vargas, in, “Construindo a possibilidade da participação dos usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde, pag. 23, Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 4, no. 07, 2002.

⁵ Ibidem: “Policy Community é entendida como uma comunidade orgânica de atores políticos organizados em torno de um projeto comum de política social (Jordan e Richardson, 1982, p.83)”

idades maiores em uma forte representação e atuação dos usuários nos Conselhos de Saúde devido a legitimidade dos movimentos populares e do movimento sindical. Nas cidades menores, onde encontramos uma frágil organização destes segmentos, a força de atuação dos usuários nos Conselhos de Saúde também se torna menores. Uma boa relação entre a variável “tamanho do município” e o sucesso das Instituições participativas pode ser encontrada em Avritzer(2007).

Nas pequenas cidades ainda existem uma relação de favores políticos entre governo local e certos grupos de interesses. Este fato dificulta a implementação desses espaços mais democráticos. A garantia de representação dos usuários nos espaços de deliberações de políticas públicas é mais efetiva nas cidades grandes onde existe a forte organização dos movimentos populares e outros movimentos, como, por exemplo, o sindical.

Mecanismos de representação foram criados pelo governo no final da ditadura militar porque era pressionado á descentralizar a saúde para se adequar a democratização política. Na reforma do sistema de saúde brasileiro existiam dois idealizadores: os que apoiavam o estado mínimo e a proporção de gastos para a proteção social pública e aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviço e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos.

O governo, a partir da deliberação política no país, no final dos anos 1980, pós Constituinte, criou vários Programas que tinham como objetivos melhorar a rede de saúde que fora descentralizada.

Foram criadas, também, comissões interinstitucionais que contavam com formas de representação com objetivo de facilitar a integração das demandas entre as três esferas: municipal, estadual e federal.

Dessas Comissões apenas a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e a Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS) previam a representação de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local (BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social e outros, 1984, p.8).

Considerando que, posteriormente a Lei 8142-1991, essas Comissões viraram Conselhos de Saúde e, que, em sua forma de representação tripartite, os municípios

contam com uma forte representação dos usuários em seus Conselhos Municipais de Saúde.

Com a descentralização e municipalização dos serviços de saúde, os municípios garantiram a participação popular e o fortalecimento da sociedade nas Comissões e Conselhos de saúde.

O repasse de financiamento do SUS para os Estados e municípios estava atrelado à criação de Conselhos de Saúde que iriam controlar, fiscalizar essa verba e, para que isso fosse realizado com sucesso era imprescindível que a maioria teria que ser representadas por usuários.

Os Conselhos de Saúde então qualificavam os representantes da sociedade civil na elaboração e fiscalização de políticas públicas de saúde. Mas, quem são esses representantes dos usuários que participam do controle social do SUS? Temos algumas razões para pensar que, naquele momento de transição e criação, a concepção de quem eram os usuários e quem deveria os representar era diferente do que acontece hoje.

A Resolução 333 de 04 de novembro de 2003 aprova algumas diretrizes para a criação, organização, estrutura e funcionamentos dos Conselhos de Saúde. Dentre as Resoluções estão presentes a forma de indicação de Conselheiros, a distribuição dos critérios de participação e a definição de quem participa e em qual segmento:

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

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

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços

privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;

- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003)

A Resolução está definindo quem são os trabalhadores da área da saúde e o governo (que já se define automaticamente), mas todo o restante dos representantes deverão se encaixar na representação do usuário. Sem uma mesma reflexão sobre o que essa categoria representa. O problema aqui, também, se refere à paridade. O que significa a definição dos 50% para a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde se não se define quem compõe esse percentual?

No início da abertura política do país onde o governo começava a debater a descentralização da saúde; as associações de moradores tiveram um papel muito importante na organização da comunidade. É claro que o debate era realizado sobre todas as demandas que a comunidade tinha para ser reivindicado aos governos locais.

A necessidade de uma maior e melhor intervenção das comunidades no poder local fez com que Associações de moradores se reunissem regionalmente com indicação de representantes.

Quando a Lei 8.142/90 foi criada essas mesmas associações se reuniram para constituir o Conselho Municipal de Saúde.

Os representantes dessas Associações eram simplesmente os cidadãos que utilizava o sistema público de saúde e que, lutavam por uma melhoria que iria abranger todas as comunidades locais.

Esse era o desenho de uma formação do Conselho Municipal de Saúde da maioria do país. E o que havia sido colocado em prática pelo movimento da Zona Leste de São Paulo que está na origem desse processo.

Com essa retomada da discussão sobre quem é o usuário que deveria fazer parte do conselho, não perdemos de vista que o fator político da gestão municipal é preponderante para a formação desse Conselho.

Dependendo do Gestor teremos um Conselho mais ou menos democrático. A força dos movimentos populares também definia o poder dos Conselhos Municipais de Saúde.

Os Conselhos de políticas públicas, como já foi dito anteriormente, eram o instrumento que caracterizava, na prática a democracia no país através da participação popular. Nesse sentido esses Conselhos foram criados para institucionalizar a participação da comunidade no debate, deliberação sobre as políticas e financiamentos públicos da Saúde. E é por isso que um critério mais incisivo para pensar na definição dessa categoria de usuários deveria ser adotado normativamente. De acordo com a Lei 8142/90 “II – participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.”

Podemos afirmar que a transformação do sistema político brasileiro mudou a relação sociedade e Estado e o papel dos Conselhos de Saúde.

A referência anterior seria o papel do Conselho Nacional de Saúde que, sendo uma Instituição mais antiga, nunca representou a participação da sociedade já que, seus integrantes eram nomeados pelo governo, autoritário, em questão.

O processo de democratização no país, concebido através de intelectuais e da participação popular, mudou esse viés.

Participação popular é sinônimo de democracia e a representação significa toda forma de institucionalização/organização desse sistema político.

2.3.2 - A polêmica da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde:

“Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

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

§ 3º- O Conselho Nacional

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo Conselho. (LEI 8142/90)

É claro que a questão aqui proposta sobre a representação da figura do “verdadeiro usuário” não é isenta de controvérsias. Essa polêmica da representação legítima dos usuários sempre foi “a pedra no calcanhar de Aquiles” e é o eixo central do debate sempre a questão da paridade. Essa paridade, onde 50% dos representantes dos Conselhos de Saúde, devem ser atribuídas aos usuários, no campo político pode ter vários tipos de representação.

Carvalho (2007) defende que deva existir ética na questão da paridade já que isso está definido em lei:

Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica e comunhão de interesses com quaisquer dos representantes dos demais segmentos do Conselho – Código de Saúde – SP – 08.

O mesmo autor nos chama a atenção para o fato da paridade na constituição da representação dos Conselhos de Saúde

Em relação ao Conselho de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal) quando a Lei 8142 definiu que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação aos demais, fez aí uma regra explícita de que um lado não podia se confundir com o outro, para que não se quebrasse a paridade, colocada como imprescindível e essencial. A paridade foi colocada como essência e destacada num parágrafo: “paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos”. (CARVALHO, 2007, p. 04)

A defesa desse aspecto é feita pelo autor, porque, para ele, a representação dos usuários sempre foi algo que no processo de efetivação do Conselho de Saúde, corria o risco de ser um instrumento de manipulação política. Pois, por exemplo, um candidato, principalmente local, poderia indicar um representante da comunidade para ocupar o lugar dessa representação, também podendo essa representação do cidadão usuário se dar por um profissional de saúde e assim por diante.

Essa questão da paridade nos Conselhos de saúde está permeada por um processo de debate político que muda de acordo com o formato estrutural e das lutas sociais de cada região, Estado, perdurando também pelo país.

O que se coloca é que não existe um diálogo de baixo pra cima e nem de cima pra baixo.

Mesmo a efetivação dos conselhos sendo de fato uma Instituição representativa da democracia participativa, essa característica vai mudando de acordo com vários fatores:

- 1) a realidade política do município, do Estado e da União;
- 2) As formas de participação dos movimentos populares que quanto maior, melhor;
- 3) As formas de eleição desse representante pelo representado;
- 4) A relação entre esse representante e o representado que ora tem e ora não tem retorno;⁶

A paridade então está relacionada para alguns como uma ato da democracia participativa por garantir que metade da representação da sociedade seja efetivada pela participação dos usuários da saúde.

⁶ CARVALHO, Gilson, ind “Composição dos Conselhos de Saúde: Quem são os usuários? Profissionais? Prestadores? Governo?, pág 59 a 75 do Livro a Participação da Comunidade na Saúde, 2007”

Dando continuidade ao debate sobre a definição de quem são os representantes dos usuários do SUS nos Conselhos de políticas de saúde, a 10ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada de 02 a 06 de Agosto de 1996 definiram alguns critérios para a composição dos Conselhos de saúde, principalmente na questão da representação do usuário.

3) Os Gestores do SUS devem garantir cumprimento das seguintes regras na composição dos Conselhos da Saúde:

1. (...);
2. os Gestores do SUS ficam proibidos de indicar os representantes dos Usuários, dos Trabalhadores em Saúde e dos prestadores de serviços nos Conselhos de Saúde;
3. os representantes de Trabalhadores em Saúde, de órgão do Legislativo, Executivo e Judiciário, de entidades patronais, Lions e Rotary ficam proibidos de representarem Usuários;
4. os funcionários com cargo de confiança, ficam proibidos de participar como Conselheiros, salvo quando representarem o gestor público ou privado que o emprega;
5. a composição dos Conselhos deve ser estabelecida por Lei e não através de decreto do poder executivo.
6. os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem garantir que o processo de escolha de Conselheiros de Saúde seja fiscalizado pelo Ministério Público e que as entidades com assento nos Conselhos de Saúde comprovem existência legal e representatividade junto a segmentos sociais expressivos." (MS, Relatório da 1ª. Conferência Nacional de Saúde)"

Até o momento sabemos quem não pode ser representante de usuário do SUS, porém não sabemos também quem de fato é esse representante se levarmos em consideração que todos da sociedade civil: trabalhadores, gestores, cidadãos, etc.. podem utilizar o sistema único de saúde.

Polêmicas ainda maiores giram em torno dessa questão quando o município, Estado e União tem autonomia para pensar o funcionamento e o regimento interno desse Conselho.

Quando isso acontece podemos perceber que cada um tem uma visão dessa representação fazendo com que esteja atrelado a conjuntura social, política e cultural seja ela local, estadual e nacional. Nesse sentido, também poderíamos dizer que faz parte de todo esse trabalho se a democracia participativa continua sendo um instrumento de fortalecimento da democracia representativa.

III – A ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO

O objetivo principal desta pesquisa de campo é identificar como se dá a participação do usuário tanto no funcionamento interno dos Conselhos como também analisar se existe a relação desse representante com seus representados e uma inter-relação entre esses Conselhos (municipal, estadual e nacional). Uma vez que consideramos essa inter-relação a palavra chave para entender a questão da representatividade desse segmento nos conselhos de saúde.

A decisão de tomar como base o Conselho Municipal de Diadema/SP, o Conselho Estadual de SP e o Conselho Nacional de Saúde não foi tomada por mera coincidência. O primeiro critério que guiou essa escolha foi garantir que conseguiríamos conversar com representantes dos usuários e fazer a análise documental dos conselhos das três esferas que são vitais para a política participativa de saúde.

O município de Diadema tem uma história de luta da comunidade muito forte sendo a primeira cidade da região do ABC a ser governada pelo Partido dos Trabalhadores que está há mais de 30 anos no poder.

A história democrática local contou, e conta até os dias atuais, com a participação intensa da comunidade no processo de decisão, implementação e fiscalização das políticas públicas.

Levando em consideração que a representação do usuário no Conselho de Saúde está, primeiramente, articulada com a participação da comunidade no processo de decisão da gestão, tomamos como base esse município com características fortes de democracia participativa.

A partir da decisão tomada em aplicar a pesquisa no município de Diadema, automaticamente, o Conselho Estadual de SP teria que ser o próximo agente de análise devido a um dos objetivos desse trabalho que é, também, verificar a relação entre os Conselhos nas diferentes esferas.

O Conselho Nacional de Saúde vem para fechar esse levantamento por suas especificidades internas e seu poder de organizar todos os segmentos através das Conferências Nacionais de Saúde.

A metodologia utilizada foi a aplicação de um questionário com questões de respostas fechadas divididas em 3 blocos para serem respondidas apenas pelo segmento dos usuários. Cada Conselho teve um número de perguntas específicas de acordo com sua organização interna. O questionário foi elaborado com 46 perguntas, divididas em 3 blocos. Quais sejam:

Bloco I: refere-se ao funcionamento interno do Conselho e como se dá a participação do usuário nesse, bem como a articulação com os Conselhos Estadual e Nacional;

Bloco II: Avalia o grau de envolvimento dos usuários com as questões políticas do local que ele representa bem como seu acesso às informações da mídia;

Bloco III: Levantamento das características pessoais do usuário

Para garantir que a questão da interação fosse alcançada, assumindo papel de variável dependente, foi definido como critério de amostra que os cinco usuários de cada conselho a participarem das entrevistas seriam os representantes dos Conselhos e Movimentos Populares. Isso tornaria possível analisar a questão da legitimidade da relação com a comunidade e/ou os movimentos de lutas pela saúde.

Uma reunião foi realizada com cada grupo de usuário de cada Conselho para explicar o conteúdo do questionário e seus objetivos.

Como explicamos na introdução, além do questionário de pesquisa também foi realizada a análise de documentos internos de cada Conselho (Atas de reunião, Regimento Interno e Composição). Buscávamos, sobretudo, encontrar nesse material como estava ocorrendo, formalmente, a participação desse representante de usuário nas estruturas e funcionamento dos Conselhos.

3.1 – A organização do Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP

Diadema é um município que fica situado na região do grande ABCD, em São Paulo/SP. Segundo o censo de 2010, o município conta 386.039 habitantes, distribuídos em 30,7Km², o que dá um total, de densidade demográfica, de 12.574 pessoas por km². Essa população, que tem aumentado nos últimos anos, aconteceu de forma desordenada e não veio acompanhado do desenvolvimento da infraestrutura da cidade.

A precariedade em vários setores da gestão municipal antes de 1983, ano em que iniciou a gestão do PT na cidade, era muito grande devido, entre outras coisas, a essa questão demográfica.

Diadema foi o primeiro município, na região do ABCD, a ter uma administração petista, o que o tornou referência para o Partido dos Trabalhadores.

A gestão, denominada democrática popular, uniu toda a comunidade para enfrentar e resolver os problemas sociais. Dessa forma, ampliou-se a participação social nos processos e tomada de decisões da administração municipal.

A falta de acesso da população aos equipamentos de saúde, como também outros problemas de infraestrutura, contribuiu para a organização popular que, conseqüentemente, pressionava as gestões municipais a caminho das transformações sociais.

A participação da comunidade na vida política do município foi fundamental para o avanço das políticas públicas de saúde e, culminou com a criação do Conselho Municipal de Saúde em 1987:

Sentindo a necessidade de conhecer mais sobre o que acontecia com a Saúde e com os Serviços de Saúde, as pessoas interessadas foram organizando os clubes de mães e as Comissões de Saúde, nos vários bairros de Diadema. Em maio de 1987, com a realização do 1º Encontro de Saúde, o Movimento determinou a Criação do Conselho Municipal de Saúde, forma mais avançada de participação da População na Política de Saúde do Município. (Portal de Diadema)

Esse Conselho era composto por 54 conselheiros eleitos pela população de cada região, através das Unidades Básicas de Saúde.

Note-se que, mesmo antes da Lei 8.142/90, que regularizou a criação dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde, em Diadema, a população já tinha realizado o 1º. Encontro de Saúde, em 1987, e criada o seu Conselho Municipal.

Porém, a partir dessa Lei, o município foi obrigado a regulamentar o Conselho Municipal de Saúde através da Lei No. 1210/92 durante a 1ª. Conferência Municipal de Saúde transformando o antigo Conselho em Conselho Popular de Saúde:

Cabe ressaltar que o modelo de Conselho Municipal de Saúde proposto após a regulamentação do SUS, difere do modelo que já estava em funcionamento no município de Diadema, ou seja, existia um Conselho Municipal de Saúde composto somente de usuários e pelo Secretário de Saúde, mas este não era formalizado por Lei, apesar de reconhecido pelo poder público e pela população: (PIMENTA et al, 2011);

Através das Leis 1210/92 e 1211/92 foram criados então o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Popular de Saúde do Município de Diadema.

O Conselho Popular de Saúde passou então a indicar os representantes dos usuários para o Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

Por ora, podemos afirmar aqui que o Conselho Popular de Saúde é integralmente formado por usuários eleitos pela comunidade usuária do Sistema Único de Saúde.

Esse modelo de inclusão e participação social que o município de Diadema apresenta para o país revela um nível muito aquém de exemplo de democracia participativa; porém, muitas vezes confundem o papel e as atribuições do Conselho Municipal de Saúde:

Em Diadema, essa atribuição é compartilhada com o Conselho Popular de Saúde, que organiza o processo eleitoral do segmento dos usuários com apoio logístico e financeiro da Secretaria de Saúde. Ao Conselho Municipal cabe organizar a eleição dos trabalhadores de todos os Conselhos Gestores e das entidades da sociedade civil que ocupam vagas nos Conselhos Gestores de Serviços Especializados e de Equipamentos de Saúde de Grande Porte. (PIMENTA et al, 2011)

O compartilhamento das atribuições entre o Conselho popular de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde mostra claramente que a implantação de modelo de democracia participativa contribuiu para o avanço das políticas públicas no município de Diadema.

- A estrutura e composição do Conselho:

O Conselho Municipal de Saúde de Diadema é formado pelo Conselho Popular de Saúde, composto pelos usuários do SUS, e também pelos Conselhos Gestores de Saúde criados em 1996 com a responsabilidade de organizar os equipamentos de saúde.

O Conselho Gestor da saúde tem uma composição tripartite e paritária obedecendo aos seguintes critérios:

Os **Conselhos Gestores de Unidades Básicas de Saúde** são compostos por quatro membros, sendo: um representante do segmento gestor; um representante do segmento de trabalhador da UBS; e dois representantes de usuários, indicados pelo Conselho Popular de Saúde.

- Os **Conselhos Gestores dos Serviços Especializados** são compostos por 8 membros, sendo: dois representantes do segmento gestor; dois representantes do segmento dos trabalhadores do serviço; e quatro representantes do segmento dos usuários, sendo dois indicados pelo Conselho Popular de Saúde e dois representantes de entidades da sociedade civil de abrangência municipal, indicadas por entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde.

- Os **Conselhos Gestores dos Serviços de Grande Porte** são compostos por 12 membros, sendo: três representantes do segmento gestor; três representantes do segmento dos trabalhadores do serviço; e seis representantes do segmento dos usuários, sendo quatro representantes indicados pelo Conselho Popular de Saúde e dois representantes de entidades da sociedade civil de abrangência municipal, indicadas pelas entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde.

No total são 29 Conselhos Gestores que organizar as UBS's (Unidades Básicas de Saúde), os serviços especializados e os serviços de grande porte.⁷

A composição do Conselho Gestor obedece a Lei 8.142/91 no que se trata da questão do usuário respeitando cada setor.

O Conselho Municipal de Saúde de Diadema possui Regimento Interno onde prevê a escolha do presidente por meio de indicação da Secretaria de Saúde ou pelo próprio prefeito.

As reuniões são mensais, sendo a data e o local divulgados à população com antecedência porque as reuniões são abertas e a população, com direito a voz. As Atas das reuniões do Conselho também ficam disponíveis para a consulta pública.

Outra composição do Conselho Municipal de Saúde é o Conselho Popular de Saúde considerado a primeira forma de participação popular municipal organizada e regulamentada antes mesmo da Lei 8.142/91.

A história deste Conselho, assim como os outros Conselhos Populares, acompanhou significativamente o avanço da democracia através da gestão do Partido dos Trabalhadores.

⁷ Os serviços especializados referem-se aos Centros de Referências – DST/AIDS, Controle de Zoonoses, Psicossocial Infantil, Psicossocial álcool e drogas e psicossocial leste, Centro Oeste e Sul. Os serviços de grande porte referem-se ao Hospital Público Municipal, Pronto Socorro Central e Quarteirão da Saúde (Portal de Diadema, 2012)

O Conselho Popular, como dito anteriormente tem a responsabilidade de ser um elo entre a população de usuários e o Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 1º. – Fica criado o Conselho Popular de Saúde com objetivo de representar os interesses da população e ser um canal de participação direta do movimento e entidades populares na área de saúde, nas decisões de vida político-administrativa do Município, Estado e União. (LEI No. 1211/92 que Dispõe sobre a criação do Conselho Popular de Saúde de Diadema)

O objetivo da criação do Conselho Popular de Saúde foi o de garantir a participação da população nas decisões do Conselho Municipal de Saúde além de ampliar o controle social na cidade.

Na composição do Conselho Popular de Saúde está previsto a participação de um representante da Prefeitura Municipal e as representações da comunidade, eleitos pela população, sendo um titular e um suplente. Os representantes da Comunidade são eleitos a partir das Unidades Básicas de Saúde e, tal representação pode aumentar a medida que forem sendo criadas outras UBS's. Os Conselheiros trabalham voluntariamente e as reuniões são mensais. Atualmente conta com a representação de 80 membros indicados pela comunidade.

O Conselho Municipal de Diadema então é formado por representantes do governo: 02 titulares e 02 suplentes; trabalhadores da saúde: 03 titulares e 03 suplentes; Usuários: 06 titulares e 06 suplentes.

A representação dos usuários está dividida da seguinte forma:

- 04 usuários do Conselho Popular de Saúde;
- 01 usuário de entidades sindicais;
- 01 de entidades representativas do setor empresarial;

A Lei municipal que regulamenta o Conselho Municipal de Saúde prevê que a sua presidência deverá sempre ser de responsabilidade do titular do Departamento de Saúde e Higiene do município.

O Conselho possui Regimento Interno, sala própria com 1 linha telefônica, computador, internet, secretária executiva e uma equipe de apoio. O mandato dos(as) Conselheiros(as) é de 02 anos.

Possui caráter permanente, fiscalizador e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da política de saúde da cidade.

A perspectiva dos conselheiros municipais - Resultado da Pesquisa:

A tabulação da pesquisa foi realizada tendo em mente cada um dos blocos de perguntas que citamos anteriormente. Procuramos identificar a participação do usuário nas deliberações e implementações das políticas públicas de saúde do município a partir da sua atuação na comunidade e no Conselho.

Bloco 01: O perfil do representante do usuário que participa do Conselho

Dos 05(cinco) representantes dos usuários que responderam o questionário 03 faziam parte de uma Associação de Bairro e todos eles utilizam desse instrumento para levar as demandas da população ao Conselho.

Todos foram eleitos pelo bairro a participarem do Conselho Popular de Saúde.

Um dado interessante é que quando se pergunta a quanto tempo que participam do conselho Gestor, verifica-se que todos tem pouco tempo de militância. O usuário com mais tempo, tem 65 anos de idade e 12 de participação dos movimentos populares.

Quanto tempo de participação no Conselho gestor	Como se deu participação no Conselho?	Como se tornou Conselheiro Municipal	Quem representa no Conselho Municipal	Quais serviços de saúde pública utiliza em seu município
09 anos	Eleição no bairro	Indicado por alguma associação de moradores	é uma representação de um conjunto de entidades/associações de bairro/moradores	UBS, Hospital Público, PS e quarteirão da saúde
01 ano e 06 meses	Eleição no bairro	Indicado pelo Conselho Popular de Saúde	uma determinada entidade/associações de bairro/moradores	UBS, Hospital Público, PS e quarteirão da saúde.
12 anos	Eleição no bairro	Eleito no Conselho Popular de Saúde	Conselho Popular de Saúde	UBS, Hospital Público, PS e quarteirão da saúde
05 anos	Eleição no bairro	Eleito no Conselho Popular de Saúde	Conselho Popular de Saúde	UBS, Hospital Público, PS e quarteirão da saúde
02 anos	Eleição no bairro	Eleito no Conselho Popular de Saúde	Conselho Popular de Saúde	UBS, Hospital Público, PS e quarteirão da saúde

Fonte: Elaboração própria

Nota-se que todos os usuários foram eleitos no bairro e 90% indicados pelo Conselho Popular. Apesar de serem indicados pelo Conselho Popular de Saúde verifica-se que 02 deles que são representantes das associações de moradores no Conselho Popular de Saúde continuam representando esse segmento no Conselho Municipal de Saúde.

Todos utilizam os equipamentos públicos de saúde e essa característica nos mostra que as representações, de fato, se dão a partir das demandas locais dos cidadãos.

É interessante olhar com cuidado para a pergunta que direcionamos aos entrevistados: “Você se considera representativo de seu segmento?” Quatro dos entrevistados responderam que se consideram representativos, pois foram *“escolhidos através de eleição entre várias pessoas que também representavam segmentos”*. Somente um respondeu que se considerava representativo, por ser: *“um líder nato em meu bairro, direcionando as pessoas, munícipes ao caminho e de fácil acesso a uma saúde rápida e que ofereça qualidade e satisfação”*.

Por uma via ou outra, as respostas demonstram que existe a democracia no processo de eleição dos representantes e que, apesar de pouco tempo de militância, todos tem um poder de liderança em seu bairro.

Os representantes colocaram que ao final de cada reunião do Conselho, discute-se a pauta da próxima reunião e que essa geralmente é elaborada pelo Pleno do Conselho. Garantem que existe um debate sobre essa pauta.

Como são elaboradas as pautas do Conselho Municipal de Saúde:	Você participa da discussão e elaboração das pautas da reunião?	Quem, na maioria das vezes, propõe as pautas das reuniões?
Ao final de cada reunião, discute-se a pauta da próxima reunião.	sim	O Pleno do Conselho
Previamente pela Secretaria Municipal	não	O Pleno do Conselho
Ao final de cada reunião, discute-se a pauta da próxima reunião	sim	O Secretário de Saúde
Ao final de cada reunião, discute-se a pauta da próxima reunião	sim	O Pleno do Conselho
Ao final de cada reunião, discute-se a pauta da próxima reunião	sim	O Pleno do Conselho

Fonte: Elaboração Própria

Ainda em relação a formulação da pauta os usuários responderam que tem o hábito de debater com seu segmento os temas de interesses a serem levados para a o Conselho Municipal de Saúde. Um fato importante é que apesar de discutirem os pontos de pautas de interesse com os segmentos, há certa dificuldade de coloca-los na pauta do Conselho Municipal de Saúde.

Nas reuniões, grande parte segue a orientação de seu segmento para se posicionar.

Você discute com seu segmento a elaboração dos temas de interesse do segmento a serem pautados no Conselho Municipal de Saúde?	Previamente às reuniões do CMS, você discute os temas das pautas com o segmento que representa?	Você consegue pautar os temas de interesse do seu segmento no Conselho?	Nas reuniões plenárias do conselho, você toma sua decisão (ou vota) de acordo com:
Sempre	Sim, discuto as questões nas reuniões somente quando é um ponto de interesse do grupo	Sim, sempre	Articulação com outros segmentos do Conselho
Sempre	Sim, discuto as questões nas reuniões somente quando é um ponto de interesse do grupo	Sim, sempre	Articulação com outros segmentos do Conselho
Sempre	sim, discuto as questões nas reuniões da entidade que represento	Não, tenho dificuldades	A orientação do seu segmento
Sempre	não discuto previamente	não, tenho dificuldades	a sua opinião e conhecimento pessoal sobre o assunto em questão
Sempre	Sim, discuto as questões nas reuniões somente quando é um ponto de interesse do grupo	Sim, sempre	Articulação com outros segmentos do Conselho

Fonte: Elaboração própria

Assim, na perspectiva dos entrevistados, há pouca influência dos usuários nas reuniões do Conselho Municipal e eles acreditam que essa falta está relacionada ao conhecimento técnico que a pessoa muitas vezes não possui; assim como a posição que ocupa na Mesa Diretora e o modo com que se relaciona com os outros segmentos podem fazer um representante muito influente. Os representantes responderam que, assim que termina a primeira reunião ou quando da primeira oportunidade, costumam

dar retorno para o seu segmento das pautas discutidas e encaminhamentos discutidos no Conselho.

O interessante que a maior parte dos entrevistados acredita que o Conselho Municipal de Saúde não está representado nos Conselho Estadual e no Conselho Nacional de Saúde dificultando assim qualquer tipo de ligação entre esses.

A falta de articulação entre os conselhos das esferas municipais, estaduais e nacional é um problema que muitas vezes dificulta a implementação das políticas públicas principalmente quando é definida em nível da União.

Sabemos que as plenárias de Conselheiros são um instrumento de participação que prevê esse intercâmbio de experiências e que capacita para um debate local fortalecendo para embate nas lutas travadas nacionalmente, através das Conferências de Saúde. Estaremos verificando mais a frente.

Outro problema importante que averiguamos, foi relacionado à identificação destes usuários do Conselho Municipal de Saúde de Diadema. Todos eles antes de ser Conselheiros já atuavam nos movimentos de saúde, participavam das atividades políticas do município e movimentos sociais.

Bloco II – O grau de envolvimento dos usuários com as questões políticas do local que ele representa bem como seu acesso às informações da mídia

Sobre o aspecto do interesse por política em geral, todos os usuários que responderam o questionário se dizem interessados pelo tema e também todos já fizeram trabalhos voluntários em algum tipo de organização social ou campanha política.

São pessoas atentas aos noticiários de jornal, televisão e usuários da internet e redes sociais. Os representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Diadema se consideram pessoas que estão totalmente envolvidas com todos os aspectos que mobilizam o município como também o Brasil.

Acreditamos poder afirmar seguramente que isso é uma consequência da participação da comunidade em todos os movimentos de lutas para melhorar a condição dos residentes em Diadema.

É uma concepção de um modelo democrático popular onde o gestor envolve a sociedade civil na resolução dos problemas de gestão que vem sendo colocada em prática no município, como vimos, há tempos.

A maioria não tem apoio nenhum para participar do Conselho. Seja ele de qualquer forma. Eles se envolvem com a demanda municipal porque se sentem parte dela. Trabalham, voluntariamente, para conseguir resolver (ou amenizar) o problema dos usuários do SUS no município.

Bloco III - Levantamento do perfil dos representantes dos usuários

Os representantes dos usuários que responderam a pesquisa são em sua maioria masculinos com idades entre 45 e 64 anos. Identificaram-se como pretos, brancos e pardos. O grau de escolaridade entre eles variou de primário, ginásio, superior completo e incompleto. Uma parte de aposentados e outra de autônomos.

O fato de serem autônomos e aposentados é uma característica que ajuda no trabalho voluntário com o Conselho e também a estarem em contato tempo integral com a população que utiliza os equipamentos de saúde pública do município.

Outra questão interessante é que os níveis de escolaridade dos Conselheiros variam muito e isso não é um complicador para a atuação no Conselho Municipal de Saúde e na organização da comunidade.

3.2 – A ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO/SP

São Paulo é um Estado que teve uma importância muito grande na abertura do processo democrático do país nos anos 70.

Um Estado que foi palco das lutas dos movimentos sociais em prol das conquistas de direitos sociais.

A história de luta do movimento sanitário brasileiro, na década de 70, com forte e ampla participação do movimento de saúde da Zona Leste de SP, reivindicando um novo modelo de atenção à saúde, culminou a partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS e dos Conselhos de Saúde.

Desde o início deste trabalho estamos falando do processo de democratização do país através desta mudança no sistema de saúde brasileiro e o quanto esse debate inseriu a população nas deliberações de políticas públicas implementadas pelo Estado.

Os Conselhos de Saúde institucionalizaram a democracia participativa, abrindo espaços para que representantes das comunidades pudessem trazer as suas demandas para serem discutidas com os gestores e administradores do Estado.

Em relação ao Estado de SP a história da criação do 1º. Conselho Estadual de Saúde é resultado da também criada Comissão de Saúde da Zona Leste da cidade, que tinham a responsabilidade de organizar os movimentos de saúde tanto local como regional.

As mulheres foram percussoras na questão da organização da luta. Faziam reuniões semanais nas residências ou nas paróquias onde havia sempre um tema para ser debatidos referentes às questões do bairro. Discutiam-se também uma pauta de reivindicação para serem utilizadas como pressão à Secretaria do Estado da Saúde.

Essa Comissão de Saúde foi transformada em Centro de Saúde do Jardim Nordeste, em 1979. Também criaram um boletim de saúde que fazia o elo entre a Comissão e a população.

Muitas conquistas foram realizadas pelo Centro de Saúde que começou a ampliar a sua forma de participação popular ao reivindicar a criação do Conselho Supervisor formado por moradores da região que usavam os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde.

A organização desses espaços de participação popular contribuiu para a criação do 1º. Conselho de Saúde de SP que depois veio se transformar em Conselho Popular.

Assim, em 1979, houve a criação do 1º Conselho de Saúde, um grupo de vigilância operando dentro do Centro de Saúde local, que foi formalmente reconhecido pela Secretaria de Estado da Saúde. Os membros desse Conselho foram eleitos por 8.146 moradores da região. Em 1981 foram realizadas novas eleições para os Conselhos de Saúde dos Centros de Saúde da região. Foram eleitos dezoito Conselhos de Saúde.

Os Conselhos acima referidos são os que atualmente se denominam Conselhos Populares de Saúde. São formas autônomas de organização da população, independentes do Estado, eleitos diretamente pela população nos bairros e regiões, com o objetivo de estimular a participação da população na luta pela melhoria da qualidade de vida e saúde. Na época em que surgiram, a participação popular no setor saúde não era regulamentada exatamente como está hoje.⁸

O Conselho Popular de Saúde foi fundamental para organizar a população de São Paulo na luta por melhorias na saúde pública. Ele tinha assumido as seguintes responsabilidades com os cidadãos:

1. Analisar as condições de vida, os problemas de saúde do bairro e os serviços de saúde;
2. Identificar as causas dos problemas encontrados a partir de uma reflexão sócio-político-econômica em nível municipal, estadual e nacional;
3. A partir dessa reflexão propor medidas de solução através de um plano de trabalho às UBS – Unidades Básicas de Saúde: tipo de atendimento, programas de saúde, organização dos serviços, etc..;
4. Manter os usuários e a população informados sobre todos os acontecimentos nas unidades;
5. Ser o elo de ligação entre a população e as UBS's;
6. Fiscalizar o atendimento das UBS's em relação à população com objetivo de qualificar a ação;
7. Conscientizar a população à participar das lutas em prol do avanço da qualidade de saúde nos equipamentos públicos de saúde;
8. Levantar as demandas específicas do bairro como também fazer a ligação do Conselho Popular com outros movimentos populares sempre levando a bandeira da saúde (MOVIMENTO, 1991)

Faz-se necessário fazer um resgate histórico da criação dos Conselhos Populares de Saúde porque representam a realização da participação popular nos espaços institucionalizados pelo Estado.

Outro motivo mais relevante é que o Conselho Popular de Saúde pode ser visto como uma forma legítima de resolver o problema da representação daquele usuário ou usuária que realmente utiliza os equipamentos de saúde pública no município.

⁸ BOGUS Maria Cláudia, MARTINS Cleide Lavieri, DIMITROV Pedro, FORTES Paulo Antonio de Carvalho, CAPUCCI Paulo Fernando, FILHO Alexandre Nemes, JUNIOR Escrivão, SIQUEIRA Arnaldo Augusto Franco, ELIAS Paulo Eduardo Mangeon; in " Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo, Revista Saúde e Sociedade, Vol. 12, São Paulo, julho/dezembro de 2003

Verifica-se que todos esses instrumentos de participação social deram início nos anos 70, período que antecede a regulamentação dos Conselhos de Saúde em 1991.

Outros Fóruns de participação social foram sendo criados nesse período. Um dos espaços também importante foi à criação da Plenária Estadual de Saúde que reunia toda a sociedade civil distribuída entre: movimentos ligados ao setor popular, plenárias municipais, Conselhos dos Secretários de Saúde dos municípios, entidades de usuários, setores profissionais, grupos com necessidades especiais de saúde, pastorais e movimentos religiosos, ONG's e Centrais. Nota-se que toda essa organização já estava sendo realizada nos anos 70, momento marcante no plano da abertura política no Brasil.

É marcante a ampliação das conquistas sociais desses movimentos de saúde nos anos da reabertura democrática na década de 1980. Foi nesse mesmo período que se deu o fortalecimento dessas organizações populares que estavam alterando o cenário da relação entre a sociedade e o Estado. Fato esse que culminou numa ampla participação na elaboração da Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde.

O sentido da democracia participativa estava ficando cada vez mais presente no Estado quando da regulamentação da participação social no controle do SUS através da Lei já colocada anteriormente, 8142/90.

- A estrutura e composição do Conselho Estadual de Saúde:

O Conselho Estadual de Saúde de SP, diferente da Lei 8.2142/91, define claramente quem são os representantes dos usuários:

DA COMPOSIÇÃO E DA ORGANIZAÇÃO

Art.3º O Conselho Estadual de Saúde é constituído por representantes do poder público, prestadores de serviços de saúde, dos profissionais do setor de saúde e dos usuários(as) dos serviços de saúde, da seguinte forma:

IV - Representação dos usuários:

- a) três representantes de centrais sindicais, indicados(as) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- b) um representante do setor empresarial patronal, indicado(a) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- c) dois representantes de associações de portadores de patologias, indicados (as) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- d) um representante de associações de portadores de deficiências, indicado(a) de comum acordo, pelas entidades interessadas;

- e) quatro representantes de movimentos populares de saúde, indicados(as), de comum acordo, pelas entidades interessadas;
- f) uma representante de associações de defesa de interesse da mulher, indicada, de comum acordo, pelas entidades que as representam;
- g) um representante de associações ou movimentos populares de defesa do consumidor, indicado (a), de comum acordo, pelos interessados;
- h) um representante de associações de moradores, indicado(a), de comum acordo, pelas entidades interessadas;
- i) um representante do programa de movimento religioso da defesa da saúde indicado(a) de comum acordo pelas interessadas. (Regimento Interno do CES)

Na representação dos usuários estão inseridos além das centrais sindicais e a representação empresariais, os movimentos que representam os segmentos específicos da sociedade, como por exemplo, os de associações de patologias.

No total são 15 representantes de usuários sendo que 04 deles estão representando os Conselhos Populares de Saúde.

Isso significa que 25% da representação de usuários são indicadas pelo Conselho Popular de Saúde.

Considerando que, só na zona leste, existem 18 Conselhos (BAVA, 1998, p.02), há de refletirmos se de fato os usuários da saúde do SUS estão sendo representados nesse ínfimo número de 04 representantes no Conselho Estadual de Saúde de SP.

Outra decisão do Regimento Interno do Conselho Estadual é que os usuários não podem indicar nenhum representante que seja prestador de serviço, trabalhador da saúde ou gestor.

“§ 3º - É vetado às entidades e aos movimentos populares e sociais estaduais de usuários do SUS a indicação de representantes que sejam prestadores, trabalhadores de saúde ou gestores do Sistema Único de Saúde.”(Artigo 3º. do Regimento Interno)

O Conselho Estadual de Saúde em seu Regimento Interno apresentou uma preocupação na definição de quem eram os representantes dos usuários em sua composição como também os seus critérios de indicação.

A organização do Conselho é composta por: I – Pleno; II – Mesa Diretora; III – Comissões e Grupos de Trabalho; IV – Secretaria Executiva.

A presidência do Conselho sempre será exercida pelo Secretário de Saúde. As reuniões são ordinárias e extraordinárias convocadas por ofício pelo presidente através de deliberação do Pleno ou requerimento de 1/3 dos Conselheiros.

O Conselho tem dotação orçamentária e custeia todas as despesas dos Conselheiros (transporte, alimentação e hospedagem) para participarem das reuniões, atividades e representação em outras atividades.

Em relação à eleição para indicação de representantes ao Conselho é formada uma Comissão eleitoral indicada pelos respectivos segmentos com a seguinte composição: I – seis representantes do segmento dos usuários(as); II – três representantes do segmento dos profissionais de saúde; e III – três representantes do segmento do gestor/prestador, sendo dois representantes do governo e um representante dos prestadores de serviços de saúde.

- A perspectiva dos conselheiros estaduais: Resultado da Pesquisa:

Os Conselheiros que responderam o questionário são todos envolvidos com o movimento popular de saúde, mesmo sendo representante do movimento sindical no Conselho Estadual.

Todos representam as entidades dos usuários e, assim como havia acontecido no conselho municipal de Diadema, todos utilizam os equipamentos públicos do SUS. Acreditamos que isso colabora com a legitimidade da representação do verdadeiro usuário.

Em relação ao Conselho Estadual de Saúde percebemos que houve uma diminuição na participação dos Conselhos Populares de Saúde por conta das formas de representação prevista por outros segmentos.

Os cidadãos que utilizam os equipamentos públicos de saúde estão organizados em várias formas de representação. Não é o caso aqui, mas, no Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, eles se organizam em Associações de Patologias.

Bloco 01: O perfil do representante do usuário que participa do Conselho

Como você se tornou Conselheiro Estadual de Saúde	No segmento de "usuários" que representa no Conselho, faz parte de qual tipo de organização?	Você é conselheiro estadual de saúde representando:	Qual serviço de saúde pública em seu município que você utiliza?
Eleito/indicado por uma Plenária de Usuários	Movimento popular de saúde	O conjunto das entidades representativas de usuários do Estado	Atendimento de Emergência, Atenção Básica, Programa Hiperdia, medicamentos alto custo
Plenária Estadual de Entidades e Movimentos Populares do Estado de SP	Movimento popular de saúde	Movimento Popular do Estado de SP	Atenção Básica(UBS), ambulatório e hospitais
Eleito/indicado por Plenária Nacional de Usuários	Represento o movimento sindical	NR	NR
Plenária Estadual de Entidades e Movimentos Populares do Estado de SP	Movimento popular de saúde	Movimento Popular do Estado de SP	Atenção Básica(UBS), ambulatório e hospitais
Eleito/indicado por uma Plenária de Usuários	Movimento popular de saúde	O conjunto das entidades representativas de usuários do Estado	Atendimento de Emergência, Atenção Básica, Programa Hiperdia, medicamentos alto custo

Fonte: Elaboração própria

Todos os Conselheiros se sentem representativos do seu segmento, e, para eles, essa representação está relacionada ao próprio trabalho de base.

Todos os representantes se inserem no Conselho Estadual de Saúde representando um segmento da sociedade civil organizada e se consideram representantes legítimos.

Todos os Conselheiros recebem a pauta da discussão da próxima reunião do Conselho Estadual de Saúde que é elaborada, na maioria das vezes, pela Mesa Diretora.

Eles afirmam que conversam com o seu segmento em relação à pauta recebida e decidem qual postura tomar diante dos outros segmentos.

Você se considera "representativo" do seu segmento?	Em caso afirmativo qual das respostas seguintes expressa melhor sua opinião:	Como são elaboradas as pautas do Conselho Estadual de Saúde?	Você discute com seu segmento a elaboração dos temas de interesse do segmento a serem pautados no Conselho Estadual de Saúde?	Você consegue pautar os temas de interesse do seu segmento no Conselho?
sim	Fui escolhido através de eleição e estou envolvida com as causas da saúde do município	São acatadas sugestões de demandas, mas as pautas são elaboradas pela mesa diretora	Sempre	Sim, sempre
sim	Fui escolhido através de eleição entre várias pessoas que também representavam o segmento;	Atualmente a mesa diretora, conforme deliberações do Pleno	Sempre	Sim, sempre
sim	Embora não tenha sido escolhido através de eleição, trabalho na área e sou reconhecido como uma pessoa que representa o meu segmento	Pela Mesa Diretora	Sempre	Sim, sempre
sim	Fui escolhido através de eleição entre várias pessoas que também representavam o segmento;	Atualmente a mesa diretora, conforme deliberações do Pleno	Sempre	Sim, sempre
sim	Fui escolhido através de eleição e estou envolvida com as causas da saúde do município	São acatadas sugestões de demandas, mas as pautas são elaboradas pela mesa diretora	Sempre	Sim, sempre

Fonte: Elaboração própria

Conselho Estadual de Saúde SP carrega consigo toda a carga dos movimentos populares de saúde, apesar do número de representação destes segmentos.

Os representantes dos movimentos populares ainda estão representando de fato a população que utiliza os equipamentos de saúde e, conseguem mobilizá-los em pouco tempo, se necessário.

E, mesmo com todas essas características, na perspectiva dos entrevistados, eles ainda se sentem “ razoavelmente influentes” nas deliberações do Conselho Estadual de Saúde em relação às políticas públicas de saúde. Ou seja, mesmo identificando-se como o representante legítimo e, sendo fiéis às convicções do segmento, seu poder para converter esse processo que o sustenta em políticas públicas é limitado. Isso se deve ao fato da composição do Conselho se estender a outras organizações mais específicas e, a valorização do representante com conhecimentos técnicos. Novamente, o mesmo problema aparece.

No Conselho Estadual de Saúde identificamos que não existe uma interlocução com o Conselho Municipal e Nacional de Saúde, sendo que cada um deles vão debatendo e deliberando por questões mais específicas do Estado e região.

A democracia popular ainda prevalece com certa autoridade no Conselho Estadual de Saúde e isso se deve ao fato de que São Paulo foi um dos precursores das lutas pela reforma do sistema político brasileiro.

O que inviabiliza o avanço das conquistas em relação à saúde no Estado é, além de outras características, o viés da gestão política local.

Como você avalia a sua capacidade de influencia nas deliberações do Conselho?	O que mais explica o fato de algumas pessoas terem maior influencia nas deliberações do CES?	Em sua opinião as centenas de CMS de Saúde que existem no Estado de São Paulo estão efetivamente representados no CES?	Em sua opinião os interesses daquele (a) cidadão (ã) que usa a unidade de saúde lá no município seja no capital ou no interior, estão sendo debatidos e encaminhados no CES?	Em sua opinião, apesar de não ser menos importante, a pauta que esta sendo debatida no CES está em sintonia com a pauta dos Conselhos Municipais de Saúde?	22. Qual sua trajetória para chegar a representação no CES? Obs. Neste caso podendo assinalar quanto fizeram parte de sua trajetória.
Razoavelmente influente Razoavelmente influente	O conhecimento técnico que a pessoa possui	Não	Sim	Em sintonia relativa. O Conselho Municipal focaliza os problemas locais, embora tratem do sistema SUS em seu formato administrativo comum. É função de o Conselheiro Estadual fazer as conexões se aproximarem.	Conselheiro Municipal de Saúde; eleito em plenária estadual de Conselheiros municipais
muito influente	Por causa do apoio que tem das bases	Não	Sim. Obs.: desde que encaminhemos ao CES, são pautados nas Comissões e deliberados pelo Pleno	Relativo. Colocara em pauta a realização de Oficinas regionais envolvendo os municípios. O Conselho Municipal de SP é o que tem mais interlocução com o Estadual	Comecei pelo Conselho Popular de Saúde (Movimento popular de Saúde da Leste), UMPS (União de movimentos Populares de Saúde da cidade de São Paulo) - 2 mandatos de Conselheira Municipal de Saúde), indicada pela UMPS, para a Plenária Estadual de Movimentos Populares de Saúde do Estado de SP (2o. mandato no CES)

Como você avalia a sua capacidade de influencia nas deliberações do Conselho?	O que mais explica o fato de algumas pessoas terem maior influencia nas deliberações do CES?	Em sua opinião as centenas de CMS de Saúde que existem no Estado de São Paulo estão efetivamente representados no CES?	Em sua opinião os interesses daquele (a) cidadão (ã) que usa a unidade de saúde lá no município seja no capital ou no interior, estão sendo debatidos e encaminhados no CES?	Em sua opinião, apesar de não ser menos importante, a pauta que esta sendo debatida no CES está em sintonia com a pauta dos Conselhos Municipais de Saúde?	22. Qual sua trajetória para chegar a representação no CES? Obs. Neste caso podendo assinalar quanto fizeram parte de sua trajetória.
razoavelmente influente	por causa do apoio que tem das bases	não	não	parcialmente	indicado pela minha militância na área
razoavelmente influente	por causa do apoio que tem das bases	não	sim.	parcialmente	Conselheiro Municipal de Saúde; eleito em plenária estadual de Conselheiros municipais
razoavelmente influente	por causa do apoio que tem das bases	não	não	parcialmente	Conselheiro Municipal de Saúde; eleito em plenária estadual de Conselheiros municipais

Fonte: Elaboração própria

Bloco II – O grau de envolvimento dos usuários com as questões políticas do local que ele representa bem como seu acesso às informações da mídia

Os questionados se disseram totalmente interessados nas questões políticas tanto em nível local, municipal, estadual e nacional.

Utilizam os meios de comunicação comuns: internet, televisão, rádio, etc. para entrarem em sintonia com o mundo.

Todos já realizaram algum tipo de trabalho voluntário e recebem apoio para participar da reunião do Conselho Estadual de Saúde: transporte, alimentação e hospedagem.

Bloco III - Levantamento das características pessoais do usuário

Os representantes dos usuários do Conselho Estadual de Saúde tem uma boa relação com os Conselhos Municipais de Saúde, pois acreditam que esses espaços são criadores de lideranças comunitárias.

É extremamente normal que esses relacionamentos sejam fortes e contínuos, porém, isso não garante a representação no Conselho Estadual de Saúde.

A maioria dos entrevistados são do sexo masculino, com superior completo, trabalhadores autônomos e com disposição para trabalho voluntário.

O Estado de São Paulo sofre com a política neoliberal do PSDB e, isso, na perspectiva dos entrevistados, diminuiu a participação popular nos espaços democráticos de direito.

Porém, mesmo assim, o Estado ainda é uma caixa mobilizadora que, no momento certo, estará representando a sua comunidade como nos anos 70. Haja visto todos os problemas internos que o Conselho está sofrendo ultimamente e que as pessoas estão se sobrepondo.

3.3 – A ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O processo de consolidação da democracia no Brasil influenciou a história do Conselho Nacional de Saúde.

Um modelo diferenciado de Conselho Nacional foi criado em 1937, através da Lei 378/37, e sua função era apenas de assessoria do Ministério da Educação e Saúde. Assim ele permaneceu muitos anos, um Conselho com um caráter técnico formado por especialistas em saúde pública que tinham a atribuição de emitir pareceres quando solicitados, apesar de Estado ainda não oferecer assistência médica para a população salvo às doenças epidêmicas. Nessa época também já existia o Conselho Nacional da Educação a quem era atribuído a mesma função.

No mesmo ano de 1937 podemos constatar a existência das Conferências Nacionais, estabelecidas pela Lei No. 378, que tinham um caráter de intercâmbio entre o governo federal e os Estados.

A história nos conta que esses espaços eram representados apenas pelas autoridades do Ministério da Educação e Saúde e por representantes dos governos estaduais. Não eram previstas, em hipótese alguma, a participação popular.

As configurações das Conferências foram mudando na medida em que se mudava também a dinâmica interna do Conselho Nacional de Saúde. Mas, foi a partir dos anos 70 que se iniciou o processo de mudança na composição interna e a forma de atuação do Conselho Nacional, trabalhando no sentido de propor soluções aos problemas relativos à saúde pública.

Nessa fase, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e caberia ao Conselho "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação". (Conselho Nacional de Saúde, 2011)

Ainda nesse momento, a composição do Conselho era predominantemente formada por servidores públicos. Porém, na medida em que o Ministro de Estado da Saúde necessitava de solucionar os problemas referentes à vigilância sanitária, esse aumentava o número de representantes. Nesse caso, não existia a representação e sim, uma forma de assessoria técnica.

O surgimento do movimento pela reforma sanitária e a necessidade de mudar o foco do debate da saúde no Brasil, fortalecendo então a discussão pela integralidade, descentralização e universalização, foram responsáveis pelas primeiras manifestações importantes em prol do controle social.

Em 1987, o Decreto 93.933 normatizou a organização e as atribuições do Conselho Nacional de Saúde.

A composição do CNS a partir daí, começou a ser redesenhada da seguinte forma:

“Era composto por 13 membros indicados pelo governo, inclusive os sete representantes da sociedade civil - personalidades de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde”. (Conselho Nacional de Saúde, 2011)

Em 1990, após a criação do SUS, através do Decreto 99.438, foi criado um novo Conselho Nacional de Saúde que se adaptasse a nova realidade democrática do país.

O Sistema Único de Saúde necessitava de um Conselho que garantisse que a efetivação do processo de implementação dessa nova política de saúde, contasse com a participação de representantes tripartites: governo, prestadores de serviços de saúde e movimentos sociais de usuários.

Nesse novo cenário, diversos segmentos da sociedade foram integrados e o Conselho passa a ter um caráter deliberativo e não só consultivo como os anteriores.

Foi decretado então, quem seriam os representantes do Conselho:

Art. 2º O CNS, presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, tem a seguinte composição:

um representante do Ministério da Educação;

um representante do Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

um representante do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento;

um representante do Ministério da Ação Social;

um representante do Ministério da Saúde;

um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT);

um representante da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT);

um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG);

um representante da Confederação Nacional da Agricultura (CNA);

um representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC);

um representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI);

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

um representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC);

dois representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM);

um representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FNM);

dois representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde;

dois representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área da saúde: Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil;

cinco representantes de entidades representativas de portadores de patologias; e

três representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.

Nessa composição, o Ministro do Estado ainda continuava com a presidência do Conselho e a figura dos usuários dos Conselhos Populares de Saúde dos Estados não aparecia. Eles eram indicados pelos representantes de entidades representativas de portadores de patologias.

Esse decreto foi elaborado no mesmo ano da implementação da Lei 8080/90 que criou o Sistema Único de Saúde para que se pudesse adequar o Conselho Nacional à essa nova realidade brasileira.

Nessa nova composição, os representantes dos usuários ficaram com 50% da indicação enquanto que os outros 50% foi dividido entre os trabalhadores da saúde, governo e prestadores de serviço da saúde.

O artigo 3º. Do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde define que “entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS aqueles que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e em três Regiões Geográficas do País”.

Através da Portaria 2.257, de 26/11/2003, o Ministro da Saúde definiu as entidades nacionais representantes dos “usuários”:

I – Representantes dos usuários:

a) Entidades Nacionais de Portadores e Deficiências:

- . Movimento de reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases – MORHAN
- . Federação Brasileira de Hemofilia – FBH
- . Sociedade Brasileira de Ostomizados – SOB
- . Federação Nacional de Associação de Diabéticos – FENAD
- . Associação Franco Baságliá – AFB
- . Federação Brasileira de Hemofilia – FBH
- . Entidade Nacional de Patologias e Deficiências – ONEDEF
- . Federação Nacional das Associações de Pais Amigos dos Excepcionais – FENAPAES
- . Organizações não Governamentais – ONG/AIDS
- . União dos Cegos do Brasil – UCB
- . Associação Brasileira de Acessibilidade – ABRA
- . Federação Nacional de Associação de Diabéticos – FENAD
- . Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA
- . Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA
- . Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi - FENASP

- . Associação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – ABASD
- . Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ
- . Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA
- b) Confederações Nacionais de Entidades Religiosas**
 - . Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
- c) Centrais Sindicais:**
 - . Central Única dos Trabalhadores - CUT
 - . Força Sindical:
- d) Entidades Nacionais de Aposentados e Pensionistas:**
 - . Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP
- e) Entidades Nacionais de Trabalhadores Rurais:**
 - . Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG
- f) Entidades Nacionais de Associação de Moradores e Movimentos Comunitários:**
 - . Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM
- g) Entidades Nacionais de Empresários da Indústria:**
 - . Confederação Nacional da Indústria – CNI
- h) Entidades Nacionais de Empresários do Comércio:**
 - . Confederação Nacional do Comércio – CNC
- i) Entidades Nacionais de Empresários da Agricultura:**
 - . Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil – CNA
- j) Sociedades Nacionais para Pesquisa Científica:**
 - . Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública – ABRASCO
- l) Entidades Nacionais de Organizações Indígenas:**
 - . União das Nações Indígenas - UNI/Acre
 - . Conselho Estadual dos Povos Indígenas/SC - CEPIN
 - . Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo- APOINME
- m) Entidades Nacionais de Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde:**
 - . Rede Feminista de Saúde
- n) Movimentos Nacionais Populares (1 representante)**

Na composição do Conselho Nacional de Saúde nota-se que os usuários estão inseridos nos movimentos sociais nacionais de usuários. Observamos que na medida em que essa representação vai atingindo níveis mais distantes do “local”, vai acontecendo um longo distanciamento do cidadão do município ou do bairro.

Poderíamos dizer que a representação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde está sendo “departamentalizada”. Pois, movimentos sociais nacionais estão na categoria de representantes de um grupo temático.

Os Conselhos Populares e os Movimentos de Saúde que verificamos nos Conselho Municipal de Diadema e no Conselho Estadual de SP dão lugar então para os movimentos nacionais.

O movimento Popular Nacional participa do Conselho Nacional de Saúde apenas com uma representação enquanto que as Entidades Nacionais de Portadores de Patologias estão organizadas em 19 segmentos.

Nesse desenho institucionalizado em um nível nacional a figura do usuário da saúde pública fica representada pelos segmentos de portadores de deficiências.

A Resolução No. 240/05 de junho de 1997, do Conselho Nacional de Saúde emitiu a definição do termo “usuário” para efeito de participação dos Comitês de Ética em Pesquisas de Instituições:

- a) Aplica-se ao termo “*usuário*” uma interpretação ampla, contemplando coletividades múltiplas, que se beneficiam do trabalho desenvolvido pela Instituição.
- b) Representantes de usuários são pessoas capazes de expressar pontos de vista e interesses de indivíduos e/ou grupos sujeitos de pesquisas de determinada instituição e que sejam representativos de interesses coletivos e públicos diversos.
- c) Em instituições de referência para públicos ou patologias específicas, representantes de “*usuário*” devem necessariamente pertencer à população-alvo da unidade ou à grupo organizado que defenda seus direitos.
- d) Nos locais onde existam fóruns ou conselhos de entidades representativos de usuários de e/ou portadores de patologias e deficiências, cabe a essas instâncias indicar os representantes de usuários nos Comitês de Ética.
- e) A indicação de nomes de representantes de usuários para os Comitês de Ética em Pesquisa deve ser informada ao Conselho Municipal correspondente.⁹

É uma definição que o próprio Termo diz “ampla” no sentido restrito da palavra representando interesses de coletivos diversos. Apesar de ser uma definição a título de participação no Comitê de Ética em Pesquisas, é uma significação clara da composição destes representantes no Conselho.

- A perspectiva dos conselheiros nacionais: Resultado da Pesquisa:

Bloco 01: O perfil do representante do usuário que participa do Conselho

A representação do usuário que participa do Conselho Nacional de Saúde tem um caráter diferenciado do Conselho Municipal e o Conselho Estadual de Saúde.

⁹ ALBUQUERQUE, Carlos César, Resolução No. 240, 05/06/1997, “ Homologo Resolução No. 240, de 05 de junho de 1997, nos termos de Decreto de Delegação e Competência de 12 de novembro de 1991, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1997

Os representantes que responderam ao questionário foram indicados através das Plenárias Nacionais de Usuários, Central Sindical e Forum de Entidades Nacionais.

Nota-se que o encaminhamento dessas pessoas ao Conselho Nacional de Saúde é realizado através de indicações das Plenárias e Centrais Sindicais e não em eleição direta como nos municípios e nos Estados.

A maioria utiliza os serviços de saúde do SUS e todos se consideram representativo de seu segmento.

Uma curiosidade é que a alguns colocam que mesmo não tendo sido escolhido em eleição direta, trabalham na área e se consideram representantes dos segmentos.

Aqui as Associações de Moradores, Movimentos Populares, movimento sindical não foram legitimados através das eleições e sim indicados pelo segmento para representa-lo nas discussões do Conselho.

A autorização da representação se faz latente através das Instituições participativas.

Como você se tornou Conselheiro Estadual de Saúde	No segmento de "usuários" que representa no Conselho, faz parte de qual tipo de organização?	Qual serviço de saúde pública em seu município que você utiliza?	Você se considera "representativo" do seu segmento?	5. Em caso afirmativo, qual das respostas seguintes expressa melhor sua opinião:
através da CUT	Movimento Sindical	HSPM	sim	A CUT defende a saúde universal e gratuita ou seja, o SUS
eleito/indicado por Plenária Nacional de Usuários	Represento o movimento sindical	Pronto Socorro	sim	Embora não tenha sido escolhido através de eleição, trabalho na área e sou reconhecido como uma pessoa que representa o meu segmento
eleito em fóruns de saúde	Movimento Nacional de Luta contra Aids	Serviço de atendimento especializado em AIDS do Ambulatório de Dermatologia	sim	Fui escolhido através de eleição entre várias pessoas que também representavam o segmento

Como você se tornou Conselheiro Estadual de Saúde	No segmento de "usuários" que representa no Conselho, faz parte de qual tipo de organização?	Qual serviço de saúde pública em seu município que você utiliza?	Você se considera "representativo" do seu segmento?	5. Em caso afirmativo, qual das respostas seguintes expressa melhor sua opinião:
indicado pela Central Sindical CUT	Movimento Popular de Saúde	SUS	sim	Embora não tenha sido escolhido através de eleição, trabalho na área e sou reconhecido como uma pessoa que representa o meu segmento
eleito/indicado por Plenária Nacional de Usuários	Associação de moradores	Até 2008 todos. Neste momento tenho cobertura de um Plano Privado	sim	Embora não tenha sido escolhido através de eleição, trabalho na área e sou reconhecido como uma pessoa que representa o meu segmento

Fonte: Elaboração própria

A estrutura organizativa do Conselho Nacional de Saúde é composta da seguinte forma: por plenário, mesa diretora e comissões.

As pautas das reuniões são elaboradas pela Mesa Diretora, porém, os representantes participam da discussão deixando, muitas vezes, para o Pleno do Conselho a sugestão de pauta. Todos recebem a pauta da próxima reunião anteriormente.

Existe uma habitualidade em discutir com o segmento temas de interesse para serem pautados na reunião do Conselho e também costumam discutir a pauta antes da reunião.

Conseguem pautar temas de interesses na reunião com muita dificuldade e o voto em relação aos pontos deliberados é dado de acordo com a decisão do segmento, na maioria das vezes, e em alguns momentos existe a necessidade de articulação com outros segmentos que não sejam o seu.

O segmento dos usuários se reúne sempre 1 dia antes da reunião do Conselho Nacional de Saúde para debater a pauta e definir as formas de atuação e intervenção no Plenário.

Você participa da discussão e elaboração das pautas da reunião?	Você discute com seu segmento a elaboração dos temas de interesse do segmento a serem pautados no Conselho Nacional de Saúde?	Previamente às reuniões do CNS, você discute os temas das pautas com o segmento que representa?	Você consegue pautar os temas de interesse do seu segmento no Conselho?	Nas reuniões plenárias do Conselho, você toma sua decisão(ou vota) de acordo com:
sim	de vez em quando	Sim discuto a questão somente quando é um tema de interesse do grupo	Sim, mas não é fácil	Orientação do segmento e articulação com outros segmentos do Conselho
não	sempre	sim, discuto informalmente	Sim, mas não é fácil	A orientação do seguimento
não	sempre	sim, discuto informalmente	Sim, mas não é fácil	Articulação com outros segmentos do Conselho
não	de vez em quando	Sim, discuto as questões nas reuniões somente quando é um ponto de interesse do grupo	Sim, mas não é fácil	Articulação com outros segmentos do Conselho
sim	sempre	Sim, discuto as questões nas reuniões somente quando é um ponto de interesse do grupo	sim, sempre	A orientação do segmento

Fonte: Elaboração própria

Os representantes que preencheram o questionário acreditam que sua influência nas decisões do Conselho é razoável e acham que essa influência, na maioria das vezes, está relacionada ao apoio que vem da base como também o modo com que eles fazem intervenção nas reuniões. Acreditam que a formação técnica do Conselheiro ajuda muito na sua efetiva participação.

Uma das propostas deste trabalho é identificar se existe a relação entre os Conselhos: municipal, estadual e nacional.

Nas respostas dos Conselheiros, deixam claro que não existe nenhuma relação entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Municipais e Estaduais.

Isso se dá, talvez, devido ao fato de que o Conselho Nacional discute temas pautados nas questões e problemas de âmbito da União. Elaboram diretrizes para serem implementadas pelos Municípios e Estados.

Uma representação nacional dificulta a garantia de encaminhamentos de demandas municipais e estaduais ao Conselho.

Todos os questionados disseram que não existe o debate das demandas específicas dos municípios em nível nacional.

A articulação é realizada de cima para baixo, ou seja, o Conselho Nacional de Saúde delibera por políticas públicas de saúde para os municípios e Estados.

Em sua opinião as centenas de CMS de Saúde que existem no Estado de São Paulo estão efetivamente representadas no CNS?	Em sua opinião os interesses daquele(a) cidadão(ã) que usa a unidade de saúde lá no município seja no capital ou no interior, estão sendo debatidos e encaminhados no CNS?	Em sua opinião, apesar de não ser menos importante, a pauta que esta sendo debatida no CNS está em sintonia com a pauta dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde?
não	não	às vezes
não	não	parcialmente
não	não	não
não	não	não
não	não	sim. Acabou de acontecer a Plenária de Conselhos

Fonte: elaboração própria

Todos os Conselheiros já tinham atuação em algum movimento social, sindical, popular de saúde, etc.. antes de serem indicados.

Bloco II – O grau de envolvimento dos usuários com as questões políticas do local que ele representa bem como seu acesso às informações da mídia

Os Conselheiros têm muito interesse político. São envolvidos em questões político partidária atuando com trabalhos voluntários.

Estão sempre atentos às notícias veiculadas através de rádio, televisão e internet.

Todos os Conselheiros recebem apoio financeiro/estrutural para participarem das reuniões que são mensais com duração de 2 dias. A ajuda se refere à transporte aéreo, alimentação e hospedagem e todos prestam contas dos gastos ao Conselho ao final de cada reunião. Caso isso não aconteça automaticamente o Conselheiro não receberá nenhum apoio na próxima reunião enquanto não acontecer a referida prestação de contas da atividade anterior.

Bloco III - Levantamento das características pessoais do usuário

Na conversa informal com os Conselheiros estes relatam que tem uma boa relação com os Conselheiros municipais e estaduais, se comunicando através de conversas informais, e-mails, telefones, etc.. porém, não é uma relação oficial.

Os Conselheiros questionados têm a idade entre 46 e 56 anos, a maioria do sexo masculino, todos tem superior completo, com profissões qualificadas e carteira assinada.

- Eleição no Conselho Nacional de Saúde:

As eleições para o Conselho Nacional de Saúde serão realizadas de 4 em 4 anos conforme mudanças no Regimento Interno pela Plenária do Conselho.

As representações dos órgãos, das entidades e dos movimentos sociais eleitos terão 1 titular, o primeiro e o segundo suplente. Esses suplentes não necessariamente serão da mesma entidade que o titular, porém devem ser do mesmo segmento.

O presidente do Conselho presidirá a Mesa Diretora que será composta por 8 Conselheiros titulares que deverão ser eleitos pelo Plenário. A Mesa Diretora também tem o mandato de 3 anos.

O artigo 65 do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde prevê que qualquer Conselheiro titular pode se candidatar tanto para a presidência da Mesa Diretora quanto para o Conselho Nacional de Saúde.

A participação dos conselheiros titulares nas eleições para presidência e mesa diretora é uma conquista da democracia, pois que, anteriormente, só o Ministro poderia ser o presidente. Hoje, o Ministro concorre de igual para igual com os outros representantes.

A Missão do Conselho Nacional de Saúde representa também uma conquista da sociedade civil organizada em participar das deliberações do Governo Federal em relação à saúde: “ É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CNS a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde”. (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Outra instância de participação democrática e popular organizada pelo Conselho Nacional são as Conferências Nacionais de Saúde, realizadas de 3 em 3 anos para deliberarem sobre as Políticas Nacionais de Saúde, dentre elas o Plano Nacional.

O Conselho Nacional de Saúde tem um caráter deliberativo e participativo; a questão de fundo é a representação das entidades nacionais e, principalmente do movimento popular de saúde que lutou pela reforma anos atrás, que se diluiu à medida que foram aumentando os espaços geográficos de representação.

IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RESULTADO DA PESQUISA DE CAMPO NOS DIFERENTES ÂMBITOS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

✓ Nos três conselhos houve unanimidade entre todos os entrevistados em relação ao caráter deliberativo, pois várias são as deliberações que não são encaminhadas pelo gestor;

✓ As decisões do segmento de “usuários “ do Conselho Nacional, são distantes das discussões, interesses e decisões dos “usuários” do Conselho Municipal.

✓ Observamos que na medida em que a representação vai atingindo níveis mais distantes do “local”, vai acontecendo um longo distanciamento do cidadão, do município e/ou bairro;

✓ Os Conselhos Populares e os Movimentos de Saúde dão lugar para os movimentos nacionais.

✓ As indicações para o CNS se deram através de Plenárias Nacionais de Usuários, Centrais Sindicais e Fórum de Entidades Nacionais – aqui as Associações de Moradores, Movimento Sindical e Movimentos Populares não foram legitimados através das eleições e sim indicados pelo segmento para representá-los nas discussões do Conselho.

Comparações da estrutura interna e dinâmica dos Conselhos:

1) O que os Conselhos tem em comum:

✓ Lei de criação

✓ Regimento Interno

✓ Estrutura de funcionamento

✓ São de caráter permanente e deliberativo

✓ Um colegiado tripartite paritário

✓ Todos tem processo de eleição a cada 2 anos, sendo que o CNS mudou seu Regimento Interno aumentando o mandato para 3 anos.

✓ A estrutura de funcionamento: Pleno do Conselho, Mesa Diretora e Comissões.

2) O perfil dos Conselheiros :

- ✓ Maioria masculina;
- ✓ A escolaridade varia entre o primário e superior incompleto;
- ✓ São pessoas atentas ao noticiário da televisão, usuários de internet e redes sociais;
- ✓ Faixa etária acima de 45 anos

3) Pontos comuns no funcionamento dos Conselhos:

- ✓ Os Conselheiros se sentem representativo do seu segmento;
- ✓ Tem dificuldade em colocar os temas discutidos em seu segmento na pauta dos Conselhos;
- ✓ Participam da discussão da composição da pauta da próxima reunião dos Conselhos, porém, não conseguem influenciar já que a pauta para discussão é apresentada pela Mesa Diretora;
- ✓ Sentem dificuldades em participar dos debates nas reuniões por falta de conhecimento técnico;
- ✓ Participação ativa na política e na comunidade;
- ✓ Todos concordam que não existe interlocução entre os Conselhos

4) Composição dos Conselhos:

Municipal DDA	Gestor DDA	Estadual	Nacional
<p>✓ 29 Conselhos Gestores que organiza as UBS'S, os serviços especializados e os serviços de grande porte. A saber:</p> <p>✓ UBS'S – 4 membros: 1 gestor, 1 trabalhador e 2 usuários indicados pelo Conselho Popular;</p> <p>✓ Serv. especializados- 2 gestores, 2 trabalhadores e 4 usuários indicados pelo Conselho Popular;</p> <p>✓ Serv. de Grande Porte- 3 gestores, 3 trabalhadores e 6 usuários indicados pelo Conselho Popular.</p>	<p>- Conselho Popular elege seus representantes para o Conselho Municipal de Saúde</p> <p>- Representação:</p> <p>✓ 4 usuários do Conselho Popular;</p> <p>✓ 1 usuário de entidades sindicais;</p> <p>✓ 1 de entidades representativas do setor empresarial;</p>	<p>. Composição do segmento de usuários:</p> <p>✓ 3. representantes pelas centrais sindicais;</p> <p>✓ 1. patronal;</p> <p>✓ 2. patologias;</p> <p>✓ 1. portador de deficiências</p> <p>✓ 4. movimento popular de saúde</p> <p>✓ 1. associações de moradores</p> <p>✓ 1. associação defesa do interesse das mulheres</p> <p>✓ 1. defesa do consumidor</p> <p>✓ 1. movimento religioso</p>	<p>✓ 19. Portadores de Deficiência e Patologias;</p> <p>✓ 1. Religiosas</p> <p>✓ 1. Aposentados e pensionistas</p> <p>✓ 1. Trabalhadores rurais</p> <p>✓ 1. Moradores e movimentos Comunitários</p> <p>✓ 1. Movimento nacionais populares</p> <p>✓ 1. Empresários da indústria</p> <p>✓ 1. Empresários do comércio</p> <p>✓ 1. Empresários da agricultura</p> <p>✓ 1. Pesquisa científica</p> <p>✓ 1. Organizações indígenas</p> <p>✓ 1. Movimentos organizados de Mulheres em saúde</p> <p>✓ 2. Centrais sindicais</p>

V - CONCLUSÃO

Voltando à década de 1980, quando ainda não tínhamos a Constituição Cidadã, as lutas dos movimentos de saúde estavam construindo os caminhos para chegarmos até ela.

Havia movimentos que se anteciparam a formulação de uma legislação nacional e elaboraram a sua própria “legislação”, a partir da organização da população em associações de moradores e/ou movimentos dos moradores de um determinado bairro, como foi o caso de Diadema que criou seu Conselho Popular de Saúde.

Este tipo de movimento, que se mantém até hoje, que está organizado formalmente, com legislação e com regimento próprio, mas que mantém sua autonomia, não é a realidade da imensa maioria dos municípios brasileiros.

Esse tipo de organização da sociedade civil, onde a participação popular é frequente, legítima e dedicada, tendo como responsabilidade eleição de seus representantes para encaminhar as demandas da comunidade aos fóruns gestores, já existia antes mesmo da aprovação da Constituição 88, da criação do SUS, é o caso do município de Diadema.

A Constituição de 1988, as Leis 8080 e a 8142, vem com objetivo de oficializar e institucionalizar as lutas da sociedade civil.

O Sistema Único de Saúde foi uma grande vitória da democracia e a Lei 8142 que prevê o exercício do controle social através da criação dos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional) e das Conferências, significa um avanço para a democracia do país.

Á exemplo do município de Diadema que, apesar da criação do Conselho Municipal de Saúde, á luz da 8142/90, prevê a composição por diversos segmentos, não deixou de valorizar aqueles movimentos de saúde que se organizaram como Conselho Popular, composto por 100% de usuários que utilizam, de fato, os serviços de saúde pública do município.

No Conselho Municipal de Saúde de Diadema, os representantes dos usuários são eleitos através do Conselho Popular de Saúde e isso garante a legitimidade da representação dos cidadãos que realmente utilizam as unidades de saúde do SUS.

Utilizar as unidades de saúde do SUS é uma característica que define o verdadeiro usuário, pois, na composição dos Conselhos, muitos representantes o utilizam enquanto sistema e pouco utilizam a saúde, pois a maioria tem convênio médicos particulares ou contrato coletivo das empresas onde trabalham.

Se no município podemos garantir a participação dos bairros através dos Conselhos Populares de Saúde, como se dá isso no Conselho Estadual de Saúde onde o espaço regional é maior?

No Conselho Estadual de Saúde, os movimentos de saúde que representam os usuários vão diminuindo e dando lugar aos usuários que representam as entidades: moradores, mulheres, negros, gay, portadores de deficiências, de patologias, etc.. São representações mais específicas.

No município, percebeu-se uma característica: como a maioria são lideranças de bairros, muitos representantes são compromissados com o gabinete dos prefeitos, parlamentares, vereadores, etc., pois isso contribui nas campanhas eleitorais. ver de onde saiu a ideia.

Na dinâmica do Conselho Estadual de Saúde percebe-se um distanciamento entre este e os Conselhos Municipais e, principalmente, os Conselhos Populares. A indicação do representante do usuário para o Conselho Estadual tem que ser através da Plenária Estadual de Saúde.

No Conselho Nacional de Saúde os usuários têm um grande aumento na representação, porém, aumentam também as entidades nacionais representadas, através das várias formas de organização da sociedade civil. Porém, fica mais difícil identificarmos a representação do nível do representante do usuário que encontramos no município e que também diminui no Estado.

A discussão macro do Conselho Nacional de Saúde impede uma aproximação com aqueles usuários que representam a Unidade Básica de Saúde, o Centro de Saúde, o Ambulatório de Saúde, os programas de PSF atendidos pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A democracia popular precede de uma organização política onde possamos garantir todas as representações. Essas representações são legítimas e tem que se adequarem ao espaço político e geográfico e refletem a gestão pública.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Representatividade e legitimidade fazem parte dos eternos debates da democracia moderna e é pauta de muitos trabalhos acadêmicos.

A comunidade, de forma certamente organizada, se mobiliza em busca de reivindicações que vão de encontro a melhorias de sobrevivência e à chamada de responsabilidade do Município, Estado e União para o dever dos cuidados com os cidadãos.

Essa busca por um modelo de vida melhor chama a atenção dos gestores que, começam a perceber que é um mal necessário essa incessante busca da comunidade pelo respeito e pela cidadania.

Eles, os gestores, precisam envolver a sociedade nas elaborações das políticas públicas porque, por um lado é através da comunidade que eles conseguem enxergar os problemas sociais e, por outro lado, esses cidadãos têm toda competência para propor a solução dos problemas. Esse mecanismo de gestão é popularmente chamado de democracia popular.

A democracia popular é claramente percebida nas gestões municipais onde a população tem voz e voto através dos movimentos e Conselhos Populares.

A sociedade brasileira vai se organizando dessa forma, se comunicando com o Governo através dos Conselhos.

O questionamento é: será que esses espaços deveriam ser repensados a partir do ponto de vista da representação?

A democracia popular criou vários e importantes espaços de participação social e de controle social, mas será que existe de fato a representação da população?

Nesse trabalho percebeu-se que à medida que vai mudando o espaço territorial, diminui o número de indicações e aumenta as formas de representação que impede que haja uma interlocução entre esses Fóruns.

Isto é, não existe nenhuma interlocução no debate das políticas públicas entre os Conselhos: municipal, estadual e nacional.

Isso significa que a demanda do usuário tem particularidades que vão mudando através do nível de governo.

A reflexão a que nos remete é que: será que esses espaços de participação social estão conseguindo resolver os problemas dos cidadãos em relação à saúde? ou são espaços de debates puramente políticos e, muitas vezes, cooptados pelo gestor, seja ele municipal, estadual ou nacional?

Há a necessidade de não perdermos de vista os espaços construídos através de um interesse coletivo em prol de um determinado segmento.

Hoje, percebemos que os interesses de grupo estão se sobressaindo, quando verificamos que os movimentos populares de saúde estão se organizando por grupos de interesses como é o caso das patologias.

Percebemos também que as lutas macros são importantes e que, à medida em que um representante sai de seu eixo local, municipal, para o nível nacional, ele se insere nesses grupos de interesses.

Os usuários da saúde do SUS ainda estão lá e, nesses anos todos, apesar de grandes avanços, estamos enfrentando um retrocesso na saúde pública.

O Estado democrático de direito está investindo na privatização do SUS: Fundações Estatais, Organizações Sociais, etc... e esses espaços democráticos (movimentos populares de saúde, plenárias de conselheiros, Conferências de Saúde) tem que garantir a continuidade de um Sistema de Saúde que seja público e universal.

Para além de garantir o Sistema Único de Saúde, esses espaços democráticos precisam ser consolidados de forma a dar continuidade à representação e a representatividade a partir do nível municipal.

Por outro lado, garantir a participação não depende única e exclusivamente da mobilização dos “usuários”, mas também da compreensão e compromisso do gestor público em acatar as deliberações e resoluções dos espaços constituídos (Conselhos, Plenárias e Conferências) reconhecendo esse usuário como parte integrante de um processo de construção da democracia participativa.

O modelo de representação institucional nos Conselhos, apesar de ser “democrático”, não garante a inter-relação entre os três níveis de representação.

Portanto, sendo esses Conselhos de Saúde a grande referência como espaços de participação e deliberação, constata-se a necessidade de avaliar se, de fato, esse modelo ainda garante efetivamente a participação e a representação do “usuário”.

A resposta á tantas perguntas, talvez seja: “vamos continuar o debate...”

VII – BIBLIOGRAFIA

1. ARNOLETTO, Jorge Eduardo, in “Ciência Política em abordagem interdisciplinar e a prática do planejamento participativo e sócio-gerente, “ as teorias de representação política e participação política, São Paulo, 2009;
2. AVRTZER Leonardo (org.), “A Dinâmica da Participação Social no Brasil”; “ A Participação Social no Nordeste”, Parte III, Capítulos VI “ A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e da Criança e do Adolescente do Nordeste, CUNHA, Eleonora Schettini, cap. 150-173,
3. AVRITZER, Leonardo, in “Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da autorização à legitimação”, pág. 443, ano 2007, São Paulo;
4. BAVA, Silvio Caccia, in “ **Os Conselhos e a participação dos trabalhadores**”, Lua Nova: Revista de Cultura e Política, Vol. No. 02, São Paulo, Sept. 1984
5. BOGUS Maria Cláudia, MARTINS Cleide Lavieri, DIMITROV Pedro, FORTES Paulo Antonio de Carvalho, CAPUCCI Paulo Fernando, FILHO Alexandre Nemes, JUNIOR Escrivão, SIQUEIRA Arnaldo Augusto Franco, ELIAS Paulo Eduardo Mangeon; in “Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo, Revista Saúde e Sociedade, Vol. 12, São Paulo, julho/dezembro de 2003;
6. CARVALHO, Gilson, in, “ Composição dos Conselhos de Saúde: Quem são os usuários? Profissionais? Prestadores? Governo?, São Paulo, 2007;
7. CAVALCANTI Felipe, in, “ Os Conselhos de Saúde como Sujeitos no Processo de construção do SUS”; Editora Hucitec, São Paulo, 2004

8. COELHO, Vera Shattan P., in “ A Democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados”; Revista Novos Estudos CEBRAP; No. 78, São Paulo, Julho/2007;
9. CORTÊS, Soraya Maria Vargas, in “Construindo a possibilidade de participação dos usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde, Sociologia, Porto Alegre, Ano 4, N. 07, Jan/Jun 2002, pag. 18-49;
10. FERREIRA, Letícia Schneider, in “A apresentação Social no Conselho Municipal de Saúde de Canoas: um estudo sobre a trajetória individual e associativa dos representantes dos usuários e a relação representante/representado, Porto Alegre, 2007;
11. GALLO Edmundo, LUCHESI Geraldo, FILHO Machado Nilson, RIBEIRO Patrícia Tavares, in Reforma sanitária: uma análise de viabilidade” Cadernos de Saúde Pública, Vol.. 04, Rio de Janeiro, Outubro/Dezembro de 2008;
12. GOULART Flávio, in “Inclusão Social dos Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde – Experiências Brasileiras e Europeia”, Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2012;
13. LUCHMANN, Lígia Helena Hahn, in “A representação no interior das experiências de participação”, Lua Nova: Revista de Cultura e Política, No. 70, São Paulo, 2007;
14. PELIZZARO Inês, MILBRATZ Raquellen, in “A Participação da Sociedade Civil Nos Conselhos de Saúde de Blumenau”, GT2, “ Participação Social e Democratização do Estado, Pesquisa Vinculada ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Movimentos Sociais (NEPEMOS) da Universidade Regional de Blumenau;

15. PONTUAL Pedro, in “ Desafios à construção da Democracia Participativa no Brasil: a prática dos Conselhos de gestão das políticas públicas”, Revista Cidade – Centro de Assessoria e Estudos Urbanos, No. 14, Volume 12, Novembro/2008;

16. SILVA, Susana Reis e, in “A representação Social dos Princípios do Sistema Único de Saúde pelos Seus Usuários”, Rio de Janeiro, 2007;

17. SÃO PAULO, Observatório de Saúde, in “Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP, 2009;

18. URBINATI, Nadia, in “Representação como advocacy: um estudo sobre deliberação democrática, artigo, Revista “Política e Sociedade”, Vol. 09, No. 16, abril de 2010;

19. WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre, in “Democracia direta e Democracia Semidireta, 2012;

20. WEDHAUSEN, Águeda, in “**Micro poderes num cotidiano de Conselhos de Saúde**, Santa Catarina, 1999;

21. Relatório Final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde, “SUS – Construindo um modelo de atenção a Saúde para a qualidade de vida”, Brasília, 02 a 06/09/1996

- Legislação:

1) Portaria nº 643/GM Em 23 de Maio de 2003. “O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe foi delegada pelo art. 3º do Decreto nº 4.699, de 19 de maio de 2003, e tendo em vista o disposto no Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, resolve: Art. 1º Designar os seguintes representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde”;

2) Conselho Nacional de Saúde – Resolução No. 333, de 04 de novembro de 2003;

3) Lei 8142/91 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; Conselho Nacional de Saúde; Presidência da República , 1990;

4) *Lei 8080/90* - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Conselho Nacional de Saúde; Presidência da República, 1990;

5) Lei Municipal 1210/1992, regulamenta o Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP;

6) Lei Municipal 1211/1992, regulamenta o Conselho Popular de Saúde de Diadema/SP;

7) Decreto No. 93.933, de 14 de janeiro de 1987, “Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências”

8) Decreto No. 99.438 de 07 de agosto de 1990, “Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.”

9) Lei Complementar Estadual No. 791, de 9 de março de 1995, “ Estabelece o Código de Saúde do Estado de SP.”

- Sites pesquisados:

1) <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>

2) <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/composicao.htm>

- 3) <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>
- 4) <http://www.diadema.sp.gov.br/cidadao/conselhos-municipais/124-conselho-municipal-de-saude/2574-o-que-e-.html>
- 5) <http://www.diadema.sp.gov.br/cidadao/conselhos-municipais/203-conselho-popular-de-saude/6513-o-que-e.html>
- 6) <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/orgaos-vinculados/conselho-estadual-de-saude-ces>
- 7) <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-da-saude/apresentacao/>
- 8) <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-da-saude/legislacao/>
- 9) <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-da-saude/legislacoes-do-cessp/>