



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

Participação social, associativismo de vizinhança e conselhos de saúde

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE AS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES E SEUS
REPRESENTANTES NOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO

Mestranda: Susidarley Fideles da Mota Borges

Rio de Janeiro
2004



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

Participação social, associativismo de vizinhança e Conselhos de Saúde

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A REPRESENTAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES
NOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Mestranda: Susidarley Fideles da Mota Borges

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Rio de Janeiro
2004



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Vargas de Faria Baptista – Orientadora

Prof^ª. Dr^ª Elizabeth Artmann

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Magalhães de Mendonça

Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Bravo – Suplente

Rio de Janeiro
2004

Ficha Catalográfica

Borges, Susidarley F. M.

Participação social, associativismo de vizinhança e conselhos de saúde: estudo exploratório sobre a representação das associações de moradores nos conselhos distritais de saúde do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004. 128 p.;

Tese (mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, 2004.

Bibliografia 10-11

1. Tese (mestre - ENSP/FIOCRUZ).

2. Participação social. 3. Conselhos de Saúde. 4. Associativismo e saúde.

I. , orient. II. Título.

Apresentação

O tema da participação social dos usuários dos serviços de saúde pública é central em minhas preocupações teóricas e práticas, sempre referidas à área da saúde pública (política de saúde em Angra dos Reis, saúde da mulher trabalhadora, saúde mental, saúde mental do adolescente, saúde do idoso (gerontologia), saúde integral, conselhos de saúde e atualmente saúde bucal). No período de 1997 a 1999¹ realizei estudo referente ao tema, abordando os usuários no cotidiano dos atendimentos nas unidades de saúde de um dos distritos sanitários de Angra dos Reis, visando avaliar os serviços prestados no município, no período de três gestões petistas consecutivas, a partir da perspectiva de quem utiliza os serviços. Nessa ocasião também se iniciou o estudo sobre a política de saúde adotada no município.

Para o mestrado repensei o objeto e optei pelo estudo da participação social nos Conselhos de Saúde (CSs) do Município do Rio de Janeiro.

O presente estudo foi desenvolvido no contexto da pesquisa estratégica “A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde”, coordenada pela Profa. Maria Eliana Labra – ENSP/FIOCRUZ, no período 2001-2002. Minha inserção na pesquisa estratégica deu-se de duas formas: como mestranda, com a proposta de estudo sobre a participação social nos Conselhos de Saúde (CSs), especialmente a investigação referente à relação representante/representado, no segmento dos usuários; e, concomitantemente, como pesquisadora de campo.

O objetivo da pesquisa estratégica consistia em aprofundar o tema da participação dos usuários nos CSs, ou seja, “traçar um perfil da qualidade da representação dos usuários nos CS da Região Metropolitana do Rio de Janeiro” (Labra, 2000). A pesquisa desta dissertação tornou-se um subprojeto daquela, com o objetivo de estudar apenas um segmento da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro, as associações de moradores, visando identificar as relações das associações com seus representantes e refletir sobre a qualidade dessa representação.

¹ No que se refere a minha iniciação em pesquisa, durante três anos vinculei-me ao grupo de pesquisa Locuss/UFRJ, tendo participado da coleta e análise de dados referentes à política de saúde em Angra dos Reis, e da avaliação da mesma, integrada ao projeto de pesquisa “Movimentos Sociais, Poder Local e Serviço Social”. Estudamos a política implementada nas três últimas gestões, administradas por um partido de esquerda (PT). Esse estudo deu origem ao artigo “Saúde levada a sério”, do qual sou co-autora, em publicação organizada pela coordenadora do grupo de pesquisa (Ramos, 2002).

Dessa forma, minha inserção na pesquisa estratégica significou a construção de uma base metodológica comum aos dois projetos (pesquisa estratégica e projeto de mestrado), com a utilização dos mesmos instrumentos de pesquisa e dos recursos humanos que possibilitaram a realização do trabalho de campo. Contou-se com o apoio de uma bolsista de iniciação científica, na primeira etapa, e de dois profissionais pesquisadores das áreas de serviço social e economia, nas fases intermediária e final da coleta de dados, respectivamente.

Além da participação na pesquisa estratégica, realizei estágio docente na Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a outubro de 2001, exigência da CAPES aos alunos bolsistas. Participei com a exposição do tema referente ao histórico das associações de moradores no Município do Rio de Janeiro, na disciplina Estágio Supervisionado, que abordava a supervisão de estágio dos graduandos inseridos nos diversos conselhos de saúde da região metropolitana do Rio de Janeiro, sob a coordenação da Profa. Maria Inês Bravo. Os dados obtidos pelo grupo de pesquisa dessa professora e as reflexões em aula também contribuíram para a definição do objeto desta pesquisa de mestrado.

Esta dissertação aborda a temática da representação dos usuários e, especificamente, a representação advinda das associações de moradores, nos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro, a partir de dois grandes eixos de discussão: a participação social e o associativismo, buscando correlacioná-los com a política de saúde brasileira definida na Constituição Federal de 1988.

Na Introdução apresento os objetivos, hipótese de trabalho, relevância e desenho do estudo, os limites da pesquisa e as considerações éticas.

No primeiro capítulo desenvolvo os temas da participação social e dos conselhos de saúde no contexto da política de saúde brasileira avançando em questões mais específicas sobre a formação dos Conselhos de Saúde e sua legalidade, tendências da participação dos usuários (possibilidades e limites) e análises já realizadas sobre essa temática. Apresento também resultados de estudos sobre a participação nos CSs do Município do Rio de Janeiro. Esses estudos foram essenciais no desenho desta pesquisa e fundamentam a escolha para a análise das AMs nos CSs.

No segundo capítulo apresento a discussão sobre o associativismo e o setor da saúde, tendo como referência as abordagens internacionais do associativismo, a profissionalização da participação nas associações contemporâneas e suas relações com

o Estado, a formação de redes associativas na organização dos interesses e a possibilidade de construção de um círculo cívico virtuoso.

No terceiro capítulo abordo a formação e organização das AMs do Rio de Janeiro, sua história, articulação com as federações e seus princípios de ação.

Nos quarto e quinto capítulos apresento os dados da pesquisa relativos à participação das associações nos CSs, a partir das categorias e variáveis de análise definidas pelo estudo. O capítulo quatro refere-se aos dados das associações de moradores (AMs) do Município do Rio de Janeiro, e o capítulo cinco trata os dados sobre os representantes das AMs nos Conselhos.

Assumo este estudo como um primeiro momento de exploração desse rico e vasto universo de pesquisa. Os Conselhos de Saúde e as representações neles previstas precisam ser amplamente analisados com o objetivo primeiro de fortalecer a participação social e o processo de democratização no Brasil. Nossa história é marcada pelo autoritarismo e pela exclusão social, e as práticas de clientela e patronagem estão instituídas mesmo nos espaços que hoje se propõem participativos, inclusivos, o que supõe a necessidade de reflexões acerca desses novos canais e de mudanças significativas das práticas políticas historicamente construídas, na direção de um amadurecimento democrático e universalização das lutas no campo da saúde pública.

Nesse sentido, a dissertação é um convite para uma aproximação com essa temática sabendo-se, de antemão, que ela não se esgota neste trabalho.

Introdução

Os estudos apresentados nas duas últimas décadas² sobre os Conselhos de Saúde (CS) enfocam aspectos como evolução, composição e funcionamento, bem como o papel de cada um dos segmentos nele representados, em particular o dos usuários do SUS. No entanto, pouco se sabe ainda a respeito da relação entre representante e representado, e sobre a forma como essa representação é efetivada e exercida. Estudos como os de Carvalho (1995, 1997), Dal Poz e Pinheiro (1998), Labra (2000) e Bravo (2000), denunciam a dificuldade encontrada pelos usuários para atuarem de forma mais assertiva e influente nos CSs e atribuem tais problemas a carências de informação ou de capacitação desse segmento, de coesão interna e de poder de vocalização, e também ao fato de serem suscetíveis à cooptação por parte dos segmentos profissionais ou à manipulação pelos representantes das autoridades setoriais (gestores).

Interessa, para fins deste estudo, abordar uma dimensão ainda não explorada em relação a tais deficiências ou distorções que têm a ver com indagações como as seguintes: até que ponto os conselheiros usuários representam realmente as associações que os designaram? Em que medida a organização representada no CS orienta, acompanha e apóia as atividades de seu representante?

O objetivo geral deste estudo consiste em verificar se há, efetivamente, relação de troca de informações entre o representante e sua associação, e destes com suas bases de representação, ou seja, se há representatividade das associações de moradores, para além da presença numérica dessas entidades nos CODSS, bem como questionar a qualidade dessa representação.

A definição de qualidade adotada neste estudo restringe-se à compreensão acerca do apoio político, técnico e organizacional dado pela associação a seu representante e da relação entre ambos, de modo a possibilitar ao conselheiro uma atuação firme e legítima

² Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, principais centros de pesquisa e institutos de saúde e nos *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, com o objetivo de mapear a produção bibliográfica referente à discussão dos conselhos de saúde e do associativismo no Brasil. Na discussão sobre os conselhos de saúde são referências relevantes os estudos de Sposati & Lobo (1992), Carvalho (1995, 1997), Ribeiro (1997), Labra e Figueiredo (2002), Silva e Abreu (2002) e um número especial da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, do ano de 1998, com oito artigos dedicados ao tema: Cortes (1998), Barros (1998), Viana (1998), Carvalho (1998), O' Dwyer e Moysés (1998), Dal Poz e Pinheiro (1998) e Valla (1998). Em discussão mais específica sobre o associativismo e o setor saúde, destaca-se o trabalho de Labra (1993). Quanto a análises sobre as associações de moradores no Brasil, tem-se os textos de Boschi (1987), Paiva (2001) e Cruz (1992). Não foram encontrados estudos referentes à participação das AMs nos CSs.

no Conselho de Saúde (Labra, 2003). O objetivo aqui não é avaliar a qualidade da representação ou verificar a atuação do conselheiro nos CODSS, o que exigiria outro desenho de estudo.

Em particular, interessa conhecer a articulação desse segmento com a associação que representa, partindo da hipótese de que quanto maior (ou mais estreita) for a vinculação entre representados e representantes no CS melhor será a qualidade da representação. Assim, entende-se que o conselheiro que conta com o apoio político, técnico e organizacional de sua associação e que busca sua base de representação para respaldar suas decisões e posições tenderá a atuar de forma mais comprometida e consciente nos Conselhos de Saúde, exercendo uma função mais efetiva de participação e controle social, contribuindo com a eficácia da proposta de formação dos CSs no SUS.

São objetivos específicos deste estudo verificar entre os objetivos das AMs e suas federações, constantes de seus estatutos, se há referência à saúde, bem como o envolvimento da entidade na capacitação de membros para a participação cidadã nos fóruns de políticas sociais, e, especificamente, nos Conselhos de Saúde, ou seja, o grau de profissionalização das AMs para viabilizar a participação do conselheiro usuário no CS e caracterizar as AMs representadas nos CODSS, traçando um perfil dos conselheiros representantes destas entidades.

A questão da representação dos usuários nos CSs é especialmente importante para o debate da política de saúde no Brasil porque, como estabelecido na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Brasil, 1990), esse segmento deve ocupar 50% dos assentos nesses colegiados. Tal representação apresenta dois aspectos que merecem aprofundamento e que serão aqui explorados. O primeiro deles refere-se à condição de “usuário” – categoria de difíceis definição e aferição, como bem aponta Cortes (1998) e Figueiredo (2001). O segundo, de particular importância para nossos objetivos, tem a ver com a organização representada. Como veremos adiante, alguns estudos (Bravo, 2000; Labra, 2000, Figueiredo, 2001) já demonstraram que, no Rio de Janeiro, os agrupamentos com maior número de representantes nos CSs são as associações de moradores, somando 70% dos representantes de usuários nos CODSS do Município do Rio de Janeiro. As AMs, todavia, são em extremo heterogêneas,³ pouco se sabendo a respeito de aspectos como composição, número de membros, forma de designação de representantes nos CS

³ A heterogeneidade das AMs pode ser apreendida na análise dos objetivos, missão, desenho organizacional e estrutura que cada uma das associações define. Não há uniformidade ou homogeneidade em sua forma de organização e estruturação. Essa discussão será tratada no Capítulo 3 desta dissertação.

e em colegiados de outros setores e grau de profissionalização na abordagem dos diversos temas de interesse da comunidade, em particular o da saúde.

Aprofundar esse debate é de especial relevância e oportunidade no entendimento da participação da população organizada nos CSs, sobretudo tendo em vista o atual peso dessas instâncias na configuração institucional do SUS – considerando que existem mais de 5.000 CSs no país, envolvendo mais de 100 mil pessoas – e o papel legal a eles atribuído na formulação, no acompanhamento das políticas de saúde e, o mais importante, na efetivação do controle social.

Desenho do estudo

Como já foi dito na apresentação deste trabalho, o desenho metodológico do estudo seguiu a orientação da pesquisa estratégica “A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde”, coordenada pela prof^a. Maria Eliana Labra, e da qual participei como aluna do mestrado e orientanda.⁴

Na pesquisa estratégica destacam-se dois momentos, o primeiro de realização de pesquisa exploratória junto às lideranças do movimento associativo de moradores e conselheiros de saúde em geral (sem a busca do representante de usuários) com o objetivo de traçar as principais categorias e variáveis do estudo; o segundo, de definição do universo de análise e das estratégias de ação específicas para o alcance dos objetivos do estudo.

A pesquisa exploratória consistiu na realização de entrevistas com as lideranças e conselheiros de saúde do Município do Rio de Janeiro, visando conhecer os atributos de uma boa representação. Essas entrevistas foram realizadas durante a pré-conferência do CODS 5.2, a reunião extraordinária do CODS 4.0 e as conferências distritais dos CODSs 4.0 e 5.1, em 2001. No mesmo ano, foram entrevistadas lideranças das comunidades de Manguinhos. Com essa aproximação foi possível, então, construir os dois questionários utilizados pela pesquisa. Também foram entrevistados informalmente os presidentes da FAMERJ, FAM-RIO e FAFERJ, com o objetivo de conhecer-lhes a composição, o histórico, os papéis e práticas, as formas de organização e bases sociais.

O estudo específico sobre a representação dos usuários foi proposto a partir da compreensão da necessidade de aprofundar o conhecimento a respeito dessa

⁴ A professora Maria Eliana Labra orientou-me em 2001 e 2002, período no qual me inseri na pesquisa.

representação no Município do Rio de Janeiro estabelecendo-se como unidade de análise as associações de moradores participantes em seus dez conselhos distritais de saúde (CODSs). O Município do Rio de Janeiro é extenso e heterogêneo, exigindo estudos que aprofundem a especificidade de cada área de planejamento.

Para uma aproximação desse universo, definiu-se como principal estratégia de pesquisa a entrevista, realizada a partir dos dois questionários semi-estruturados, com perguntas abertas e fechadas (anexos I e II).⁵ Estabeleceu-se que os entrevistados seriam os presidentes das AMs e seus representantes nos CODSs, uma vez que a pesquisa de Figueiredo (2001) já havia demonstrado o fato de que os presidentes são na maioria dos casos, os próprios representantes dos usuários.

A pesquisa abrangeu os 10 conselhos distritais da cidade do Rio de Janeiro, delimitando em 5 entrevistados por distrito. Alguns deles responderam aos dois questionários, uma vez que acumularam papéis, desempenhando tanto o de representante dos usuários como o de presidente das associações de moradores. Inicialmente foram contatados 12 conselheiros titulares representantes do segmento dos usuários do COMS – SMS/RJ que forneceram informações e indicaram os demais sujeitos da pesquisa, no decorrer da qual verificamos que algumas AMs não estavam representadas na atual gestão do respectivo CODS (2000-2001), uma vez que as lideranças indicadas possuíam atuações mais abrangentes nas federações municipais; seus fóruns, portanto, eram diversos, fossem os CSs, CODSs ou as federações.

As associações de moradores foram escolhidas aleatoriamente nas cinco grandes áreas programáticas. Fizeram parte do universo pesquisado as áreas programáticas: 2.1; 2.2; 3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2, excetuando-se apenas as APs 1.0, 3.1 e 5.3 em função das dificuldades de contato, que serão detalhadas no item sobre os limites da pesquisa. As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas em contato direto com o entrevistado. Cabe ressaltar que a gestão desses representantes nos Conselhos de Saúde data do período 1999-2001. A área programática 3.0 (3.2 e 3.3) é a mais populosa, tendo sido dela que obtivemos o maior número de questionários respondidos (ver Anexo III, Quadro 15).

Para uma compreensão mais crítica da representação das AMs nos CODSs buscamos compor uma estratégia de pesquisa mais abrangente, que incluiu, além do

⁵ As categorias de análise e variáveis propostas pelo estudo e que estruturam o questionário são apresentadas no capítulo de discussão dos dados, quadros 5 e 6.

recurso da entrevista, a reunião de documentos relativos às AMs – estatutos, relatórios de conferência, jornais e boletins divulgados pelas associações, e acompanhamento com diário de campo em reuniões, conferências e congressos promovidos pelo conselho ou mesmo pelas associações e federações.

Particpei do II Congresso da FAM-Rio, realizado em outubro de 2001, da pré-conferência distrital de saúde da AP 5.2, em 2001; das conferências distritais das áreas 4.0, 5.2 e da Conferência Municipal de Saúde, assim como de reuniões do COMS, ocorridas em 2001. Os diários de campo serviram de memória do processo de pesquisa, principalmente na fase final da análise dos dados. Foram registradas as impressões e observações ausentes do questionário e das entrevistas.

Limites da pesquisa de campo

O trabalho de campo apresentou dados importantes para a análise, apesar das dificuldades no processo das entrevistas associadas tanto à distância quanto à própria aceitação dos entrevistados, o que impediu a realização das entrevistas previstas com 5 atores de cada área de planejamento. Por outro lado, os entrevistados indicaram atores relevantes que consentiram em responder aos questionários.

Os limites à meta inicial se deram em função da pouca disponibilidade dos referidos sujeitos da pesquisa, que em alguns casos, a permanência do questionário em seu poder para posterior preenchimento e devolução. A tentativa de resgate desse material fracassou, mesmo após várias insistências; por fim, sem nenhuma resposta, foi decidido não contar com aquele grupo (AP 1.0, 3.1 e 5.3). Esse impedimento foi uma constante para a equipe de pesquisa nas inúmeras tentativas de abordagem.

Apesar da meta inicial de abordagem dos quatro presidentes das federações, encontramos dificuldades, também relacionadas à disponibilidade dos respondentes no contato com as federações de favelas (FAFERJ e FAF-Rio).

Reconhecemos que o universo pesquisado é complexo e de difícil assimilação, e que mereceria um número maior de entrevistas, priorizando a abordagem qualitativa da pesquisa. O empecilho maior à realização das entrevistas está associado à complexidade do objeto e ao conjunto de fatores que contribuem para que o contato com o conselheiro não se estabeleça, talvez porque não queiram se expor em função do desconhecimento das tramas políticas que envolvem sua participação, a opacidade das relações apontada por Silva & Abreu (2003). Pode-se concluir que, mesmo com meta mais ambiciosa

quanto ao número de entrevistados, possivelmente, seriam encontrados obstáculos iguais. Esses limites apontam para a necessidade de serem desenvolvidas estratégias de questionamento da representação dos usuários no âmbito da avaliação de políticas.

Considerações éticas

A abordagem aos sujeitos desta pesquisa foi realizada com o devido encaminhamento, pela coordenação da pesquisa estratégica, de carta de apresentação da pesquisa e esclarecimentos quanto à utilização dos dados da entrevista. Pautou-se, principalmente, pelas normas de pesquisa envolvendo seres humanos, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 196/96). Referências a essas normas foram freqüentes nas aulas da disciplina “Seminários Avançados”. Primou-se, primordialmente, pelos seguintes aspectos éticos:

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quanto às pesquisas envolvendo comunidades; m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas. (Resolução CNS n.º196, 1996: 17)

Capítulo 1 – Participação Social e Conselhos de Saúde

A história brasileira esteve marcada por raros momentos de democracia e, portanto, por reduzida participação social no processo decisório e no acompanhamento das ações do Estado, que, assim apresenta restrita capacidade de incorporação das demandas e necessidades sociais. Isso significou o estabelecimento de um padrão político oligárquico e excludente, caracterizado pela concentração de poder nas elites e pela ausência do povo no cenário político. (Carvalho, 2001)⁶

No processo de redemocratização dos anos 80 esse padrão de atuação do Estado foi questionado, e procedeu-se à retomada do padrão democrático participativo materializado na Constituição Federal de 1988.⁷ A redemocratização do país ocorreu principalmente pela mobilização da sociedade que acordara do longo pesadelo representado pela ditadura. Dentre os movimentos sociais que buscaram restabelecer o diálogo com o Estado, no campo da saúde pública, destaca-se o da reforma sanitária.

As propostas dos reformistas, desde os anos 70/80, apontavam a participação social como um princípio fundamental na reorganização e no planejamento da política de saúde pública, o que levou, na prática, à conformação de um capítulo da saúde no texto constitucional de 1988, que prevê, como um dos princípios do SUS, a participação social. A participação está regulamentada pela Lei 8.142, de 1990 – complementar à Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90 –, que define a construção de dois espaços formais de participação social, os conselhos e as conferências de saúde.

Ainda assim, com a legislação permeável à participação social, continuam os desafios de construção desse novo formato de relação Estado/sociedade, exigindo desta iniciativas na defesa de seus direitos de cidadania por meio do reconhecimento dos canais formais de vocalização de suas demandas. Por parte do Estado e das instituições

⁶ A história brasileira, segundo Baptista (2003) e Carvalho (2001), mostra que as elites se uniram por décadas pela preservação de poderes mútuos. No caso do governo, a perpetuação do poder, e, no das elites econômicas, a manutenção de seu patrimônio.

⁷ Embora o Legislativo tenha adquirido força e prestígio, com perspectivas democráticas, com a nova institucionalidade inaugurada pela Constituição de 88, a implementação dos novos dispositivos legais não ocorre em iguais velocidade e qualidade. É necessário recorrer ao Judiciário que, por sua vez, permanece extremamente burocratizado. Apesar disso, Sposati & Lobo (1992) ressaltam que se deve insistir e recorrer a essa instância nos casos em que a administração pública fere o direito contido na Constituição, a fim de avançar no processo de desburocratização da justiça.

de governo espera-se igual reconhecimento do princípio constitucional da ação participativa nas decisões sobre os rumos das políticas públicas.

A implementação das mudanças operadas na saúde pública ocorreu no contexto de reforma do Estado que se vem processando pela revisão de seu padrão político e institucional.

Essa discussão constitui-se no pano de fundo fundamental para a compreensão da realidade dos Conselhos de Saúde (CSs) nos anos 90 e dos desafios que se apresentam à participação social na área específica da saúde. Que desafios estão postos? 1) na atribuição dos conselhos – o dilema da participação e do preparo técnico para as discussões, entre ouvir e ‘tecnicizar’ ou politizar as demandas; 2) na escolha dos grupos para atuar nos CSs e na eleição dos representantes – a definição do quantitativo de conselheiros e os interesses que representam, de fato, quem e como se define a participação de um determinado segmento e quais são os acordos implícitos para a participação; 3) na relação dos CSs com o Estado – a capacidade de intervenção na agenda de prioridades para a política ou o papel de legitimador de ações já acordadas.

Este capítulo tem como proposta abordar a temática da participação social no contexto da política de saúde e sua relação com os três desafios apresentados na literatura acadêmica referente ao tema da participação social nos CSs.

A participação social no contexto da política de saúde brasileira

A carta constitucional de 1988 prevê diversas formas de participação da sociedade na gestão dos assuntos públicos, especialmente nas áreas que compõem a seguridade social – previdência, assistência social e saúde.

A saúde incorporou em suas diretrizes as demandas progressistas do movimento de reforma sanitária, constituído com o objetivo de democratizar o setor saúde e ampliar os serviços a toda a população, conformando o Sistema Único de Saúde (SUS) com controle social sobre as ações do governo, abrindo também inédita possibilidade de vocalização de demandas às camadas sociais com escassos recursos de poder.

O controle social exercido pelos Conselhos de Saúde (CSs) sob a noção de participação social é uma concretização dos processos democráticos que vieram se consolidando no Brasil. Essa inovação no campo da saúde, com a implementação dos princípios do SUS, notadamente, a participação social nas decisões de políticas por intermédio dos CSs e conferências caracteriza-se como um avanço democrático na

complexa realidade brasileira contemporânea.

A regulamentação no campo da saúde ocorreu dois anos após a promulgação da Constituição de 1988, com a Lei 8.080, de setembro de 1990. Houve, no entanto, veto em relação aos itens da participação popular e do financiamento. Apesar daquele veto, a existência de CSs com participação da comunidade, prevista na Constituição de 1988, foi regulamentada em dezembro 1990 pela Lei 8.142/90 que dispõe no art. 1º, & 2º, sobre as competências dos CSs:

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. (Brasil, 1990)

Esse foi o marco da garantia de participação social de grupos historicamente alijados dos processos decisórios. A referida lei determina, previamente, as exigências incluídas na constituição de conselhos, do fundo de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, investimento na saúde com recursos próprios e elaboração de plano de carreira para os profissionais de saúde.

A paridade entre usuários e demais segmentos (Art. 1º, & 4º da Lei 8.142/90) foi detalhada na recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CESs e CMSs), Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992,⁸ presidido naquele período pelo ministro de Estado e Saúde Jamil Haddad. Essa resolução determinava que, na composição dos CSs, 50% dos assentos deveriam ser ocupados por representantes dos usuários.⁹

Além dos conselhos, a Lei 8.142/1990 previu a realização de Conferências de Saúde, cuja grande importância se faz pela mobilização da sociedade na discussão de seus problemas, pela conscientização do direito à saúde e, principalmente, pela avaliação da política de saúde vigente. É também o momento legalmente instituído para

⁸ Essa resolução estabelece recomendações referentes à composição dos CSs nas esferas estaduais, municipais e nos distritos sanitários.

⁹ Em 2003, o CNS edita uma nova resolução (Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003) aprovando diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Conserva elementos da Resolução n. 33, mas avança principalmente na definição da forma de escolha da Presidência do CS por meio de eleições; até então o secretário era considerado presidente nato do CS, fato amplamente questionado pelos representantes de usuários em plenária estadual de conselheiros e nas reuniões dos CSs. Apesar dessa nova recomendação, no Rio de Janeiro o regimento interno do CMS ainda qualifica o secretário de saúde como seu presidente nato.

a escolha dos representantes das entidades e instituições que integram os CSs. São, portanto, momentos estratégicos 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 esta ou pelo Conselho”. (Brasil, Art. 1º, & 1º da Lei 8.142/90)

A descentralização das ações de saúde e a delegação de atribuições aos municípios contribuíram para que os governos incluíssem os movimentos sociais locais nas esferas públicas de decisões de políticas. Para acelerar esse processo iniciou-se uma política de indução à criação dos CSs nos estados e municípios por meio das Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOB 91, 92, 93, 96 e NOAS 2001 e 2002) que estabeleceram níveis diferenciados de gestão, associados ao repasse crescente de recursos. No Quadro 1 é possível identificar como as normas exerceram papel importante na consolidação dos fóruns participativos previstos no SUS. Atualmente, a quase-totalidade dos municípios brasileiros¹⁰ possui Conselhos de Saúde.

¹⁰ O último dado do IBGE (2003) sobre o quantitativo de municípios no Brasil revela a existência de 5.560 municípios, tendo 73% deles menos de 20.000 habitantes. Quanto aos CSs, segundo pesquisa em andamento na ENSP/FIOCRUZ, “Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil”, sob a coordenação de Moreira e Escorel (2004), existem 5.559 conselhos municipais cadastrados, com mais de 20 mil conselheiros de saúde atuando no país no ano de 2004.

Quadro 1 – As Normas Operacionais da Saúde e a participação popular				
	NOB 01/91 e 01/92	NOB 01/93	NOB 01/96	NOAS 01/01 e NOAS 01/02
Instrumento	Resolução INAMPS 273/1991 e Portaria da SNAS 234/1992	Portaria GM 545/1993	Portaria GM 2203/1996	Portaria GM 95/2001 Portaria GM 373/2002
Objetivo geral	Implantar política de financiamento com o intuito de normalizar os recursos financeiros, automáticos e regulares para a cobertura da assistência à saúde, aos estados, DF e municípios.	Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS e definir procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.	Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do DF, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, DF e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.	Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.
Organização da gestão descentralizada da assistência	Define a política de financiamento do SUS, com uma subdivisão em cinco itens: financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população, recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora, proporcional à população, custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS, custeio dos programas especiais em saúde e investimentos alocados no Plano Quinquenal da Saúde.	Institui condições de gestão para estados e municípios, que passam a assumir responsabilidades de acordo com suas realidades políticas, sanitárias e capacidade institucional e operacional. Condições de gestão Municípios: incipiente, parcial e semiplena. Estados: parcial e semiplena. Institui as Comissões Intergestores (CIT* e CIB) como foros de negociação e deliberação entre o MS, os estados e municípios.	Reformula as condições de gestão dos estados e municípios proposta na norma anterior. Enfatiza a importância do processo de negociação entre as esferas de governo, cria mecanismos institucionais e incentivos para a negociação, afirmando o papel dos estados como principais articuladores. Estabelece a PPI. Condições de gestão Municípios: plena da atenção básica e plena do sistema. Estados: avançada do sistema ou plena do sistema.	Revisa os critérios de habilitação no sentido de promover a responsabilização dos gestores, de forma compatível com a condição de gestão assumida, e induz a integração dos sistemas municipais, sob a coordenação do nível estadual. Condições de gestão Municípios: plena da atenção básica ampliada e plena do sistema. Estados: avançada do sistema e plena do sistema.
A participação popular	São requisitos para a transferência de recursos: 1 – Criação de Conselhos Municipais de Saúde; 2 – Apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo.	Nas diferentes condições de gestão estabelece-se como requisito que tanto o município como o estado apresentem o respectivo conselho de saúde. Além disso: 1 – Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos	Para assumir as diferentes condições de gestão o gestor deve cumprir alguns requisitos específicos para cada gestão. No que diz respeito à participação popular, esses requisitos são: Na Gestão Plena da Atenção Básica: 1 – Reafirma a necessidade de	Reitera os requisitos apresentados na NOB96 e especifica para cada condição de gestão alguns elementos que devem estar constantes no Plano de Saúde, aprovado pelo Conselho. Na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: a programação física e financeira

		<p>serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.</p> <p>2 – O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população.</p>	<p>comprovar o funcionamento do CMS;</p> <p>2 – Define a formalização junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação;</p> <p>Na Gestão Plena do Sistema Municipal (os itens acima e ainda):</p> <p>1 – Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS;</p> <p>2 – Apresentar o Relatório de Gestão, aprovado pelo CMS.</p> <p>Nas condições de gestão do estado:</p> <p>1 – Comprovar o funcionamento do CES;</p> <p>2 – Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES;</p> <p>3 – Apresentar Relatório de gestão aprovado pelo CES;</p> <p>4 – Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB.</p>	<p>dos recursos assistenciais destinados ao município;</p> <p>Na Gestão Plena do Sistema Municipal:</p> <p>a Agenda de Compromissos municipal harmonizada com as agendas nacional e estadual;</p> <p>a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, com detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema, bem como o Quadro de Metas.</p> <p>Nas duas condições de gestão do estado:</p> <p>apresentar Quadro de Metas compatível com a Agenda de Compromissos;</p> <p>programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e controle de doenças;</p> <p>estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;</p> <p>estratégias de reorganização do modelo de atenção;</p> <p>Plano Diretor de Regionalização.</p>
--	--	--	--	---

Fonte: Brasil/MS, 1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002.¹¹

¹¹ Elaboração a partir das portarias ministeriais.

Os Conselhos de Saúde expressam uma das experiências mais importantes no campo da saúde pública surgidas como resultado do processo de redemocratização da sociedade brasileira. São instâncias deliberativas destinadas a intervir na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde e na fiscalização da qualidade da assistência nos serviços, o que significa que, em tese, têm papel fundamental na construção de um SUS humanizado, eqüitativo, universal e integrado, conforme os princípios que o fundamentam.

Entre as abordagens na literatura relativa a esse tema, destaca-se a pioneira contribuição de Carvalho (1995, 1997) que analisa a situação dos CSs, em âmbito nacional, após três anos de existência e aponta para a relevância desse novo arranjo institucional e para o papel decisivo que iriam desempenhar na democratização do SUS.

Outros estudos foram empreendidos posteriormente, ressaltando diversos aspectos jurídicos, políticos, institucionais, sociais e culturais relativos aos CSs. Quanto ao tema da participação dos usuários, destacam-se os trabalhos de Sposati & Lobo (1992), Labra (1993; 2001; 2002), Ribeiro (1993), Dal Poz e Pinheiro (1998), Cortes (1998), Gohn (2001), Correia (2000), Bravo (2000; 2001), Labra & Figueiredo (2002) e Silva & Abreu (2002).

Mais recentemente (2003-2004) teve início a pesquisa de Moreira e Escorel, desenvolvida na ENSP/FIOCRUZ, com o objetivo de traçar um perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil, tanto municipais, quanto estaduais. O projeto pretende esboçar estrutura, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde com a finalidade de aprimorar o controle social e analisar o avanço da reforma sanitária junto com a criação dos conselhos. Os resultados dessa pesquisa possibilitarão uma análise crítica do processo político de participação instalado até o momento no setor saúde e subsidiarão, certamente, a construção de novas propostas em atenção aos problemas hoje existentes.

No próximo item abordaremos o tema da participação nos Conselhos Populares de Saúde e dos Conselhos Comunitários, com o objetivo de resgatar a origem da idéia de participação da sociedade civil nas decisões governamentais, ocorrida principalmente e com maior ênfase nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil.

Conselhos Populares de Saúde e Conselhos Comunitários

As práticas operárias do início do século 20 e as comissões de fábrica nos anos 70 e 80 constituem exemplos de organização dos trabalhadores reivindicando melhores condições de trabalho e abrindo espaço de participação nas decisões referentes à força de trabalho.

Nos anos 70 observou-se uma inflexão nessa tendência de participação com o crescimento dos movimentos sociais se posicionando contra o autoritarismo, o que conduziu à formação de conselhos populares e comunitários na esfera do consumo.(Gonh, 1990; Wanderlei, 1991 *apud* Raichellis, 2000: 4)

As classes médias e populares nesse período, descontentes com o governo autoritário dos militares e as conseqüências sociais para a vida urbana, reivindicavam por meio de suas associações o direito a saúde, transporte, habitação, trabalho, etc. (Doimo, 1987) Segundo a autora, as AMs formavam uma frente social composta pelos grupos de minorias, denominados novos movimentos sociais.

A participação social, portanto, ocorreu efetivamente em torno das questões que envolviam a coletividade na esfera do consumo. O movimento social representava uma forma de participação alternativa à político-partidária. Dessa forma, Bobbio (1985) afirma que o movimento social “se distingue especificamente do partido e indica a não institucionalização de uma idéia, um grupo, uma atividade”. (Bobbio, 1985: 786). A sua peculiaridade reside, sobretudo, na relação estabelecida com o governo, que ocorria por meio do “contato direto com as administrações municipais”(…), além disto, (...)“representavam o despertar da consciência de direitos, e serviram para o treinamento de lideranças políticas”.(Carvalho, 2001: 184)

No caso específico da cidade do Rio de Janeiro, *locus* deste estudo, o processo de descentralização acompanhou a mudança institucional operada no campo da saúde, que veio gradativamente assimilando a participação social. Segundo destaca Carvalho (1995),

No município do Rio de Janeiro, a partir de 1984, desenvolveu-se uma singular experiência de gestão descentralizada que combinou um esforço de integração interinstitucional ao nível local com participação comunitária. Por decisão de sua Comissão Interinstitucional de Saúde (CIMS), foram criadas instâncias descentralizadas chamadas Grupos Executivos Locais (GEL) nas cinco áreas de planejamento (AP) em que estava dividido o município, que foram compostos pela totalidade de diretores de unidades de

saúde existentes na área e igual número de representantes da comunidade ali residente. (Carvalho, 1995: 46)

Diferentemente daqueles, os atuais os Conselhos de Saúde (CSs) são instâncias que permitem a gestão conjunta com o executivo e “revelam quase sempre a existência de um bloco político claramente comprometido com a proposta reformista (Carvalho, 1995: 107), ou seja, permanecem os conflitos de interesses constitutivos do texto constitucional e a defesa dos preceitos amplamente defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária.

Os dilemas e ambigüidades quanto aos papéis dos CSs e seleção dos grupos estão diretamente associados às diferentes formas de relação entre a sociedade civil e o Estado em momentos históricos em que o controle social era exercido ora por parte deste, ora por parte daquela, porém com conotações diferentes, contraditórias, aspecto que será aprofundado no item 3.

Portanto, apesar da legalidade constitucional das novas formas de exercício do controle social, identificam-se os empecilhos, problemas e determinantes intervenientes no processo de implementação dos CSs e do efetivo reconhecimento de suas atribuições legais tanto pela sociedade civil quanto pelo Estado; da definição dos grupos e escolha dos representantes e; nas relações que os CSs estabelecem com o Estado, dilemas abordados nos três itens seguintes.

1) Na atribuição dos conselhos – o dilema da participação e do preparo técnico

Os CSs e as Conferências de Saúde – espaços contraditórios e conflitantes – são mecanismos centrais de controle social. A atuação dos CNS,¹² CESs, CMSs, CODSS, conselhos gestores de unidades, enquanto espaços de articulação da sociedade civil, incluídos os usuários representantes dos conselhos comunitários de saúde, fóruns de saúde, etc., é de fundamental importância, principalmente no aspecto da

¹² O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado em 1937, não contava com a participação societária e tinha a função específica de assessorar tecnicamente o ministro da Educação e Saúde. Na década de 1970 o Conselho passou a ser consultivo. E, no contexto da reforma sanitária brasileira, o Conselho Nacional foi constituído e organizado de forma inteiramente oposta àquela inicial.

representatividade.¹³ A base social desses movimentos é a garantia de que pautas de discussões desses fóruns sejam condizentes com as reais demandas dos usuários e que essas, por sua vez, sejam efetivamente respeitadas.

A finalidade principal dos CSs é o estabelecimento de parâmetros de interesse público para o governo – eles não governam, mas devem exigir a democratização da informação em saúde, a transparência na definição das prioridades orçamentárias e influência dos CSs na definição da agenda setorial, como bem aponta Carvalho (1997).

Dal Poz e Pinheiro (1998) também discutem sob essa perspectiva ao afirmar que

o Conselho Municipal de Saúde passa a ser uma importante instância na condução da política local, a partir da democratização das informações, contribuindo para a descentralização das ações de saúde. (Dal Poz & Pinheiro, 1997 apud Dal Poz & Pinheiro, 1998:28)

Duas variáveis são destacadas pelos autores na avaliação de desempenho dos CSs, dependentes do contexto político e institucional favorável: o estilo de gestão adotado pelo governo municipal e a cultura política da localidade. A ação dos partidos políticos e dos governos poderá orientar-se (ou não) pelos valores da nova institucionalidade inaugurada pelo SUS.

Nesse sentido, esses autores discutem a idéia de que a reprodução da cultura clientelista na maioria dos municípios brasileiros é um dos fatores negativos na constituição dos CSs, associados às questões sociais, à fragmentação das políticas, ao desemprego estrutural e às precárias condições de vida e trabalho de um enorme contingente populacional.

Nota-se, portanto, que

a participação dos usuários nesses conselhos ou em qualquer outro constitui-se numa tarefa complexa. Tal complexidade é dada, primeiramente, pela diversidade dos atores e de interesses envolvidos na composição desses conselhos, numa relação bastante desigual. (Dal Poz & Pinheiro, 1998:29)

O domínio técnico e político dos profissionais de saúde, representantes governamentais e prestadores públicos e privados no campo da saúde se constitui em empecilho a uma relação de igualdade nas condições de participação dos segmentos representados nos CSs. Isso ocorre na medida em que, mesmo dominando o discurso,

¹³ Concorde-se com a definição de representatividade, segundo a qual ela “deve ter a capacidade de influir ou assumir efetivamente seu poder de *alter*. Num jogo de palavras, essa alteridade deve ter poder de fazer alteração, entendida desde barulho até mudança”. (Sposati & Lobo, 1992: 376)

pelo preparo adquirido ao longo da prática política, identificam-se no cotidiano das reuniões dos CS e nos resultados de pesquisas referentes ao tema os parcos conhecimentos técnicos do segmento dos usuários. Com isso, o controle orçamentário e a avaliação de qualidade dos serviços oferecidos à população, como atribuição do CS, serão orientados por quem oferece os serviços, o que inviabiliza a implementação dos princípios constitucionais. Essa desigualdade poderá ser corrigida se respeitada a paridade e se forem desenvolvidas ações que tenham por objetivo

o fortalecimento aos conselheiros de saúde através de programas de capacitação na lógica da luta pela cidadania, a autonomia dos espaços de controle social, a criação de mecanismos e fluxos de informações, promovendo o intercâmbio entre conselhos, organização dos movimentos populares independentes e fóruns populares e a priorização de investimentos em recursos humanos, tanto na ampliação dos quadros, como na capacitação e educação continuada. (Dal Poz & Pinheiro, 1998:30)

O tema referente ao papel dos CSs gera polêmicas entre os diferentes autores e estudiosos. Mesmo superestimando ou subestimando, alternando idealização, ceticismo e realismo (Cortes, 1998), não se pode negar a conquista legal dos CSs como espaços democráticos de articulação e concertamento dos diferentes interesses da sociedade e do Estado.

No item seguinte serão abordadas as regras de participação social dos diferentes grupos nos CSs. Dessa definição depende o melhor desempenho dos CSs de acordo com sua concepção original presente na Constituição de 1988 e nas propostas do movimento de reforma sanitária. Assim, como dinamizadores do espaço dos CSs, os movimentos sociais representam a perspectiva de funcionamento daqueles no sentido da melhoria tanto dos serviços quanto da modificação ou criação de novos dispositivos legais favoráveis à maioria da população usuária.

É na relação do representante (conselheiro) com sua entidade que se encontra o segredo da legitimidade de sua atuação nos CSs. Portanto, as regras para a inclusão de novos grupos na representação dos usuários, que, como já dito, possuem escassos recursos de poder e baixo grau de vocalização de suas demandas, deverão priorizar a participação de grupos legitimamente representados.

2) A escolha dos grupos e a eleição de representantes

As regras da escolha dos grupos que irão atuar nos CSs obedecem originalmente aos preceitos da Lei Orgânica da Saúde (8.142/90), bem como aos regimentos internos

de cada conselho, resoluções do CMS, influenciados diretamente pela cultura política local, entre outras variáveis. Carvalho (1997), Sposati & Lobo (1992), Cortes (1997) e Tenório (1997) apontam os fatores que influem na escolha dos grupos e dos representantes/conselheiros.

Primeiramente, cabe salientar dois aspectos considerados fundamentais para a efetiva participação dos grupos, segundo Carvalho (1997): a legitimidade das representações e a capacidade dialógica dos sujeitos, ou seja, à sociedade civil cabe, de antemão, o desenvolvimento das habilidades para elaborar interesses e vocalizar propostas.

Essas características manifestam-se, sobretudo, por meio do respeito à alteridade¹⁴ que se constituiu na inovação referente à participação social no período de redemocratização da sociedade brasileira. Sposati & Lobo (1992) distinguem três espécies de alteridade, segundo o posicionamento dos sujeitos sociais na representação de seus grupos: cooptada, subalternizada e tutelada. (Sposati & Lobo, 1992: 373 e 374)

A primeira – alteridade cooptada – se caracteriza pela falta de informação, capacidade argumentativa e prática da cumplicidade. A alteridade subalternizada opera em função do respeito às hierarquias de poder e depreciação da capacidade das classes populares. Pautando-se pela visão anterior relativa às classes populares, a terceira forma de alteridade – tutelada – supõe a incapacidade da população para a ação política e, portanto, a necessária representação dessa camada supostamente ignorante por segmentos que possuam conhecimentos técnicos suficientes.

Quanto à alteridade, Carvalho (1997) adverte para o fato de que, embora os CSs sejam constructos da sociedade e do Estado, configuram instituição constitutiva do Estado, representando uma arena para a publicização das demandas sociais e concertamento de interesses dos diversos segmentos da sociedade civil para a consecução de objetivos de interesse público. Portanto, para ele,

os CS não são o alter, a sociedade ou o movimento social em relação ao Estado, e sim o lugar, o espaço no interior do aparelho estatal, onde 'o outro' se expressa, por isso, o espaço público, onde atores sociais se constróem como atores públicos (...).

¹⁴ Alteridade significa “a presença do *alter* – o outro, emprestado da psicologia – quer marcar a distinção das situações onde estão presentes sempre os mesmos. Um e outro são sujeitos, portanto, protagonistas de decisões e ações. O que se quer marcar é a presença de um sujeito que se contrapõe, que tem força e presença para pressionar e ter protagonismo, isto é, ser sujeito e não sujeitado”. (Sposati & Lobo, 1992: 372)

A obtenção de status público , que qualifica um segmento ou grupo de interesses a ter assento no conselho, assim como o peso relativo das diversas representações, que definem uma certa correlação de forças, não são dados arbitrariamente pelo Estado, e sim pela dinâmica global da disputa de interesses. (Carvalho, 1997: 104)

Vê-se que há ainda um longo caminho a ser trilhado na constituição de sujeitos sociais preparados política e tecnicamente para a atuação qualificada nos CSs, entendendo-os como espaços contraditórios de conflitos e consensos.

Nessa perspectiva, Tenório (1997) apresenta um conjunto de desafios no sentido de evitar o que denominou “homogeneização e vulgarização” das experiências de participação social nos anos 90, ressaltando as intencionalidades e interesses, assim como as diferenças entre as formas de participação: cooptada e pseudoparticipação.

Para corrigir essas distorções, segundo o autor, é necessário uma participação social associada à implementação de políticas sociais mais abrangentes, na medida em que essas busquem corrigir as desigualdades sociais e econômicas. O artigo de Schwartz (2000), no jornal Folha de S. Paulo, intitulado “O Controle Social entra na pauta do Banco Mundial”, corrobora a afirmação anterior:

O Banco Mundial (Bird) acaba de divulgar seu relatório sobre a pobreza. Há uma inovação política e metodológica: os técnicos resolveram ouvir “a voz dos pobres”. E colocaram em primeiro plano o conceito de empowerment. Significa distribuir poder, descentralizar e, numa tradução mais ousada, autogestão (...) mas os mais céticos colocam em dúvida o empowerment enquanto os governos continuarem aplicando as mesmas receitas de ajuste econômico. O Bird defende o mesmo receituário ortodoxo (ajuste fiscal, liberalização comercial, desregulamentação, abertura) que, em duas décadas, contribuiu para o aumento da desigualdade e o enfraquecimento dos países em desenvolvimento (...). Ao fazer o deslocamento da questão social do campo da política econômica para o da participação política na distribuição de verbas sociais, a exclusão surge como uma falta de organização e consciência dos pobres (...). Na prática, o que se observa é um círculo vicioso: o pobre não supera a exclusão porque não tem poder, mas ele não tem poder, porque a pobreza é também uma forma de exclusão dos circuitos de educação, saúde, participação política. A questão central é que, além da transferência de poder de decisão, torna-se necessária a mobilização política e a construção de instituições e formas de representação dos excluídos. Mas como promover essa construção se as políticas econômicas e as novas tecnologias promovem o enfraquecimento dos sindicatos e outras formas de representação coletiva? (Schwartz, 2000)

Essas reflexões descrevem com nitidez as atuais barreiras à consolidação de uma democracia participativa no Brasil.

Apesar dessa constatação, Tenório (1997) considera possível a participação social legítima caracterizada pela defesa de direitos constitucionais, desde que a população tenha clareza de suas demandas e dos efeitos que elas podem ter para a comunidade.

A organização e o planejamento de demandas orientam as ações de forma estratégica, uma vez que promovem, agilizam e desburocratizam as relações da sociedade civil com o governo.

Tenório (1997) ressalta ainda uma questão central definidora da efetiva participação social: o preparo político e técnico daqueles que participam. A tendência de cooptação de lideranças que formam as elites participativas, no caso do Brasil, conduz ao cumprimento dos objetivos particularistas de determinados segmentos, abandonando o papel autônomo e diverso em relação às decisões de políticas públicas. Nas palavras do autor,

A compreensão das motivações que inspiram o comportamento de pessoas ou grupos é de extrema relevância para inibir o desvirtuamento do ímpeto participante, evitando a sua transformação em mobilização popular manobrada e desviada na direção de interesses egoístas.(Tenório, 1997: 103)

Cortes (1998), entretanto, considera que as formas de ação da população organizada podem ocorrer pela: “manipulação, consulta ou negociação até a participação” e adverte para a importância da participação propriamente dita “no sentido de ‘tomar parte em atividades’ ou ‘estar presente’”. (Cortes, 1998: 6)

Dadas essas razões e reflexões, deduz-se que a definição dos grupos de atuação nos CSs mereça caracterização mais específica do segmento dos usuários, pois ainda prevalece como uma categoria ambígua adotada na legislação sanitária brasileira.

Buscando superar tal ambigüidade, Cortes (1998) define o usuário como “o cidadão/sujeito de direitos e não apenas mero consumidor de mercadorias”. (Cortes, 1998: 5) Ressalta ainda que a participação dos usuários consiste na combinação de seus papéis enquanto consumidor e cidadão, ou seja, “embora tenha alguma similaridade com o conceito de participação do consumidor, ele não se restringe à perspectiva mercantil e incorpora a noção de direito social que o conceito de cidadania normalmente pressupõe”. (Cortes, 1998: 6)

Sposati & Lobo (1992) ressaltam que “o usuário/consumidor é, ao mesmo tempo, um sujeito/democrático virtual na construção da política de saúde, e não um carente a

ser atendido por uma instituição transformada em “ofertante de serviços”, negadora, em sua prática, dos direitos dos cidadãos”. (Sposati & Lobo, 1992: 368) Acrescentam também que os movimentos sociais da década de 1980 alcançaram o reconhecimento legal enquanto sujeitos participativos na gestão da política de saúde, na Constituição de 1988. Essa lei maior traz ganhos efetivos, porém há a preocupação das autoras com o instituído e a complexidade¹⁵ dos interesses envolvidos no controle social exercido pelos Conselhos de Saúde.

Sposati & Lobo (1992) apontam para a necessidade de preservação da autonomia dos movimentos sociais e a importância da não-institucionalização defendendo, entretanto, a institucionalização dos conselhos. Destacam a importância das “regularidades organizacionais” (Sposati & Lobo, 1992: 375) nos CSs como barreira ao casuísmo. Para as autoras,

a democracia exige a introdução do planejamento. A gestão coletiva e democrática se confronta com a gestão happening e casuística. Ainda que possa parecer aparentemente uma contradição, democracia não combina com laissez-faire. Ela supõe organização, definição de atribuições e de responsabilidades. (Sposati & Lobo: 1992: 376)

Silva & Abreu (2002) realizaram importante estudo referente ao CNS apresentando uma reflexão com enfoque nos grupos sociais em sua totalidade.

Esses autores buscaram reunir em suas análises questões tais como a opacidade¹⁶ do espaço dos conselhos ou a impossibilidade de serem captados o que ocorre nos bastidores e o que está por trás das diversas interpretações de um tema pelos diferentes grupos nas plenárias, bem como com que interesses eles apresentam tais divergências de interpretação dos discursos e dispositivos legais.

Nesse sentido, há que recorrer à análise documental; porém, também ela depende da compreensão das alianças e interesses, segundo apontam os autores, que advertem sobre a complexidade desses espaços públicos de “colonização de discursos”, que

¹⁵ Considera-se para esta dissertação o conceito desenvolvido por Sposati & Lobo (1992) segundo o qual a complexidade significa “o convívio de múltiplos sujeitos e interlocutores na construção democrática”. (Sposati & Lobo, 1992: 376)

¹⁶ Segundo esses autores “a opacidade do dado empírico estabelece um limite para o que se pode dizer do objeto (...) é uma característica empírica do objeto estudado, é parte integrante do seu mecanismo de funcionamento e ajuda a constituir o seu movimento (...) é resultado da divisão entre aquilo que, de fato, acontece e o que parece acontecer entre o público e os bastidores. Uma das formas que os agentes (mas também os pesquisadores) lidam com esta opacidade é enfatizar os interesses ao invés das alianças. O princípio disto tudo é que as alianças derivam dos interesses dos agentes”. (Silva & Abreu, 2002: 38)

exigem dos conselheiros um olhar arguto, em muito dependente de trajetória de participação. Para eles,

nos deparamos com um problema metodológico: os bastidores. Este é um aspecto do fenômeno empírico, via de regra, inacessível ao pesquisador. Fato explicável, por outro dado empírico: o segredo é parte importante destas práticas. A solução é, por um lado, admitir os limites do conhecimento fatural que podemos obter do objeto e, por outro, encontrar formas de contornar o problema. Embora não se possa estar presente ao que acontece, nem confiar plenamente naquilo que é dito pelos entrevistados a esse respeito, é possível encontrar outras maneiras de se aproximar do fenômeno” (...) a situação dos conselheiros não é diferente da dos pesquisadores: a cada embate afloram dúvidas sobre os significados dos comentários, posicionamentos e interesses. (Silva & Abreu, 2002: 25 e 37)

Ressaltam as características técnica e política¹⁷ do CNS e a necessidade de interpretação dos significados técnicos e políticos dos argumentos dos representantes e sua intencionalidade. Divergem dos demais autores, principalmente, Sposati & Lobo (1992), na medida em que, para eles,

a força institucional do Conselho não está na participação de setores populares, embora esta lhe confira legitimidade em face dos demais órgãos da administração pública. Também não vem da força de suas atribuições. A força do conselho também não reside na sua capacidade de articulação intraburocrática. Reside no complexo formado pela relação entre estas dimensões, complexo que não pode ser reduzido à somatória de seus elementos (...) a capacidade de o Conselho influenciar políticas públicas depende de sua capacidade de colonizar práticas, alianças, interesses e conflitos feitos, muitas vezes, com objetivos ou ganhos heterogêneos entre si. (Silva & Abreu, 2002: 39)

não há uma regra, um princípio admitido implicitamente segundo o qual se reconhecem os “bons” conselheiros. Há, digamos assim, vários tipos: alguns são mais ativos, outros falam menos, há aqueles que ainda são novos, outros são percebidos como ‘formadores de opinião’. (Silva & Abreu, 2002: 36)

Esse debate merece ser aprofundado e serve como ponto de partida para a análise proposta neste estudo sobre a representação das associações de moradores, como segmento de representação dos usuários, nos Conselhos de Saúde. A participação social

¹⁷ Silva & Abreu (2002) definem a decisão técnica “isenta, com base em critérios de eficiência e racionalidade ou, no caso de uma decisão normativa, baseada também no critério da legalidade, juridicidade e técnica legal, sugerida por um especialista que conhece a fundo o assunto na teoria e, de preferência, também na prática. A decisão política corresponde a “uma decisão que resulta de um conflito, onde os agentes possuem interesses próprios e no qual sempre está em jogo o domínio e, no limite, o usufruto, para si ou para um grupo, dos bens simbólicos e materiais advindos da instituição política. Adverte que “quando aplicada à realidade empírica, esta distinção apresenta problemas”. Para os autores: “não há interpretação técnica sem conseqüências políticas e vice-versa”. (Silva & Abreu, 2002: 19 e 20)

evocada no âmbito do SUS enfrenta desafios não só postos pela trajetória de constituição do Estado brasileiro e da concepção de cidadania nela subjacente, como também dos desafios específicos que se apresentam na discussão da saúde.

3) A relação dos CSs com o Estado

As diferentes conjunturas brasileiras foram conformando novos desenhos na relação entre o Estado e a sociedade civil. Nesse sentido, Carvalho (1995) aborda o conceito de controle social se transformando na realidade brasileira conforme se processavam tais relações Estado/sociedade. Esse conceito, para ele, assumiu dois diferentes sentidos, de acordo com dois momentos históricos: aquele em que o Estado controlava a sociedade, sob uma perspectiva de seu ajuste à ordem institucional estabelecida; e aquele em que surgem novas formas de controle social da sociedade sobre as ações do Estado.

Na primeira concepção, o Estado controla a sociedade, e esta atua complementando as ações daquele. Define-se, então, a participação comunitária, principalmente no Estado Novo e até os anos 60, com as ações de controle estatal sobre a população e de desenvolvimento de comunidade.

Por outro lado, na segunda concepção, com a sociedade controlando as ações do Estado tem-se um momento inicial em que a sociedade combate o Estado mediante os novos movimentos sociais – a denominada participação popular nos anos 70. E, a partir dessas lutas, inaugura-se, com a Constituição de 1988, o momento posterior de abertura de espaços de participação social, representando uma nova relação entre Estado e sociedade, em que esta pretende participar efetivamente das decisões políticas na definição de demandas de interesse público a serem incorporadas na agenda estatal, por intermédio dos conselhos de direitos, marcadamente espaços de concertamento de interesses. A participação social assegura que o Estado atue em função da sociedade.

Modelados no referencial da participação social, os conselhos correspondem a uma determinada concepção de relação Estado/sociedade e a um determinado projeto político com ela comprometido, no caso da saúde, consubstanciado na proposta da reforma sanitária e no SUS. (Carvalho, 1995: 111)

Cortes (1997) destaca sete aspectos que despertaram a sociedade civil para novas formas de relação com o Estado e influenciam o caráter mais ou menos democrático dos

CSs:

- 1 – as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro;
- 2 – a organização dos movimentos popular e sindical na cidade;
- 3 – o relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais;
- 4, 5, 6 – as posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação;
- 7 – a dinâmica de funcionamento do conselho.

A autora considera os dois primeiros como determinantes, ou seja, a conjuntura propícia e a existência de sujeitos sociais politizados, apesar de levar em conta a interdependência entre todos os fatores.

Por outro lado, Valla (1998), enfocando o IV CODS do Município do Rio de Janeiro, analisa algumas dificuldades de atuação dos CSs. Para ele,

(...) muitos CS foram criados a partir da iniciativa das próprias Câmaras de Vereadores a fim de garantir o repasse de verbas que vêm do Governo Federal. Nessa perspectiva, a iniciativa partiu dos governos e não dos setores organizados da sociedade civil (...) mesmo quando há quórum, é frequente que as deliberações tomadas não sejam executadas por “falta de verba” (...) Um impasse que indica dois problemas: uma relação leviana das autoridades municipais com o que foi deliberado, como também uma indisposição do Secretário de Saúde de abrir a discussão com o CMS sobre o orçamento de saúde (aqui não está se referindo ao orçamento participativo). Como observa Werner (1994), o que deveria ser deliberativo tornou-se reivindicativo (...) a precariedade dos serviços de saúde nas grandes metrópoles faz com que frequentemente as discussões sobre o problema do acesso monopolizem quase todo o tempo das reuniões no CMS. (Valla, 1998:31 e 32)

As mudanças conjunturais e o processo de redemocratização no Brasil estão atravessados, portanto, pela continuidade das práticas políticas tradicionais, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, como aponta Valla (1998).

Cortes (1998) critica, contudo, as idéias difundidas na literatura internacional de que não é possível a participação nos países da América Latina pela fraqueza de suas instituições políticas e sociedades civis. Ela irá refutar essas idéias a partir da demonstração de que a realidade de participação nos Conselhos de Saúde em todo o país é um primeiro passo, resultado de conquistas anteriores, indutor da participação plural

nos assuntos públicos.

Sposati & Lobo (1992), por sua vez, ressaltam que, apesar da cultura política brasileira autoritária, casuística, elitista e paternalista se constituir em um empecilho à concretização da esfera pública para a gestão da saúde, somada à concepção do usuário/consumidor, desconsiderando os direitos de cidadania, os Conselhos de Saúde constituem-se exatamente com o intuito de rompimento da prática política tradicional de troca de favores nos ambientes públicos e a visão de saúde como mera mercadoria de consumo.

Nesse sentido, Labra (2002) aprofundou o tema do capital social¹⁸ no campo de atuação dos CSs, e apontou a possibilidade de desenvolvimento de um círculo virtuoso (Putnam, 1996) no Brasil, apesar de os estudos apontarem a fragilidade das instituições e a cultura patrimonialista e clientelista arraigada nas práticas políticas. Segundo a autora, as associações comunitárias possuem relações de solidariedade e confiança, elementos decisivos na consolidação de uma cultura cívica. Para ela,

las asociaciones comunitarias ocupan lugar central y son ellas las que se hacen representar en los consejos de salud del Brasil, es consecuente esperar que, cuanto más organizada e participativa sea la comunidad, más capital social habrá acumulado y por lo tanto, mayor influencia tendrá en el buen cumplimiento de los objetivos del sistema de salud. (Labra, 2002: 48)

Essa noção corrobora as análises de Cortes (1998) e Sposati & Lobo (1992) no que se refere às possibilidades de construção processual da cidadania, apesar da hegemonia da cultura clientelista e seus vícios. Exemplo dessas possibilidades são as experiências de participação social nos CSs, em defesa dos direitos conquistados legalmente, germens de um círculo virtuoso no campo da saúde pública brasileira.

Dessa forma, tendo em mente a complexidade e entendendo-a como própria dos processos democráticos, Sposati & Lobo (1992) admitem que “a construção democrática é mais palco de uma relação de conflito do que de consenso”. (Sposati & Lobo, 1992: 376) Essas autoras desenvolvem reflexões pertinentes para a análise do fenômeno no Brasil, destacando:

¹⁸ O conceito de capital social é trabalhado por Putnam (1996). É especialmente importante nessa discussão pois “*El capital social se refiere a los sistemas horizontales de participación cívica, que pueden ser asociaciones comunitarias, orfeones, cooperativas, gremios desportivos, partidos políticos, etc. Las características centrales de esas redes de intercambio social son confianza, reciprocidad y cooperación, siendo la reciprocidad generalizada y asidua un componente altamente productivo porque facilita la solución de los dilemas de la acción colectiva*”. (Putnam, 1996 apud Labra, 2002:48)

◆ a existência do que denominam “um padrão de representatividade” que garanta real influência nas decisões;

◆ a tarefa de correção da democracia representativa pelo controle social;

◆ a importância do controle social pela abertura de espaços para a publicização de interesses e demandas e sua negociação;

◆ a necessidade do estabelecimento de regras de participação social nos CSs;

◆ a divulgação das ações dos CSs;

◆ a preservação da saúde como direito;

◆ o controle social dos serviços de saúde públicos e privados, tanto básicos quanto de alta complexidade;

Rodrigues (2000) aponta ser indispensável aos CSs a formulação de sua agenda de temas básicos, com a necessária agilidade para acompanhar ou antecipar-se à agenda do gestor correspondente, e a articular canais de informações estratégicas sobre a agenda real dos temas e iniciativas do gestor.

Ainda sob a orientação do autor há três critérios iniciais para a formulação dos temas:

- pertinência – relaciona-se às bases de construção do SUS e do novo modelo assistencial;
- relevância – identifica os temas mais ligados às causas e menos às conseqüências;
- oportunidade (sensibilidade e visão política advinda da avaliação da conjuntura) – indica os momentos mais ou menos oportunos para a intervenção porque obriga à avaliação das demais fontes de interesses e poderes também envolvidas com o tema e suas mobilizações em torno dele, ajuda na ampliação das alianças necessárias e imprescindíveis.

Entretanto, também o Estado deve capacitar-se sob a perspectiva de uma nova forma de governar, democrática, em função da sociedade, segundo adverte Carvalho (1997). Para ele, citando Przeworski (1996), o desafio na contemporaneidade consiste em capacitar o Estado para que possa “(...) fazer o que deveria fazer, e ao mesmo tempo, evitar que ele faça o que não deveria fazer”. (Carvalho, 1997: 101) Por

consequente, se obteria desse Estado a responsabilização pelos resultados de seus atos de governo ou decisões, conduzindo ao acúmulo de *accountability*¹⁹ ou legitimação diante da sociedade, garantindo, assim, a governabilidade.

Essas são contribuições de análise importantes para nosso estudo e serão retomadas na discussão dos dados sobre a representação das AMs.

Estudos sobre a participação dos usuários nos CSs do Rio de Janeiro

A participação dos usuários nos CSs tem sido objeto de estudo de alguns pesquisadores nos anos 2000 e 2001, mais especificamente, Labra (2000 e 2001), Bravo (2000 e 2001) e Figueiredo (2001). Esses autores demonstram que, embora os usuários ocupem 50% das vagas nos Conselhos de Saúde, esse peso tem sido insuficiente para o avanço do controle social pelos usuários. Os principais problemas detectados foram: o escasso envolvimento dos movimentos populares nas questões da saúde e a dificuldade dos conselheiros usuários em acompanhar as discussões técnicas promovidas nos CSs.

Esses estudos também avançam em resultados de pesquisas mais específicas que focalizam a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, reunindo pistas importantes a serem seguidas por aqueles que se interessam pela temática. Os resultados dessas pesquisas sinalizam problemas comuns aos CSs e que, em última instância, apontam para a necessidade de aprofundar o conhecimento do mundo associativo no que diz respeito à relação com seus representantes nesse colegiado.

Uma síntese da análise de representação dos usuários realizada por Labra (2000) a partir de um amplo levantamento da produção acadêmica abrangendo 50 municípios em sete estados pode ser vista no Quadro 2.

¹⁹ Para Carvalho (1997: 106) *accountability* significa “a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e da expectativa dos cidadãos”.

Quadro 2 – Avaliação das associações e representantes de usuários nos CSs	
Associações	Representantes dos usuários
Inexistência de tradição de lutas por melhores condições de vida em geral	Baixa ou nula: capacidade de influenciar a formulação e avaliação de políticas e programas
Escassa ou nula mobilização em torno dos problemas de saúde	Dificuldade de entender o linguajar técnico
Baixa ou inexistente adesão da população ao SUS e ao Conselho	Desinteresse nas discussões – distantes das vivências das populações
Desinteresse, incapacidade, imaturidade e/ou inoperância das associações para incentivar a participação nos conselhos e indicar ou eleger representantes	Escassa ou nula participação no planejamento local e no orçamento – considerados próprios de especialistas
Desconhecimento da existência e dos objetivos e/ou utilidade dos conselhos;	Participação restrita a referendar decisões das autoridades de saúde
Inexistência de boletins informativos ou de publicidade sobre as atividades dos conselhos	Resoluções enviesadas devido a interferência, manipulação e/ou autoritarismo dos gestores
Ostensiva cooptação das associações por parte dos partidos políticos ou interferência desses na indicação de representantes, de modo a favorecer programas rentáveis em termos eleitorais	Utilização do Conselho como espaço para reivindicações ou para discutir aspectos internos sem abordar questões substantivas
—	Problemática representação dos usuários – tendem a ser suplantados por representantes de associações de portadores de patologias ou de grupos alheios aos usuários

Fonte: Labra, 2000²⁰

Os resultados desse balanço mostram aspectos relativos à relação entre as associações e seus usuários, como falta de divulgação das deliberações do CS, ausência de lutas em torno da saúde, falta de preparo das associações para o estímulo à participação e capacitação dos associados, e cooptação dessas associações pelos partidos políticos.

Quanto aos representantes dos usuários nos CSs, a pesquisa aponta para a distância cultural entre eles e os técnicos (representação governamental, profissionais de saúde e prestadores públicos e privados). Isso revela as dificuldades encontradas para a participação dos usuários o que leva a decisões que não priorizam suas demandas já que as decisões são tomadas, *a priori*, pelos técnicos e gestores. O estudo mostra a presença predominante nos Conselhos de Saúde das Federações e das Associações de Moradores, das Associações dos Portadores de Patologias e/ou Deficiência e dos Sindicatos de Trabalhadores.

²⁰ Elaboração do quadro a partir das informações contidas no projeto de pesquisa A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde (2000). O balanço da produção acadêmica consistiu no exame de 10 teses produzidas em 50 municípios de sete estados (RS, SC, SP, RJ, ES, PE e MA).

A pesquisa de Bravo (2000 e 2001) também apontou para questões semelhantes. Nos 16 CS pesquisados destacaram-se três grupos importantes representados nos CS. Na ordem, eles são: a Federação de Associação de Moradores, presentes em todos os CS; os Clubes de Serviço (Lions, Rotary e Maçonaria, presentes nas regiões mais carentes da Baixada Fluminense); as Associações de Portadores de Patologia e/ou Deficiência (Tabela 1). Isto ocorreu em consequência do recuo da participação dos sindicatos e movimentos sociais nos anos 90 e 2000. Além disso, a autora constatou a crescente tomada de espaços por vereadores, afetando com isso a paridade na representação (Bravo, 2000 e 2001).

Entidades	Conselhos de Saúde
Federação das Associações de Moradores	16
Clubes de Serviço (Lions, Rotary, Maçonaria)	13
Assoc. de Portadores de Patologia e/ou Deficiência	11
Sindicatos de Trabalhadores (em geral)	10

Fonte: Bravo, 2000.

Na mesma pesquisa, Bravo (2000 e 2001) levantou a composição social dos CSs de Niterói, sistematizada na Tabela 2:

Entidade	%
Federações e Associações de Moradores	40,4
Assoc. de Portadores de Patologia	15,4
Sindicato de Trabalhadores	15,4
Outros	28,8
Total	100,0

Fonte: Bravo, 2000.

A Tabela 2 evidencia o predomínio das associações de moradores, atingindo quase metade da representação nos CSs de Niterói. Isso mostra que a população organizada nesse município fluminense reflete a realidade da região metropolitana como um todo.

As informações acima podem ser complementadas com os dados levantados por Figueiredo (2001)²¹ a respeito do perfil de 60 conselheiros representantes dos usuários em 14 CSs da região metropolitana do Rio de Janeiro e cujos resultados são mostrados na Tabela 3.

²¹ Dissertação orientada pela profª. Maria Eliana Labra na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e que trata da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do RJ.

Tabela 3 – Associações representadas nos CS da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Associações (dos usuários)	%
Associações de Moradores	51,7
Associações de Portadores de Patologia	18,3
Sindicatos/Associações Profissionais	11,7
Clubes de Serviço	1,7
Outros	16,6
Total	100,0

Fonte: Figueiredo, 2001.

Outros dados apresentados por esses estudos indicam que os usuários contam com bases associativas diversas, em sua maioria, como visto, representadas pelas associações de moradores, heterogêneas em sua composição, com atividades em frentes variadas e incluindo membros de diferentes estratos sociais. De ampla relevância para os propósitos deste estudo, esse ponto será devidamente examinado adiante.

Outro aspecto que chama atenção nos resultados das pesquisas tem a ver com a presença de entidades de classe, a exemplo dos clubes de serviço – Rotary e Lions Clube (Bravo, 2000 e 2001). De fato, tal representação nos CSs é incompatível com as prescrições relativas aos representantes dos usuários e constitui um problema, já abordado na X Conferência Nacional de Saúde (1996).

Figueiredo (2001) identificou, ainda, diversas questões no processo de escolha da representação. Há conselheiros que, em vez de serem eleitos pela associação, se auto-indicam; só 48,3% das entidades promoveram eleições para conselheiros, alguns deles representando, em momentos distintos, segmentos que não o dos usuários.

Quanto à relação que se estabelece entre os representantes dos usuários nos CSs e sua entidade, Figueiredo obteve os resultados apresentados na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 - Relação do conselheiro com a entidade que representa

Tipo de relação	% de respostas			
	Sempre/muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Total
Informa	88,3	10	-	98,3
Discute	76,6	21,7	-	98,3
Consulta	71,7	18,3	8,3	98,3
Recebe orientações	65	20	13,3	98,3

Fonte: Figueiredo, 2001.

Esses dados revelam a existência de intercâmbio de informações entre a maioria

dos conselheiros entrevistados (entre 65% e 88,3%) e suas respectivas associações. Informar, discutir, consultar e delas receber orientações são atitudes sempre ou muitas vezes priorizadas pelos representantes, muito embora ainda haja um percentual que varia de 10% a 21,7% que raras vezes atua junto às associações, ou, entre 8,3% e 13,3% que simplesmente não consulta as associações ou delas recebem orientações.

Labra (2000), Bravo (2001) e Figueiredo (2001) consideram a necessidade de aprofundamento dessa realidade por meio de novas pesquisas para desvendar a relação representante/representado, objeto desta dissertação.

Capítulo 2 – Associativismo e saúde

Os Conselhos de Saúde foram caracterizados no capítulo anterior, em que se destacaram os estudos desenvolvidos nesse campo e os problemas enfrentados no cotidiano de seu funcionamento, principalmente relativos à participação dos usuários. A presença das associações de moradores na maioria das representações nos diferentes estudos realizados motivou a escolha desse objeto de estudo.

Para seu entendimento, porém, faz-se necessária uma discussão relativa ao associativismo, buscando introduzir o debate em torno da participação em associações e das motivações para tal, caracterizadas pela organização em defesa dos interesses individuais e do grupo social nas democracias contemporâneas.

Portanto, inicialmente serão abordadas as principais definições de associação existentes na literatura. Num segundo momento, buscou-se caracterizar o associativismo com base na literatura internacional. E, no caso da saúde, procurou-se localizar, historicamente, o associativismo brasileiro na área da saúde e os estudos referentes ao tema.

Silva (1990) afirma que associação, termo de origem latina, “designa toda agremiação ou união de pessoas, promovida com um fim determinado, seja de ordem beneficente, literária, científica, recreativa, desportiva ou política”. (Silva, 1990: 217) Pode-se caracterizar as associações existentes, atualmente, de acordo com suas finalidades, que são diversas: de malfeitores, ilícita, política, sindical, profissional, religiosa, etc., mas nos interessam as associações caracterizadas por sua utilidade pública, aqui entendida no sentido de que “...sua atuação na esfera social mostra interesses de ordem geral” e “...que, pelos seus fins de interesse coletivo, são como tais reconhecidas pelo governo” ...e estes fins “...possuem utilidade ou serventia que, direta ou indiretamente, vem beneficiar os interesses de ordem coletiva”. (Silva, 1990: 217)

Essas associações podem atuar como grupos de pressão por melhorias das condições de vida e de trabalho da população em conjunturas históricas de minimização dos gastos sociais por parte do Estado e direcionamento dos recursos estatais para o capital financeiro, em detrimento de demandas sociais.

Segundo Bobbio, as associações voluntárias correspondem aos “grupos formais livremente constituídos, aos quais se tem acesso por própria escolha e que perseguem

interesses mútuos e pessoais ou então escopos coletivos”. (Bobbio, 1985: 64-66) Para o mesmo autor, essas formas de organização “são consideradas essenciais para a manutenção de uma democracia substancial, enquanto se posicionam como entidades de equilíbrio do poder central e como instrumento para a compreensão dos processos sociais e políticos”. (Idem)

Os principais papéis desempenhados pelas associações são: representar interesses específicos (como as de portadores de patologias ou as de uma categoria profissional, por exemplo); servir de mediadoras entre as demandas de seus representados e os governos para influenciar a formulação das políticas públicas, comportando-se, por vezes, como um grupo de pressão. A esse respeito, Bobbio, citando Schmitter, define o grupo de interesse como “uma forma particular de intermediação de interesses entre sociedade civil e Estado, diferente e até oposta à amplamente conhecida como pluralista”. (Bobbio, 1985: 818)

No Brasil conta-se com uma tradição associativa ainda pouco conhecida, embora estudos como o de Boschi (1987), Labra (1993) e Paiva (2001) tenham dado contribuição importante ao tema.

O ato de se associar, caracterizado pela quebra do isolamento entre os indivíduos, é constitutivo e comum à totalidade das nações. Nas democracias contemporâneas em que há convivência de formatos corporativos e pluralistas de *policy-making* (Labra, 2003: 196), o direito civil garante a liberdade de associação, formato que congrega anseios de grupos diferenciados, atuantes na redemocratização de seus países, especialmente, aqueles de Terceiro Mundo, sejam capitalistas ou socialistas, com experiências de regimes ditatoriais.

Com o processo crescente de complexidade das relações sociais e da própria máquina estatal houve a necessidade de organização dos interesses, com a criação dos conselhos de direitos. Nessa perspectiva, teve-se o propósito de organizar demandas para melhor influenciar as decisões políticas setoriais do Estado de acordo com parâmetros de interesse público. No Brasil,

a existência de sistemas políticos/econômicos de acomodação de interesses negociados e de políticas de concertamento torna imprescindível a consideração das associações de interesse enquanto atores que desempenham papel crucial nos processos de formulação de políticas (...) refere-se a um formato de intermediação fundado no ordenamento hierárquico de grupos ou categorias funcionais, baseado na afiliação compulsória e na representação monopólica, cuja ação se dirige à

burocracia estatal. Nesse sentido, as prioridades de política pública resultam de processos negociados sob a supervisão do Estado e dentro de uma lógica de acordo ou concertamento, o que reduz o conflito de interesses. (Labra, 2003: 195)

Depreende-se disso que o Estado passa a lidar, sob novas formas, com o excesso de demandas e outros agravantes de uma democracia, além dos problemas provenientes da fragmentação das políticas, entre outros.

Na direção de uma análise das particularidades de cada nação, Labra (1993: 197) adverte que há variáveis intervenientes a considerar, quais sejam: o peso relativo dos partidos políticos e do parlamento, os graus de centralização das estruturas de representação de interesses e de permeabilidade das agências burocráticas às pressões externas, bem como o padrão de inclusão/exclusão de diferentes segmentos sociais nos acordos corporativos.

No que tange ao setor da saúde, o estudo de Labra (1993) sobre o associativismo nessa área demonstrou a enorme densidade na dimensão associativa do empresariado médico no Brasil. Há no país inúmeras e heterogêneas associações organizadas pela defesa de lutas específicas com uma gama diversificada de interesses no campo da saúde. Cabe ressaltar a complexidade do setor saúde e seu vanguardismo na constituição dos conselhos deliberativos.

Importante se faz salientar a primazia do poder médico nas definições relativas à oferta de saúde, tanto pública quanto privada, por intermédio de suas diferentes associações de interesses, sejam elas profissionais ou empresariais, muitas criadas nos anos 20.²² Por outro lado, os usuários não formam um grupo homogêneo e organizado na procura de soluções para suas demandas. Grupos fragmentados em busca de ganhos políticos específicos impedem a realização dos princípios constitucionais de universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

Depois de Tocqueville, inúmeros pensadores debruçaram-se no estudo das associações de interesse, destacando-se atualmente duas grandes correntes: por um lado, a pluralista, de origem anglo-saxã, centrada nos grupos de pressão e sua forma dispersa e supostamente desideologizada de concorrer para influenciar decisões governamentais; por outro, a neocorporativa, que surge nos anos 70 como reação aos pluralistas e coloca em relevo as redes de interesses organizados do capital e do trabalho que, na Europa,

²² Para detalhamento dessas questões referentes ao associativismo e ao empresariado médico no setor saúde, ver Labra, 1993.

participam de arenas formais de decisão com vistas a produzir políticas públicas negociadas e consensuais, induzindo assim a governabilidade. (Labra, 1993)

Nas contribuições recentes sobre o tema do associativismo destacam-se Schmitter (1993), Graziano (1994), Mèny (1993), Cohen & Rogers (1995) e Putnam (1996).

Philippe Schmitter (1993), autor de numerosos trabalhos sobre a importância das associações contemporâneas, ressalta o papel central que podem desempenhar na consolidação da democracia, situação na qual, ele aponta que poderiam sofrer mudanças.

Schmitter (1993) reconhece a existência de três dimensões da ordem social: o Estado, a comunidade e o mercado, detentores de princípios que os guiam – controle hierárquico, solidariedade espontânea e competição dispersa, respectivamente.

A democracia liberal moderna, porém, conduziu a uma nova dimensão, e, de acordo com Labra (1993), “... a configuração de uma outra base institucional da ordem social que transcende e amalgama as anteriores (...) Esta quarta dimensão é constituída pela associação, sendo seu princípio de interação a concertamento organizacional”. (Idem, *Ibidem*: 194)

O sistema político formal tem sido incapaz de lidar com a multiplicidade de problemas que afetam as sociedades. De acordo com Schmitter (1993) e Cohen e Rogers (1995), isso acabou gerando a necessidade de maior permeabilidade à participação das associações civis nas decisões de política (associações de interesse). Esses espaços, segundo os autores, eram ocupados exclusivamente pelos partidos políticos.

Para Schmitter (1983), a associabilidade está diretamente ligada à civilidade, à igualdade de condições e à autonomia de ação. O principal requisito é a autonomia na atuação das associações civis, qualidade essa que impele à participação plural em diversas frentes e à oferta de um leque maior de respostas às reivindicações dos associados.

Labra (1999) afirma que,

o reconhecimento desta quarta instância baseia-se no fato da existência concreta de sistemas políticos nos quais a produção de políticas públicas é a resultante da acomodação, negociação e concertamento de interesses organizados e conectados às esferas de decisão mediante arranjos formais específicos. Na sua forma mais típica, esse é o formato encontrado em

países de Welfare State avançado (em particular Áustria, Alemanha e países escandinavos) que Schmitter (1979) e seguidores caracterizam como arranjos neocorporativos. (Idem Ibidem: 3).

O associativismo tem como fundamento o direito civil de associação. Dessa forma,

...a prática democrática levou ao reconhecimento da liberdade de associação como uma liberdade civil básica (...) Começando pela breakthroughs (ruptura, avanço) constitucional dos EUA (1792), Bélgica (1830), Suíça e Dinamarca (1848-49) há uma dificuldade crescente em negar aos cidadãos o direito de reunir-se em associações na causa de sua classe, raça, condição de dependência, sexo ou idade. (Schmitter, 1983: 27)

Entre outras preocupações com esse fenômeno, Schmitter criou uma tipologia das associações que contempla o número, a densidade da afiliação e o domínio da representação. A primeira corresponde a características da associação, tais como a variação no número atual de organizações comparado com outro período histórico e, no caso das recém-criadas, se são o desdobramento de preexistentes porém com denominação nova. A densidade da afiliação refere-se ao número de membros com que conta. Já o domínio tem a ver com os interesses que essas associações estão representando e com as regras de seleção de seus membros. (Schmitter, 1993)

Mény (1993) apresenta importante estudo comparativo dos grupos de interesses organizados em três países: França, Grã-Bretanha e Estados Unidos. Em seu trabalho, o autor mostra a presença central das associações no mundo contemporâneo, a diversidade de interesses que podem congrega e a maneira como atuam, em cada país, de forma mais ou menos pluralista ou corporativa, para influenciar as decisões públicas.

Ele considera dois tipos principais de grupos: institucional (igrejas, forças armadas, etc.) e associativo (associações, grupos profissionais, etc.). As instituições do primeiro tipo já possuem recursos de poder e acesso, pela proximidade com as instituições de governo, e, mesmo assim, não deixarão de exercer sua influência e pressão na consecução de objetivos próprios. Há, aliás, associações e conselhos de prefeitos, secretários de saúde (CONASS, CONASEMS, etc.) A possibilidade de coalizões entre os grupos institucionais e os grupos associativos em torno de objetivos comuns forma o que o autor denomina *clusters*²³. No segundo tipo associativo, os quais se constituem para organizar os interesses difusos e, para Mèny (1993), “essa necessidade é social e jurídica: o grupo de interesse não pode ter coesão e fazer-se ouvir eficazmente se não se dotar de uma estrutura mínima”.

a) A vinculação das associações civis às arenas do Estado

As associações buscam atingir seus objetivos por meio das relações que estabelecem com as instituições governamentais e das alianças com outras instituições. O contato com o governo é um aspecto importante na politização dessas organizações civis. (Graziano, 1994: 323)

Estas associações possuem mais do que o interesse em formular novas políticas; também pressionam para reduzir os efeitos prejudiciais de uma política implementada, o que irá definir possíveis correções de rumos da referida política. Para o autor, “a ação coletiva voltada para evitar um dano certo e evidente é mais fácil de ‘vender’ aos próprios associados do que aquela dirigida à obtenção de novas políticas públicas”. (Graziano, 1994: 324) O objetivo dessa relação com o governo é assegurar que nenhuma decisão legislativa ou administrativa importante, que diga respeito às associações, venha a ser tomada sem que o grupo seja consultado e, o que é mais relevante, efetivamente ouvido. (Graziano, 1994: 330)

A reunião de várias associações em torno de um problema comum torna-se menos determinante do que o grau de influência de uma associação, mais ainda do que a quantidade de associações reunidas diante daqueles com quem será negociado determinado tema. Assim,

qualquer que seja sua forma e consistência, a principal função da coalizão não é simplesmente a de mostrar força numérica (muitos grupos); mas tão importante (ou mesmo mais) é o prestígio e a diversidade dos membros, prova de que a agenda política pela qual ela luta é encampada por uma ampla e diversificada fatia da opinião pública, talvez mais ampla do que os interesses representados diretamente pela coalizão. (Graziano, 1994: 328)

Segundo Schmitter (1983), o modo de atuação das associações civis junto aos órgãos de governo poderá apresentar graus diferenciados de corporativismo ou pluralismo, priorizando “a representação mais do que o controle ou a relação com os membros mais do que com os interlocutores, ou privilegiar uma agenda particular de questões”. (Schmitter, 1983: 25)

A autonomia permite, em geral, que as associações acumulem uma ampla gama de conhecimentos especializados em sua área de atuação. Tornam-se referência em determinadas temáticas e práticas, de tal forma, que cumprem um papel importante

²³ Grupos, conglomerados.

como fonte de informações para a elaboração de políticas públicas, entre outras questões.

Há três razões para a multiplicação dos grupos ou o surgimento de novas associações: o processo político de indução do Estado que conduz a sua constituição; a impossibilidade desses grupos em manter o monopólio da representação frente à diversidade dos interesses; e a abertura política e a legalização da participação desses grupos na formulação dos interesses públicos.

b) Especialização e profissionalização dos interesses

A forma de agir das lideranças de associações, seu poder de influência, sua profissionalização em torno de determinadas temáticas e a formação de coalizões entre diferentes organizações são atributos que promovem a profissionalização das associações contemporâneas. (Graziano, 1994) Assim,

... um staff de associações redige parte ou mesmo todo o texto de uma lei, nas várias fases de um processo que acompanha passo a passo, desde a apresentação do projeto lei, que pode “patrocinar”, passando pelo exame na Comissão e as devidas emendas e votações em plenário, até a “conferência” entre delegações da Câmara e do Senado no caso normal de discrepância entre os textos das duas Casas Legislativas. (Graziano, 1994: 319)

Internamente, as associações agregam interesses heterogêneos, além do interesse comum que motivou sua organização. Visando a sua organização diante da diversidade de interesses, são estabelecidas prioridades a partir de discussões internas que privilegiem o consenso em torno de determinadas questões. (Schmitter, 1983)

Schmitter (1983) também enfatiza a tendência de aperfeiçoamento das associações em determinados assuntos ou temas, afirmando que

As associações se tornaram responsáveis pela gestão dos interesses dos membros através da representação das demandas sociais formadas pelos membros. Além de permanecerem como veículos de participação ativa, elas gradualmente se tornaram fornecedoras de serviços. (Schmitter, 1983: 28)

As sociedades contemporâneas assim organizadas reúnem, por um lado, aqueles que dispõem de escassos recursos de poder, como dinheiro, influência pessoal, preparo político e técnico, e, por outro lado, os segmentos que tradicionalmente dispõem desses recursos.

A profissionalização das lideranças ou a indicação de pessoas para a participação em arenas decisórias ocorre na medida em que há influência desses atores nas diversas arenas decisórias em função do conhecimento dos mecanismos de funcionamento desses espaços de negociação política e pelo domínio dos temas discutidos. Podem mesmo assessorar os políticos, orientando-os no encaminhamento de determinado tema, ou seja, o líder profissional ou aquele que participa de várias associações e arenas ao mesmo tempo

contribui para formular o problema (...) em termos que levem à ação, sugerindo o que fazer, a quem escrever, como agir diante dessa ou daquela medida em discussão. O papel decisivo da profissionalização e do staff revela-se não só na condução da organização, mas na capacidade de forjar o próprio mapa dos interesses. (Graziano, 1994: 323)

c) Associativismo e cultura cívica

Putnam (1996) considera que o associativismo pode levar à constituição de comunidades cívicas capazes de propiciar um acúmulo de capital social. A confiança mútua gera a cooperação e ganhos coletivos: “Os cidadãos de uma comunidade cívica não são santos abnegados, mas consideram o domínio público algo mais do que um campo de batalha para a afirmação do interesse pessoal”. (Putnam, 1996: 102)²⁴

O respeito às diferenças e a abertura ao diálogo são condições essenciais para o estabelecimento progressivo da relação de confiança, quebrando, assim, o “isolamento e a desconfiança mútua” (Putnam, 1996: 103). Nesse sentido,

Os cidadãos virtuosos são prestativos, respeitosos e confiantes uns nos outros, mesmo quando divergem em relação a assuntos importantes. A comunidade cívica não está livre de conflitos, pois seus cidadãos têm opiniões firmes sobre as questões públicas, mas são tolerantes com seus oponentes. (Idem, Ibidem: 102)

Dessa forma, é possível identificar, em diferentes sociedades, tanto as relações verticais quanto as horizontais influenciando diretamente o comportamento político dos cidadãos. Conhecer o contexto cultural de determinada sociedade é, portanto, fundamental para sua análise, ou seja, conhecendo-se historicamente como ocorrem as relações sociais entre Estado e sociedade civil, pode-se identificar a existência (ou não) de uma cultura que propicie a implementação de governos democráticos.

²⁴ Esse autor realizou estudo no sul da Itália e identificou uma rica cultura cívica, oposta à encontrada no norte do país.

Ao contrário das relações verticais, em que impera a cultura do favor e da submissão, as relações horizontais que se estabelecem a partir da participação das associações com finalidades legítimas, decorrentes de uma estreita relação com os associados, fortalecem a sociedade civil e o governo, pois “existe uma forte correlação entre associações civis e instituições públicas eficazes”. (Putnam, 1996: 186)

A participação em associações civis proporciona aos associados o desenvolvimento de atitudes favoráveis à progressiva internalização de uma cultura cívica e exige o compromisso coletivo. Independente de seu caráter, religioso, desportivo, cultural ou comunitário, “no âmbito interno, as associações incutem em seus membros hábitos de cooperação, solidariedade e espírito público”. (Putnam, 1996: 104)

O governo democrático é possível na medida em que suas organizações associativas sejam bem desenvolvidas. E essas associações devem ser formadas por iniciativa da própria comunidade, ou por necessidade dela, e não por imposição externa, sob pena de dissolução.

O círculo gerado pela relação cooperativa, em que, ao cooperar, consegue-se a confiança do outro e, adquirindo essa confiança, coopera-se novamente, é caracterizado pelo autor como um círculo virtuoso, ou seja, “quanto mais elevado o nível de confiança numa comunidade, maior a probabilidade de haver cooperação. E a própria cooperação gera confiança”. (Putnam, 1996: 180)

A confiança é um termo de compromisso informal definido enquanto garantia implícita de que o outro irá cooperar, ou seja, “implica (...) uma previsão do comportamento de um ator independente” (Putnam, 1996: 180); por exemplo, os custos de não cooperar são mais altos.

Nas sociedades contemporâneas, o círculo virtuoso promove a constituição de “regras de reciprocidade” que se caracterizam pelo “intercâmbio contínuo...que facilita a solução de dilemas da ação coletiva”. (Putnam, 1996: 182) E naquelas sociedades em que há “sistemas de participação cívica” ou associações civis em constante articulação é possível, então, o estabelecimento de um governo democrático pois esses sistemas “aumentam os custos potenciais para o transgressor em qualquer transação individual”. (Idem, *Ibidem*: 183); promovem sólidas regras de reciprocidade; facilitam a comunicação e melhoram o fluxo de informações sobre a confiabilidade dos indivíduos e cria-se um “modelo culturalmente definido para futuras colaborações” (Idem :183).

O contexto democrático permite a experimentação de modelos de gestão compartilhada que propiciam a construção da consciência cívica em arenas deliberativas, diferentemente daqueles cenários de controle social estatal sobre as ações das organizações e, mesmo, de cerceamento completo das liberdades, em que não havia sequer arenas. Esse é o desafio da nova institucionalidade no Brasil contemporâneo.

Capítulo 3 - As Associações de Moradores no Estado do Rio de Janeiro

O associativismo definido e discutido no capítulo anterior será utilizado como referência para a reflexão do fenômeno na realidade brasileira, com o objetivo de contribuir para sua análise neste país, focando num tipo específico de associação, as associações de moradores.

Abordamos neste capítulo o direito civil de associação no Brasil, as características desse associativismo, particularmente a trajetória histórica das AMs no Município do Rio de Janeiro, sua inserção nos CSs e a polêmica em torno da institucionalização das regras de participação das associações de usuários nos CSs.

Histórico e organização das AMs

No artigo 5º, inciso XVII da Constituição de 1988 lê-se: “(...) é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar”. (Brasil, 1988) O inciso XX estipula que o direito de associação é de livre escolha individual e independe da interferência estatal. Já o inciso XIX determina que, além disso, só uma decisão judicial poderá dissolver uma associação ou suspender suas atividades, podendo os associados representarem-se judicial ou extrajudicialmente pelas respectivas associações (inciso XXI).²⁵

As associações civis são formadas a partir da reunião de indivíduos, visando a um fim comum, diferentemente das fundações, como aparece no novo Código Civil brasileiro.²⁶

²⁵ O art. 5º da Constituição Federal de 1988, Capítulo I, normatiza o direito de associação incluído nos direitos e deveres individuais e coletivos. Nos incisos de XVI a XXI são esclarecidos pontos como a liberdade de todos se associarem desde que os fins não sejam de caráter paramilitar (XVII), independentes da interferência estatal (XVIII) – as sociedades cooperativas possuem um Regime Jurídico próprio normatizado pela Lei 5.764/71. Somente uma decisão judicial poderá dissolver uma associação ou suspender suas atividades (XIX). A associação é um direito de livre escolha individual (XX), e os associados poderão ser representados judicial ou extrajudicialmente pelas respectivas associações (XXI) – Lei 7.347/85, artigo 8 – disciplina a ação civil pública. (Brasil, 1988)

²⁶ No Título II, Das pessoas jurídicas, Capítulo I, art. 44 do Código civil brasileiro, lê-se: “são pessoas jurídicas de direito privado: as associações, as sociedades e as fundações”. Já no Capítulo II, Das Associações, há as regras específicas de sua formação e seu funcionamento; em seu art. 53 lê-se: “constituem-se as associações pela união de pessoas que se organizem para fins não econômicos”. (Novo Código Civil brasileiro, Lei 10.406 de 11 de janeiro de 2003). O código civil estabelece regras claras quanto aos estatutos, o que deve abordar e a competência da assembléia geral.

As atividades desenvolvidas pelas AMs são amplas e priorizam a atuação sobre os entraves a uma melhor qualidade de vida na cidade. De acordo com Paiva (2000), as associações comunitárias

costumam reunir moradores de uma mesma região em função de um leque de reivindicações que vai do direito à habitação até a melhoria nas condições da vida urbana, como transporte, água, esgoto e segurança. Esses são alguns dos direitos individuais e coletivos definidos pela Constituição brasileira. As lutas populares em torno destas bandeiras podem ser entendidas como uma forma de ampliação da própria cidadania. As entidades organizadas por local de moradia são uma das formas mais comuns e difundidas de organização da população urbana. (Paiva, 2000: 55)

No item seguinte, o histórico da formação das AMs no Município do Rio de Janeiro mostrará as especificidades dessas associações e suas lutas no meio urbano, além das diferenças entre as atuais e aquelas do passado.

a) Origem das associações de moradores no Rio de Janeiro

Este item tem como objetivo traçar o movimento histórico de avanços e recuos na organização e constituição das AMs, desde a criação da primeira AM da cidade do Rio de Janeiro, em 1910, a de Vila Isabel, seguida das referentes à Ilha do Governador (1947), Barra da Tijuca (1950) e Lagoa (1957).

Entre as produções brasileiras relativas ao associativismo no Rio de Janeiro, destaca-se a de Boschi (1987), que analisa a relação entre as associações e o Estado. Trata, por um lado, dos limites da abertura institucional sob um regime autoritário em transição e, por outro, da emergência e do impacto de atores coletivos na remodelação institucional da sociedade brasileira.

Segundo Boschi (1987) e Paiva (2000), que privilegiaram, um as AMs de classe média, o outro as associações das comunidades de baixa renda, essas instituições passaram por fases distintas.

Boschi (1987) identificou em seu estudo, referente às AMs das classes médias, dois períodos de urbanização no Brasil, que estão diretamente ligados ao fenômeno das associações de moradores: o primeiro na década de 1940, e o segundo na década de 1970. Mostra o autor a diferença entre os movimentos de classes médias e baixas, que reside principalmente na maior mobilização dos últimos, em diferentes conjunturas.

De acordo com Paiva (2000), entretanto, o movimento associativo de moradores no Rio de Janeiro emerge de forma mais acentuada na década de 1940, mais precisamente no ano de 1947.

Quanto às AMs das comunidades de baixa renda, a autora afirma que a articulação entre elas e o Estado ocorreu de diferentes formas desde 1960. Num primeiro momento, elas vinham “substituir o Estado na prática de atividades próprias do poder público governamental” (Paiva, 2000: 55); num segundo momento, tiveram que assumir funções executivas, judiciárias e legislativas – na ditadura militar, quando as comunidades se organizam em micronações.

Nesse período (1964-1978), sob o autoritarismo, “não havia clima para apresentação de demandas, porque reivindicar era perigoso e era quase nula a expectativa de atendimento dos pedidos”. (Paiva, 2000: 55)

A terceira fase ocorreu no momento da “transição política para a democracia, através da execução de políticas públicas nas áreas marginalizadas e pelas funções de dinamização do espaço público e da representação comunitária, que as AM passam a exercer”. (Paiva, 2000: 145)

E, nos anos 90/2000, assiste-se ao que a autora denomina “refluxo da participação política e investida dos traficantes de drogas e pessoas ligadas ao ‘crime organizado’ aos postos de direção das AM”. (Paiva, 2000: 55)

Segundo Paiva (2000), o período que se estende da criação da associação na Ilha do Governador, em 1947, até 1964 foi marcado pelo “associativismo à sombra do Estado paternalista, omissivo, a despeito da retórica de apoio”. As associações de moradores (cerca de 74 AMs no período) existentes em 1963 não foram criadas por iniciativa da população, mas induzidas pelo Estado, visando transferir à sociedade a responsabilidade pelos problemas locais. Assim, teve início o trabalho de remoção das favelas da Zona Sul do Rio de Janeiro para áreas menos nobres. A Federação das Associações de Favelas do Estado da Guanabara – FAFEG, hoje FAFERJ, congregava as associações de favelas e teve papel importante na resistência à remoção das favelas.

Para Boschi (1987), os conflitos que culminaram com as divisões no movimento dos favelados nas décadas de 1960 e 1970 poderão ser explicados, principalmente, pela influência dos partidos nos movimentos sociais, pois as “lealdades partidárias podem promover divisões nesses movimentos”, visto que existe uma “tendência à

burocratização e ao faccionalismo”. (Boschi, 1987: 49)

Ainda segundo o autor, outras quatro fases referem-se mais especificamente ao movimento de associações de bairro de 1974 a 1984, anos marcados pela crise da ditadura e pela redemocratização da sociedade brasileira. Nesse período selecionado pelo autor pode-se identificar uma primeira fase que vai de 1974 a 1977 e caracteriza-se pela “constituição inicial de identidades coletivas com base no local de moradia e a criação de áreas de igualdade”. (Boschi, 1987: 61-140) São criadas nesse momento as associações da Gávea e Lauro Muller.

A segunda fase (1977-1978) foi marcada por maior grau de politização, com a criação da FAMERJ, em 1978. A Federação organiza o movimento, amplia suas reivindicações em torno de questões mais universais e estimula o surgimento de outras associações. (Boschi, 1987:61-140)

A terceira fase, ocorrida em 1979, momento de consolidação da FAMERJ, é caracterizada “por um confronto mais direto com as autoridades públicas e o esforço de ampliar a representação política ao nível municipal”. (Boschi, 1987: 61-140)

Nos anos 80 inaugura-se uma quarta fase marcada “pela efetiva expansão do movimento associativo de classe média” (Boschi, 1987:61-140) em busca da solução de problemas como áreas de lazer, transporte, meio ambiente, etc. No início dos anos 80 há a tentativa, por parte do Estado, de cooptar esses movimentos associativos por meio da criação das Administrações Regionais e da neutralização dos espaços de negociação. Observa-se, assim, “a tendência de burocratização do movimento” nesse período. Essa quarta fase, no caso das favelas, é caracterizada pela ofensiva dos traficantes, que tomaram conta das AMs. (Boschi, 1987)

Quanto ao aspecto da autonomia das associações de moradores diante do Estado identifica-se uma origem controlada e atada aos objetivos de controle social do Estado sobre a sociedade, ou seja, esse requisito substancial da autonomia acompanhou as formas de participação nas diferentes conjunturas. Deve-se, portanto, reconhecer que a sociedade brasileira esteja ainda passando por um amadurecimento democrático, mais acentuado no campo da saúde com a disseminação dos Conselhos de Saúde em todo o país.

b) As organizações federativas de associações de moradores

As federações têm como objetivo congrega todas as AMs em torno de uma luta conjunta (unidade do movimento) com participação em todas as questões que envolvem a vida na cidade.

Há no Estado do Rio de Janeiro quatro principais Federações de Associações de Moradores: duas representando as associações de moradores e de favelas, respectivamente, do Estado (Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro – FAMERJ e Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro – FAFERJ); e duas representando o Município do Rio de Janeiro (Federação Municipal das Associações de Moradores do Rio de Janeiro – FAM-RIO e Federação Municipal das Associações de Favelas do Rio de Janeiro – FAF-RIO), sendo estas últimas mais recentes. No âmbito nacional formou-se a Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. A importância das federações estaduais e municipais (FAMERJ, FAFERJ, FAM-Rio e FAF-Rio) é singular, e essa foi uma descoberta no decorrer da pesquisa.

Segundo Boschi (1987), havia no Brasil cerca de oito mil associações comunitárias no início da década de 1980. Na cidade do Rio de Janeiro existiam 200 associações que representavam 100 mil afiliados. Inicialmente, quando foi criada a FAMERJ, em 1978, havia 10 associações a ela afiliadas; cinco anos depois, esse número cresceu para 106 associações.

Conforme informações do *Boletim FAMERJ* (2001), em 2001, portanto após 24 anos de existência havia 2.380 associações de moradores filiadas à federação, mas também a 40 federações municipais no Estado do Rio de Janeiro e presentes nos Conselhos Regionais (FAM-Rio) da capital. Estima-se que o número de líderes comunitários chegue a 30 mil. Pode-se inferir que a organização sob a forma de federações tenha induzido à formação de novas associações.

Quanto à FAFERJ, ampliou-se também o número de associados, e congrega atualmente 1.000 associações, enquanto no início da década de 1980 havia apenas 350, segundo declarações de seu presidente. A FAFERJ realizou em 1967 seu I Congresso de Favelas do Rio de Janeiro.

Na atualidade podem ser observados não só a complexidade e a densidade de suas questões, como também conflitos e divisões entre a FAMERJ e a FAM-Rio. Apesar

disso, a saúde da população é uma das preocupações dessas federações, que buscam interferir na formulação, execução e no controle da política de saúde, reconhecendo sua necessária articulação com as demais políticas de habitação, emprego, etc., segundo informações constantes em seus boletins. (*Boletim FAMERJ*, 2001)

A FAM-Rio é filiada à FAMERJ (federação estadual), conta com 100 afiliadas e está organizada em uma Federação Central e em 10 Conselhos Regionais, de acordo com o documento oficial da instituição, fornecido em 2001.

O mesmo ocorre com as associações de favelas cuja federação municipal está filiada à estadual. Há poucos dados referentes a essas federações municipais, principalmente em relação à FAM-Rio, uma vez que esteve desativada por um período, em consequência dos conflitos com a FAMERJ. Essa é lacuna que poderá ser sanada por outros estudos.

De acordo com diários de campo desta pesquisa (2001), em 2001 foi realizada a II Conferência Municipal da FAM-Rio, sendo reeleita a diretoria devido ao empate surgido na eleição. Nessa entidade identificaram-se as seguintes siglas partidárias: PT, PSDB, PCB, PCdoB, PSB, PDT. Importante destacar que nessa Conferência ficaram bastante claras as disputas entre grupos partidários enquanto se evidenciou o apelo freqüente dos delegados para que houvesse unidade no movimento.

c) Princípios de ação das AMs no Estado do Rio de Janeiro

As informações dos próximos itens foram extraídas dos Boletins e do estatuto da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro – FAMERJ, com o objetivo de verificar como se organizam as AMs do Estado do Rio de Janeiro.

Segundo o estatuto, as associações de moradores organizam-se com o objetivo de buscar a melhoria das condições de vida de sua comunidade e seu bairro, e seus interesses e compromissos giram em torno das questões sociais apresentadas à coletividade, consequências do modo de vida urbano. A solução desses impasses dependerá de um movimento comunitário coeso e consciente do caráter coletivo das demandas para o enfrentamento dos problemas desencadeados pelas rápidas e dinâmicas transformações, tanto nas oportunidades de trabalho quanto na geografia e funcionamento dos equipamentos urbanos.

As consequências dessas mudanças nos grandes centros urbanos, para cerca de

30% da população, são: problemas de saúde (como estresse, aumento da violência, etc.), sistema de transporte precário, desemprego, péssimas condições de saneamento básico gerado pelo crescimento desordenado e falta de investimentos em infra-estrutura e planejamento urbano. (*Boletim FAMERJ*, 2000)

No estatuto social da FAMERJ apresentam-se os objetivos do movimento comunitário:

a) lutar por melhores condições de vida para toda a população do bairro, incentivando os seus moradores a participarem de suas iniciativas, e promovendo o fortalecimento do espírito comunitário, estimulando as atividades cívicas, culturais e esportivas; b) buscar junto às autoridades, a realização de todos os melhoramentos assegurados em lei, nos aspectos social, urbano, econômico e recreativo; c) servir aos interesses da coletividade, sem quaisquer fins lucrativos, buscando apenas o necessário à sua subsistência; d) lutar pela união dos bairros que enfrentem problemas iguais, aumentando a sua força, contribuindo para a solução dos problemas de todo o município; e) apoiar todo o movimento popular que lute por melhores condições de vida e de trabalho; f) representar a comunidade perante todas as esferas de governo. (Boletim FAMERJ, 2000)

As áreas de atuação das AMs são diversas e abrangem desde o enfrentamento cotidiano dos problemas comunitários àqueles que envolvem a cidade e o país. Assim, destacam-se

o estímulo à participação de toda a comunidade; a ação nas arenas públicas em defesa dos direitos já adquiridos; o trabalho comunitário; uma visão global dos problemas da cidade a serem enfrentados por todos os bairros; a união com outros movimentos populares; e a representação dos interesses de seus associados junto aos órgãos de governo. Em resumo, os objetivos das AM são: reivindicar, negociar, conscientizar e colocar o povo na rua. (Idem)

Quanto às atividades desenvolvidas nas comunidades, registram-se

a formação profissional, instalação de creches, escolas e postos de saúde, organização de trabalhos de mutirão, participação em conselhos comunitários, tais como de saúde, educação, assistência social e etc.; emissão de declarações de residência para o INSS e para a CEDAE etc. (Idem, 2000)

Esses objetivos podem ser comparados com aqueles que caracterizaram o associativismo de vizinhança na década de 1960, fortemente controlado pelo Estado por intermédio do SERPHA (Serviço Especial de Recuperação das Favelas e Habitações Anti-Higiênicas).

Segundo Paiva (2000), o SERPHA era dirigido pelo sociólogo Arthur Rios e

objetivava a utilização das associações de moradores como intermediárias, num processo comandado pelo Estado e que tardiamente veio subsumir-se ao modelo da operação mutirão em 1981, por exigência do Projeto Rio que tinha como objetivo promover o desenvolvimento de políticas públicas de saúde na área da Maré e adjacências.

Ainda de acordo com Paiva (2000), nos anos 60 estabeleceu-se um acordo entre o Estado e as associações de moradores, segundo o qual

o Estado não queria apenas ajudar, mas principalmente ser ajudado, repassando funções suas e o enfrentamento dos problemas locais às AM e, principalmente, às comunidades marginalizadas: pobres e ocupando terrenos ilegalmente. (Paiva, 2000: 52)

De acordo com essa autora, diferentemente desses papéis desempenhados pelas atuais AMs, aquelas deveriam

1 – solicitar do Estado competente e agências federais o melhoramento dos serviços públicos; 2 – assistir seus membros usando os recursos disponíveis; 3 – atuar como um elo entre a agência oficial e a comunidade local, ajudando esta a resolver seus problemas como uma comunidade; 4 – promover atividades sociais, tais como a recreação das famílias; 5 – manter a ordem, a segurança e a tranqüilidade das famílias; 6 – promover, quando possível, atividades culturais como palestras e encontros; 7 – impedir a exploração dos favelados sob qualquer forma, especialmente em relação ao aluguel de barracos e ao fornecimento de eletricidade. (Paiva, 2000: 52)

Distante de uma perspectiva do direito, essas AMs assistiam ao Estado pela proximidade com os moradores e visavam manter a ordem. Nesse período, seu papel estava vinculado às necessidades dos órgãos de governo, além de não haver arenas para a participação conjunta dessas e outras entidades da sociedade civil. Cada bairro ou favela devia resolver seus problemas isoladamente, e a AM era apenas um elo entre a comunidade e o Estado, e não ator político capaz de influir nas decisões públicas, ou seja, exercia uma representação passiva resultante de uma demanda às avessas, ilegítima. Ao repassar funções para outra instância, as AMs eram apenas instrumentos de consentimento e execução, sem possibilidade de deflagrar novos processos para a modificação das políticas de governo em benefício das comunidades. Em 1960 foram criadas as Administrações

Regionais (governador Lacerda) absorvendo papéis antes atribuídos às AMs. (Paiva, 2001)

c.1 – Relações das AMs com o Poder Executivo

Na relação com o Executivo essas associações tendem a atuar com autonomia para preservar o direito conquistado de deliberar nos diversos fóruns e impedir que a iniciativa governamental crie mecanismos paralelos para desarticular o movimento comunitário. O boletim mostra a resposta dessas associações diante da proposta do então governador Garotinho, em 2001, de constituição de conselhos populares, justificando que,

antes e durante o período constituinte, lutamos muito para a criação de conselhos constituídos através de leis, tais como o Conselho de Saúde, o Conselho da Criança e do Adolescente, o Conselho de Educação etc. (...) o verdadeiro espaço do militante do movimento comunitário é a sua Associação e é lá que ele constrói sua liderança, através da sua representação perante a comunidade, discutindo e levando às autoridades competentes as suas reivindicações (...) não precisamos deste 'Conselho Popular' de gabinete, que servirá apenas para eleger os deputados do governador. (Boletim FAMERJ, abril/maio,2001).

A análise conjuntural de determinado momento histórico que relaciona os diversos problemas quotidianos às políticas sociais, e estes ao desenvolvimento econômico, à distribuição de riquezas e às condições de vida atuais, está presente nos meios de comunicação específicos dessas associações, como se segue:

um crescimento econômico necessariamente deve estar ligado à melhoria de qualidade de vida da população e a saúde está intimamente ligada ao aumento do emprego, salários, renda, a uma política de habitação, educação, segurança, a reforma urbana e agrária. Enfim, a um projeto nacional de desenvolvimento onde diminuam as desigualdades sociais, ao contrário da situação atual do Brasil, onde os mais pobres ficam com 2,5% da renda nacional enquanto que 20% dos mais ricos ficam com 63,4%. Atualmente existem 26 milhões de brasileiros, ou seja, 15,8% da população, sem as condições mínimas de saúde, educação e serviços básicos, levando o país a atingir o rebaixamento do 62º para 74º lugar na posição mundial de 164 países em relação ao índice de desenvolvimento humano. (Boletim FAMERJ, abril/maio, 2001)

Ainda de acordo com esse boletim, as preocupações das associações de moradores são amplas e complexas, e devem enfrentar as questões setoriais em conjunto, pois crêem que os problemas de saúde da população dos grandes centros urbanos estão diretamente relacionados a outros fatores associados à vida na cidade. E isso reflete o texto constitucional de 1988 em sua nova visão do processo saúde/doença, encarando a saúde como o resultado de melhores condições de vida e trabalho por meio da articulação entre as diferentes políticas setoriais e favorecendo a coletividade com a

garantia de direitos universais.

Nota-se nesses documentos da FAMERJ a leitura reflexiva e crítica da conjuntura do país, assim como de seus rebatimentos no cotidiano da população na cidade do Rio de Janeiro, identificando as possíveis soluções mediante uma concepção de saúde ampliada, socialmente determinada, o que aponta para a importância destas federações na politização de seus membros e para a relevância de seu papel na representação dos usuários nos CSs.

c.2 – As recentes exigências para a atuação das AMs e das demais associações de usuários nos Conselhos de Saúde do Município do Rio de Janeiro

A principal reivindicação dos representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde resume-se em exigir o cumprimento da Constituição de 1988 e ampliar políticas de acesso e garantia de atendimento integral com equidade para todos os brasileiros, além do exercício pleno do controle social pelos usuários dos serviços públicos de saúde mediante a paridade na representação, de acordo com as indicações da Lei 8.142/90, que regulamentou a participação nos Conselhos de Saúde.

Quanto à participação dessas associações nos diversos fóruns, argumenta-se:

... só com a participação de todos os segmentos da sociedade nos colegiados que compõem o controle social do SUS (Conselho Gestor, Conselhos Distritais, Conselhos Municipais e Estaduais) poderemos mudar este panorama de crescente redução do Estado na promoção de políticas públicas no setor saúde e demais setores. Acrescenta-se ainda a necessidade imperiosa da participação de todos os cidadãos, entidades representativas, parlamentares, dirigentes e outros setores na construção de uma ampla frente de oposição democrática e popular, onde se elabore uma agenda política em defesa do Brasil, da democracia, do trabalho e em nosso campo de um Sistema Único de Saúde Integral, universal e igualitário. (Boletim FAMERJ, 2001: 8)

Há nessas citações o conhecimento e o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde. Ideologicamente, a Federação das Associações de Moradores e a Federação Municipal, por esses meios de comunicação escritos, informam uma participação pelo enfrentamento e embate ao Estado, semelhante àquela dos anos 70, com tendências de absorção das novas formas de participação inauguradas nos anos 80.

Os principais critérios para a representação do segmento dos usuários nos Conselhos de Saúde no Município do Rio de Janeiro constam da Resolução SMS nº 780

de maio de 2001, com base nas Leis Federais 8.142/90 e 8.080/90, nas Leis Municipais 1.746/91 e 2.011/93 e também na Resolução 33/92. São eles:

I – cópia de estatuto em vigor, devidamente registrado em cartório de pessoa jurídica, no qual deve constar que a entidade: a) desenvolva atividades voltadas para defesa da cidadania e/ou da saúde; b) seja sem fins lucrativos; c) não tenha vinculação político-partidária; d) não distribua lucros, bem como não remunere os membros de sua diretoria.

II – exemplar da ata em que aprovou o estatuto e a sua diretoria;

III – ata da eleição, acompanhada da folha de registro de presença na Assembléia designada para este fim;

IV – registro no Cartório Civil de Pessoas Jurídicas;

V – cópia do cartão de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda atualizado;

VI – plano de trabalho do ano em curso.

VII – tempo mínimo de 02 (dois) anos de existência jurídica;

VIII – relatório de atividades do ano anterior, incluindo a participação em congressos, jornadas, seminários e outros eventos (relacionar);

IX – requerimento do presidente da entidade solicitando o credenciamento da mesma e para participar do processo de escolha dos membros para composição dos Conselhos de Saúde;

X – atestado fornecido pela Administração Regional, equivalente do Conselho de Saúde da respectiva AP, afirmando que a entidade encontra-se em pleno e regular gozo de seu funcionamento, cumprindo suas finalidades estatutárias. (Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 780, de 3 de maio de 2001)

Essa resolução institui normas para a inclusão das organizações da sociedade civil na representação dos usuários nos COMSs e CODSS. Esse foi o dispositivo elaborado pela gerência técnica²⁷ do Conselho Municipal de Saúde, referendada em plenária e publicada na gestão do secretário de Saúde Sérgio Arouca, com vistas a selecionar e disciplinar as associações e demais movimentos sociais, antecipando-se às Conferências Distritais e Municipal de saúde que ocorreriam no período de maio a setembro de 2001, segundo consta no referido documento.

²⁷ A gerência técnica oferece suporte técnico-administrativo ao Conselho Municipal de Saúde e é constituído por servidores públicos. (Wagner – gerência técnica, 2004)

No mesmo ano pôde-se assistir à exoneração do secretário Sérgio Arouca,²⁸ ator fundamental do movimento de Reforma Sanitária nos anos 80, e sua substituição pelo atual secretário, Ronaldo César Coelho.

Quanto à resolução, um dos entrevistados argumentou:

É de notório saber que a título de preservar os interesses da sociedade, defendê-la contra os aventureiros, os exploradores, enfim contra todo o tipo de predador social, o Estado se considera a fonte exclusiva e capaz de portar o saber, o conhecimento e o direito de regulamentar as relações entre as pessoas, físicas ou jurídicas, sob a tradicional visão de que tudo sabe e de que tudo podem fazer em proveito do bem-estar social. A Secretaria Municipal de Saúde – SMS na mesma linha de pensamento edita a resolução em referência direcionada apenas às entidades representativas dos usuários, deixando a impressão de que as entidades representativas dos gestores e profissionais de saúde estão imunes a ação dos predadores. (presidente e representante de usuários, extraído do Relatório do CODS para a Conferência Distrital de 2001)

O representante do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas integrou a mesa de abertura da II Conferência Municipal da FAM-Rio e, nessa oportunidade, destacou que:

Com o registro, o movimento passa ser vertebral, pois os direitos passam a ser efetivados, mobilizam-se pessoas, recursos, etc. Existem muitas organizações de papel, ocasionais com quatro, cinco ou dez pessoas se auto-elegendo, e, passadas as eleições, nada mais é feito. Estamos em uma nova fase no Brasil, e o movimento passa a ter um compromisso de organização: de passivos a ativos. Sugiro uma ata simples e um estatuto enxuto.

A importância dessa discussão reside na polêmica criada em torno da institucionalização. A Resolução, aparentemente, representa uma tentativa de valorizar as Mas, que já possuem uma história de participação e que, em tese, seriam mais sólidas e capazes de defender os interesses dos usuários. As exigências, segundo o representante do cartório, procuram normatizar a participação das entidades com a finalidade de impedir a participação de entidades de fachada ou aquelas voltadas para o lucro. Essa resolução, porém, não soluciona o problema que reside na amplitude da categoria usuário. Nota-se que não há, por parte do executivo, nesse caso, a abertura ao diálogo, uma vez que os representantes de usuários reivindicam algo e recebem uma forma de regulação elaborada unilateralmente.

Por outro lado, os presidentes das AMs questionam a exigência e expõem as dificuldades postas afirmando que essas mudanças “encarecem e impedem o

²⁸ Sérgio Arouca permaneceu como secretário no período de janeiro a junho de 2001. Foi exonerado e assumiu Ronaldo César Coelho, ainda secretário em 2004.

funcionamento da AM. A exigência do CNPJ obriga a AM a ter registro fiscal e contábil, e isto complica”. Além disso, consideram que a resolução restringiu a participação da sociedade civil.

Os entrevistados revelaram ainda ter enfrentado grandes dificuldades para cumprir as exigências e afirmaram discordar da resolução. Propõem a simplificação dos critérios de participação das entidades, só com a exigência de estatuto e registro civil de pessoa jurídica. Para eles, “as restrições são absurdas, pois exigem também que as associações tenham mais de dois anos de formadas e um plano de atividades”, o que é complicado, pois “não podem planejar, já que as coisas podem acontecer inesperadamente, e não conseguem planejar em cima disto”. (opiniões dos entrevistados)

Sobre a normatização dos Conselhos de Saúde, Sposati & Lobo (1992), em outro momento e com um olhar abrangente a respeito da temática da participação, advertem que

o movimento social não deve se transformar em uma ‘personalidade jurídica’, sob pena de se reduzir sua particularidade e sua capacidade de interlocução a mais uma das ‘entidades ou organizações sociais’. É próprio do movimento a sua capacidade ‘instituinte’. Todavia, o Conselho de Saúde, que não é, nem pode ser, o movimento, ainda que deva com ele manter uma relação orgânica, necessita ser institucionalizado a fim de constituir “uma regularidade” no fluxo decisório da instituição” (...) o grande risco nesta nova institucionalidade é o de se transformar em mais uma burocracia. (Sposati & Lobo, 1992: 375)

Essas questões serão mais bem visualizadas nos capítulos quatro e cinco, em que serão apresentados os resultados da pesquisa realizada com uma amostra das associações de moradores representadas nos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Capítulo 4 – A participação das associações de moradores nos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro

No Estado do Rio de Janeiro, quase todos os municípios têm CSs em pleno funcionamento. No Município do Rio de Janeiro, além do Conselho Municipal, existem 10 áreas de planejamento,²⁹ cada uma correspondendo a um distrito sanitário.³⁰

Os 10 conselhos distritais possuem representação no COMS e desempenham papéis semelhantes, quais sejam: “visitas de fiscalização às unidades de saúde integrantes do SUS, emissão de pareceres sobre projetos de lei, acompanhar a execução da política municipal de saúde e analisar os pedidos de credenciamento junto ao SUS formulados pela unidades prestadoras de serviços de saúde, assumir posições políticas em defesa da saúde da população”. (SMS-RJ, 1999) Os distritos sanitários e os Conselhos Distritais de Saúde foram criados em 1993 (Lei n. 2.011, de 31 de agosto de 1993, modificada pela Lei n. 2.289, de 09 de janeiro de 1995), respeitando a divisão administrativa em áreas de planejamento (AP).

Fica instituído em cada Distrito de Saúde um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência. Os integrantes desses conselhos são eleitos nas Conferências Distritais de Saúde para cumprirem mandatos de dois anos. A sua composição também é paritária.

A divisão em distritos sanitários consiste em “processos sociais de mudanças das práticas sanitárias no SUS”.³¹ (Mendes, 1999: 159) Mendes (1999) constatou que a implementação desses conselhos distritais “vem se desenvolvendo na prática (...) como espaço geográfico, populacional e administrativo na perspectiva de eficiência e produtividade”. (Mendes, 1999: 161) No caso do Município do Rio de Janeiro foi a estrutura topográfico-burocrática existente que determinou a formação dos CODSS, acarretando problemas para a discussão e planejamento da saúde no município, haja vista a distribuição espacial das unidades de saúde pelas áreas programáticas, com a

²⁹ A Região Metropolitana do Rio de Janeiro possui 19 municípios com 14,36 milhões de habitantes, a população do município do Rio de Janeiro é de 5,850 milhões de habitantes. (IBGE, Censo 2000)

³⁰ As áreas de planejamento sanitário são 10: 1.0 (Centro); 2.1 (Botafogo); 2.2 (Tijuca); 3.1 (Manguinhos); 3.2 (Méier); 3.3 (Irajá); 4.0 (Praça Seca); 5.1 (Bangu); 5.2 (Campo Grande); 5.3 (Santa Cruz).

³¹ Conceitos-chave: território (dinâmico), problema (sob a perspectiva dos sujeitos e realização de direitos substanciais X formais), prática sanitária (processos de trabalho) e processo de trabalho em saúde (objeto – processo saúde-doença nas dimensões individual e coletiva), considerados em seu conjunto e não isoladamente. (Mendes, 1999: 166)

Zona Sul concentrando os equipamentos públicos e baixa densidade na relação oferta de serviços/população atendida, ao contrário da Zona Oeste.

O Conselho Municipal de Saúde (COMS) do Rio de Janeiro foi criado em 1991 pela Lei n. 1.746, de 23 de julho, que acompanha os dispositivos da Lei nº 8.142/90. Possui 34 membros e o mesmo número de suplentes, com mandato de dois anos. O presidente do Conselho é o secretário de Saúde. O COMS se reúne na Secretaria Municipal de Saúde, que também lhe presta assessoria técnica. Possui, ainda, uma comissão executiva e nove comissões temáticas. A primeira, com quatro membros, tem o papel de “viabilizar as decisões oriundas das reuniões plenárias”. (SMS-RJ, 1999) As demais elaboram estratégias e operacionalizam decisões sobre temas específicos: Recursos Humanos; Saúde do Trabalhador; Atenção aos Portadores de Deficiência e Doenças Crônicas; Saúde da Mulher; Financiamento e Orçamento; Saúde Mental; Acompanhamento e Recuperação da Rede Pública; Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde do Idoso.

A XI Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social” ocorreu em 2000.³² Os delegados que dela participaram indicaram a necessidade de padronizar os Regimentos Internos dos Conselhos neles, incluindo: a elaboração obrigatória de uma agenda mínima anual e a possibilidade de parceria com organizações não governamentais, instituições de ensino públicas e privadas e outros órgãos técnicos governamentais (o Tribunal de Contas entre eles) para garantir a formação/capacitação de conselheiros e as atividades de assessoria e fiscalização conjunta das ações de gerência e regulação do SUS.

A estratégia de pesquisa e a eleição das variáveis de análise

O estudo priorizou os Conselhos Distritais de Saúde principalmente pela extensão e heterogeneidade do Município do Rio de Janeiro, visando estabelecer um perfil mais abrangente da representação.

³² A Conferência Nacional de Saúde é precedida pelas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde. No período de 10 anos, de 1991 a 2001, foram realizadas seis conferências municipais de saúde no Rio de Janeiro, que tiveram como temas centrais: a municipalização; a elaboração de um modelo de assistência à saúde para a cidade, com controle social; a construção efetiva do SUS municipal; a consolidação do SUS no Rio de Janeiro; a integração plena dos serviços de saúde do SUS; e, em 2001, ocorreu a VI Conferência Municipal com o tema “Fazendo o SUS pra valer”.

Como demonstra o Quadro 3, o número de participantes nos CODSS é também bastante elevado, com média de 62 membros. Nesse sentido, a investigação sobre a participação nos CODSS e não no Conselho Municipal de Saúde (COMS) foi opção pela maior proximidade com a diversidade da representação no município.

AP	Dados populacionais				Composição dos CODSS					
	n (hab)	Área - km ²	NB	Região (zonas)	NC	USU			Profs	Prests
						Total	AM	%		
1.0	270.088	36	15	Centro	59	25 (42,3%)	12	48	21	13
2.1	634.843	43	18	Sul	38	9 (23,7%)	07	77,8	9	17
2.2	349.532	56	07	Norte	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3.1	617.991	86	28	Norte	118	58 (49,1%)	42	72,4	29	30
3.2	541.892	44	23	Norte	65	28 (43 %)	21	75	16	16
3.3	1.118.427	78	28	Norte	47	24 (51%)	18	75	7	16
4.0	608.980	304	19	Oeste	55	26 (47,2%)	18	69,2	14	13
5.1	632.566	323	9	Oeste	49	24 (49 %)	21	87,5	12	13
5.2	525.342	122	8	Oeste	57	25 (43 %)	13	52	13	18
5.3	291.871	164	3	Oeste	72	29 (40,3%)	20	68,9	18	17
	5.591.532	1.256	158	-	560	248	172	69,3	139	153

Fonte: SMS-RJ/1999. *Guia de Saúde da cidade do Rio de Janeiro*.³³

Legendas: AP – áreas de planejamento; NB – número de bairros da AP; NC – número de conselheiros; USU – número de conselheiros usuários; Profs – número de conselheiros profissionais de saúde; Prests – número de conselheiros prestadores de serviço.

Como podemos verificar no Quadro 3, a AP 5.1 possui o maior número de AMs nos CODSS. Entre os representantes de usuários, as AMs correspondem a 87,5% da representação. Excetuando-se a AP 1.0, todas as demais áreas possuem acima de 52% das AMs na representação dos usuários. Quanto à paridade, pode-se observar que só foi respeitada em uma das áreas, a AP 3.3, com 51% dos conselheiros representando os usuários. Observa-se na AP 2.1 o pólo oposto, com 23,7% de representação dos usuários, que, nas demais áreas, se aproxima dos 50% determinados pela Resolução 33.

Quanto à proporção de conselheiros/habitantes, observou-se o alto número de habitantes por conselheiro, principalmente, nas APs 3.3 e 2.1, que são as duas áreas polares em relação à paridade. E mesmo nas demais áreas conclui-se que o número de conselheiros é muito baixo em relação ao número de pessoas que representam. Quanto a esse aspecto não há qualquer referência na legislação.

No Quadro 4, tem-se um resumo da representação das diversas associações civis nos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro na gestão 2001-2003,

³³ Reelaboração do quadro a partir do documento da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro – Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 1999 e dados fornecidos pelo COMS/RJ referente à composição dos CODSS – gestão 2001/2003.

com destaque para a maioria de associações de moradores, correspondendo a 70% do total de associações de usuários nos CSs.

Associações	N. de entidades	%
AM	173	70
AP	22	9
RL	13	5
SD	15	6
OT	25	10
TOTAL	248	100

Fonte: COMS /SMS – RJ.³⁴

Legendas: AM – associações de moradores; AP – associações de portadores de patologias; RL – religião; SD – sindicatos; OT – outros.

Foram aplicados 35 questionários aos presidentes ou vice-presidentes das AMs (alguns sendo ao mesmo tempo representantes de usuários nos CSs) e aos representantes de usuários nos CODSS. Isso implica considerar que, em alguns casos, os respondentes estariam avaliando a própria atuação enquanto representantes. Dos questionários aplicados 17 o foram exclusivamente aos presidentes das AMs. Outros 18, com perguntas abertas e fechadas, foram aplicados aos representantes de usuários nos CODSS e se referiam ao perfil do representante das AMs, tema principal da pesquisa estratégica “A qualidade da representação dos usuários”, cujos dados foram analisados pela professora coordenadora do projeto; por suas orientações, também definimos que algumas questões abertas dos 18 questionários referentes à pesquisa estratégica complementariam os achados nos aspectos relativos às AMs e, portanto, foram utilizadas para a construção do perfil das AMs representadas nos Conselhos de Saúde e do representante neste estudo.

Para fins da leitura e análise dos dados, depois de aplicados os questionários, organizaram-se blocos de temas, que se referem às categorias e variáveis de estudo, definidas de acordo com os objetivos da pesquisa, como segue abaixo. Do questionário aplicado aos representantes dos usuários aproveitaram-se apenas três blocos de questões.

³⁴ Elaboração do quadro a partir dos dados coletados na SMS/RJ. Gestão 2001-2003.

Questionário 1 – Entrevistas realizadas com os presidentes das AMs

Quadro 5 – Perfil das associações moradores – categorias e variáveis	
Categorias	Variáveis
Caracterização das AMs pesquisadas	Período de criação Vínculo com federações e confederações População e área programática de atuação Número de afiliados Número de afiliados atuantes Número de membros da diretoria; Forma de eleição do presidente Temas importantes para a AM Periodicidade das reuniões Meios utilizados para convocar a comunidade às reuniões
Principais temas da saúde pública	Saneamento básico Saúde Como estão sendo enfrentados esses problemas?
A participação social das AMs nos fóruns da saúde	Representação das AMs nos CSs Participação das AMs nas conferências Grau de interesse das Mas pelas decisões do CS Acompanhamento das decisões do CS Conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS
Relações entre a AM e seu representante nos CSs	Trocas de informações entre a AM e o representante Como é eleito o representante da AM para os CSs Influência de outras entidades na escolha do representante Acompanhamento do trabalho do representante pela AM Fatores que influem na escolha do representante Papel ideal da AM para que seu representante tenha uma boa atuação Principais atributos do representante da AM no CS
Perfil do representante da AM no CODS	Faixa etária Sexo Situação trabalhista Grau de instrução Outras formas de articulação com partidos políticos, gestores públicos e demais entidades da sociedade civil Sua popularidade na comunidade Meios de comunicação com a AM que representa
Capacitação dos representantes	Relevância dessas iniciativas para os presidentes das Mas Principais temas de difícil compreensão para os representantes
Orientação das federações /confederação para atuar nos CSs	Frequência das orientações Orientações de outras entidades
Opiniões do entrevistado	Participação efetiva dos associados nas AMs Características que qualificam o representante para a representação nos CSs Participação dos associados nas atividades da AM Avaliação da atuação dos representantes das AMs nos CSs

Fonte: Elaborado a partir do questionário aplicado aos presidentes das AMs. Anexo I.

Questionário 2 – Entrevistas realizadas com os representantes das AMs nos Css

Quadro 6 - Perfil da atuação dos representantes das AMs nos CSs – categorias e variáveis

Categorias	Variáveis
As relações entre o representante e os presidentes /diretoria da AM	Articulações do representante com a AM Instruções da AM ao seu representante nos CSs Capacitação do representante pela AM
As relações entre os representantes e seus representados	Demandas da população expressas nos CSs Comunicação das decisões do CS Acompanhamento das resoluções do CS pelas AMs Realização de trabalhos junto à comunidade Participação da comunidade na AM Principais problemas sociais da comunidade Formas de enfrentamento dos problemas sociais da comunidade Medidas necessárias para uma melhor atuação do representante no CS Mecanismos de estímulos à participação dos conselheiros
As associações de moradores	Características relevantes dos representantes Frequência das reuniões da AM Assuntos mais discutidos nas reuniões Importância do tema saúde para a AM Filiação às federações /confederação Principais aspectos da saúde destacados pela AM Influência da política partidária na AM

Fonte: Elaboração a partir do questionário aplicado aos conselheiros representantes das AMs nos CSs.

Anexo II.

Caracterização das AMs pesquisadas

Este bloco buscou caracterizar as AMs a partir das variáveis período de criação, vínculo com federações e confederações; população e área programática de atuação; número de afiliados; número de afiliados atuantes; número de membros da diretoria; forma de eleição do presidente; temas importantes para a AM; periodicidade das reuniões; meios utilizados para convocar a comunidade às reuniões.

Período de criação das AMs

Observa-se no Quadro 7 que a maioria das AMs pesquisadas foi criada na década de 1980 (53%), período de redemocratização e intensa participação social no Brasil. Em seguida aparecem aquelas criadas na década de 1990 (29%), embora haja um declínio, retratando a conjuntura de baixa mobilização da sociedade, o que é um dado significativo na medida em que mostra a continuidade do processo de organização social em torno das AMs.

As AMs da década de 1970 representam 18% do universo pesquisado e também retratam a conjuntura ditatorial pouco ou nada permeável às demandas de grupos sociais, e, portanto, podem ser consideradas a vanguarda dos movimentos de moradores.

Década de surgimento	Número de AM	%
1970	3	18
1980	9	53
1990	5	29
Total	17	100

Fonte: Labra, 2003.

Vinculação às federações e confederação

A maioria das AMs pesquisadas está filiada a algum tipo de federação ou confederação, e destaca-se a maior participação na FAM-RIO, conforme mostra o Quadro 8. Essa filiação tem sua importância na medida em que reúne nos mesmos fóruns todas as AMs do Município e Estado do Rio de Janeiro visando, segundo entrevistado, à construção da unidade do movimento, ameaçada pela intervenção dos partidos políticos. Essa opinião do dirigente deve ser relativizada, uma vez que há discordância quanto a esse aspecto das AMs. As reflexões acerca das influências político-partidárias serão desenvolvidas no item sobre o perfil do representante, neste capítulo.

Vínculo	N	%
FAM-RIO	7	28
FAMERJ	5	20
FAFERJ	3	12
FAF-RIO	3	12
FAMERJ E FAM-RIO	2	8
OUTROS	3	12
NF	2	8

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.³⁵

População da área de atuação

No âmbito de atuação das AM observou-se grande número delas com uma população que varia entre 3 mil a 15 mil habitantes (29,4%), e 23,5% com 16 a 35 mil habitantes, conforme pode ser observado no gráfico 3. Porém, se deve levar em conta a alta porcentagem de questões não respondidas por falta de informação do entrevistado. O dado importa na medida em que mostra o desconhecimento de informações importantes do seu bairro por parte de presidentes e/ou representantes de usuários nos CODS, a exemplo da abrangência de sua atuação.

Gráfico 1 – Distribuição populacional nas áreas de abrangência da AM



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Área Programática de atuação

A AP 3.0 é a área mais representativa em nossa pesquisa, conforme a Tabela 5, com 35,3% e 5,9%, somando 41,2% das AMs do universo de pesquisa.

³⁵ Elaboração de quadros, tabelas e gráficos dos capítulos 4 e 5 desta dissertação a partir das entrevistas realizadas no contexto da pesquisa estratégica – PED, em 2001.

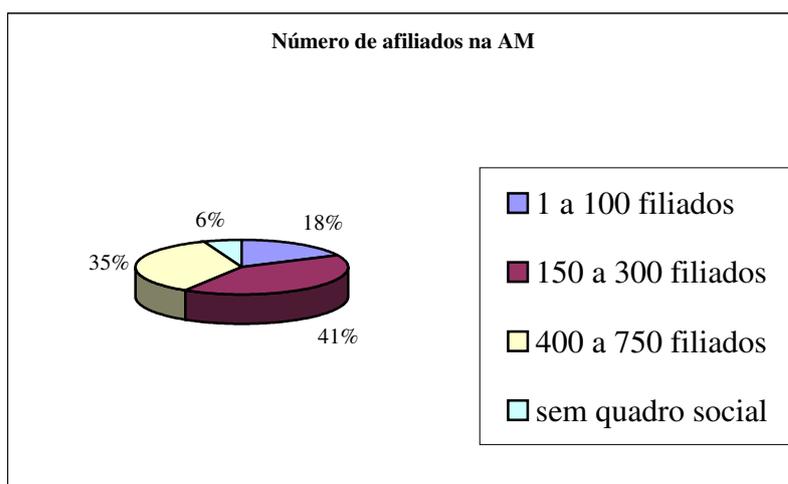
Tabela 5 – Distribuição das AMs por área geográfica		
Área programática	N	%
2.1 – Zona Sul	2	11,8
2.2 – Tijuca/Vila Isabel	2	11,8
3.2 – Grande Méier	1	5,9
3.3 – Irajá	6	35,3
4 – Jacarepaguá	2	11,8
5.1 – Bangu	2	11,8
5.2 – Campo Grande	2	11,8
Total	17	100

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Número de afiliados

Os dados numéricos permitem inferir que as AMs são representativas nas respectivas comunidades.

Gráfico 2 – Porcentagens de afiliados às AM

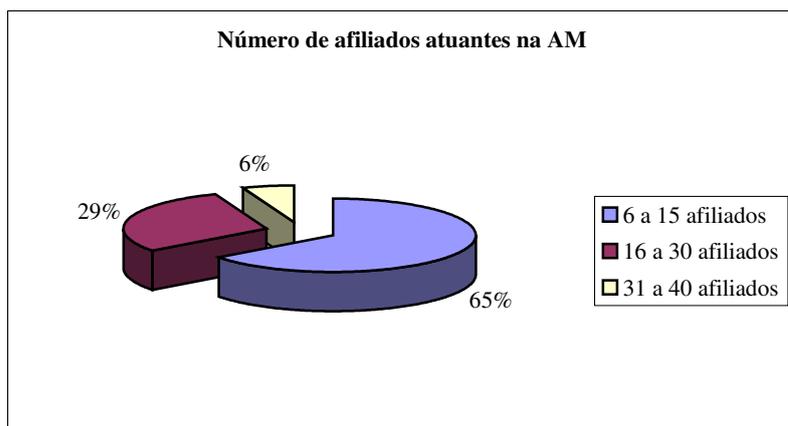


Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Número de afiliados atuantes

Quanto ao número de afiliados atuantes por AM, pode-se verificar no Gráfico 3 que 65% das AMs possuem de seis a quinze afiliados atuantes. Esses dados corresponderiam ao número de membros da diretoria, em muitos casos.

Gráfico 3 – Afiliados atuantes

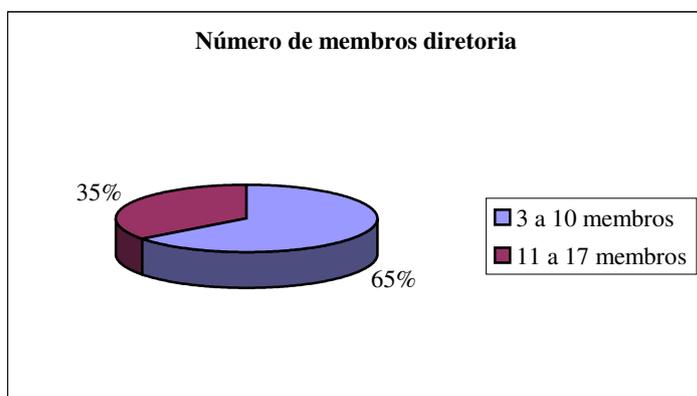


Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Número de membros da diretoria

Quanto ao número de diretores por AM, 65% das AMs possuem de três a 10 membros na diretoria, conforme se verifica no Gráfico 4. A variação da quantidade de diretores seria função do tamanho da comunidade ou do engajamento da própria comunidade junto às AMs.

Gráfico 4 – Número de membros da diretoria



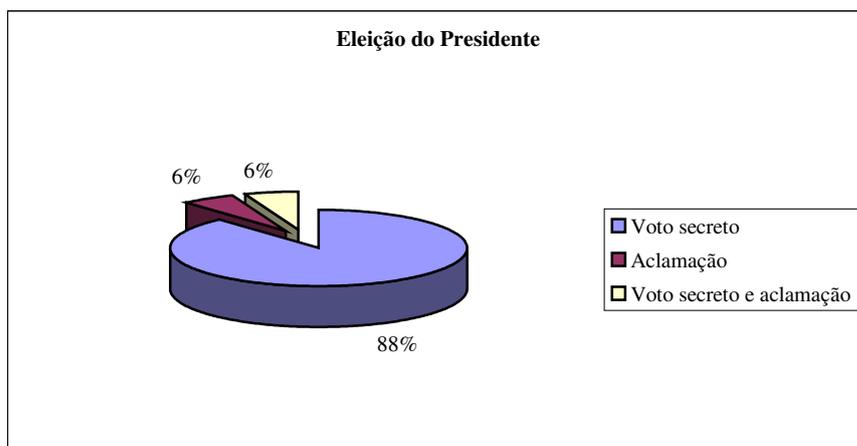
Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Forma de eleição do presidente

No que concerne à escolha de presidente, verificou-se que 88% das AMs escolhem seus presidentes por meio do voto secreto, conforme mostra o Gráfico 5. Não foi possível esclarecer durante as entrevistas quais eram os critérios de definição das formas voto secreto ou aclamações, uma vez que as duas eram utilizadas aleatoriamente.

Provavelmente há cláusulas relativas às formas de eleição nos estatutos, cujo acesso, entretanto foi restrito.

Gráfico 5 – Formas de eleição do Presidente



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Periodicidade das reuniões

Quanto à organização e ao funcionamento das AMs verificou-se que 47,1% delas realizam reuniões mensais. De acordo com os resultados obtidos a respeito desse item da pesquisa, constatáveis na Tabela 6, não parece haver critério único de periodicidade para a realização de reuniões das AMs entrevistadas, definida por seus estatutos e de acordo com as especificidades de cada grupo.

Frequência das reuniões	N	%
Mensal	8	47,1
Trimestral	3	17,6
Semestral	2	11,8
Semanal (diretoria)	-	-
mensal e trimestral	-	-
Quadrimestral	-	-
Seminários periódicos	-	-
Outros	4	23,5
Total	17	100

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Meios utilizados para convocar a comunidade às reuniões

Verificou-se que 64,7% das comunicações das AMs com suas comunidades são realizadas por meio da distribuição de panfletos, conforme registrado na Tabela 7.

Constatou-se também que as rádios comunitárias e os alto-falantes são meios de comunicação mais freqüentes nas comunidades de baixa renda (favelas) e, certamente, com mais alto grau de analfabetismo. As AMs das comunidades baixa renda são pontos de encontro dos moradores, bem como de recepção e distribuição das correspondências a eles enviadas.

Tabela 7 - Meios de comunicação das AM com a comunidade		
Meios	N	%
Panfleto	11	64,7
Alto-falante	6	35,3
Rádio comunitária	2	11,8
Boletim informativo	2	11,8
Cartazes e faixas	4	23,5
Correio	-	
Telefone	-	
Entrega domiciliar	-	
Boca-a-boca	-	
Outros	4	23,5

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Todas as AMs pesquisadas possuem estatuto (100%), cumprindo os critérios exigidos para a participação nos CSs apresentados no Capítulo 2 desta dissertação.

Principais temas da saúde pública

Saneamento básico

Quase todos os itens do saneamento ambiental são problemas comuns encontrados em todas as APs, assim como nas cidades brasileiras. No Quadro 9 pode-se observar um “equilíbrio” dos problemas com altas porcentagens para todos os itens, o que se reflete nas condições gerais de saúde de uma população, principalmente das crianças, que são mais suscetíveis às doenças nos primeiros anos de vida, destacando-se as doenças adquiridas pela falta de saneamento básico, como as diarreias, principal causa da mortalidade infantil no Brasil. Essa questão mereceria maior atenção das AMs, por se demandar ações de alto custo.

Quadro 9– Frequência dos problemas de saneamento básico		
Saneamento básico	N	%
Água Potável	10	58,8
Coleta de lixo	8	47,1
Ratos	11	64,7
Esgoto	13	76,5
Mosquitos	11	64,7
Bueiros entupidos	13	76,5
Valas negras	8	47,1
Enchentes	2	11,8
NR	1	5,9

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Saúde

No que concerne aos aspectos de destaque da saúde, verificou-se que 47% dos entrevistados consideram a promoção da saúde e o saneamento básico os prioritários a debater nas reuniões das AMs, conforme mostra o Quadro 10. Esse item é ilustrativo das maiores preocupações das AMs. Com menor frequência foram abordados outros temas: maternidade, laboratório, medicamentos, demora nos exames, ausência de serviços ambulatoriais, ausência de serviços especializados, municipalização, financiamento, PSF, agentes comunitários de saúde (PACS), atendimento médico, atendimento odontológico, atendimento no pronto socorro, problemas sociais, aumento de doenças, documentação de crianças, cuidado pessoal, alimentação, falta de profissionais, filas nos hospitais, falta de conhecimento do SUS pelos funcionários e número reduzido unidades de saúde em algumas áreas.

Quadro 10 – Aspectos relevantes da saúde para a AM		
Temas	N	%
Assistência médica	2	11,8
Cursos de capacitação	1	5,9
Participação comunitária	2	11,8
PSF	1	5,9
Promoção da saúde e saneamento básico	8	47

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Como estão sendo enfrentados estes problemas?

Quanto aos principais encaminhamentos (problemas de saúde e saneamento básico), verificou-se que 35,3% dos entrevistados encaminham para as autoridades públicas seus pedidos de resolução dos problemas, como indica o Quadro 11.

Essas evidências mostram que as AMs esperam que as providências relativas à resolução de seus problemas de saúde e saneamento básico venham dos órgãos competentes de governo, visto que se caracterizam como um direito dos cidadãos e dever do Estado. Entretanto, é impossível ignorar a realidade dos dados pesquisados: uma parcela ínfima dos entrevistados, considera os mutirões e as palestras um método possível para a resolução desses problemas. Esse tipo de encaminhamento é importantes em casos emergenciais, porém preocupa-nos sua aceitação passiva por parte das comunidades de baixa renda.

Quadro 11 – Formas de solução dos problemas de saúde e saneamento básico		
Tipos de encaminhamentos	N	%
Autoridades públicas	6	35,3
Participação no CODS	5	29,4
SMS	4	23,5
Posto de saúde	2	11,8
SES	–	0
Justiça	–	0
Mutirão e palestra na comunidade	–	0
Outros	3	17,6

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Os itens do saneamento ambiental são problemas comuns encontrados na totalidade de comunidades e bairros, e se agravam nas Zonas Oeste e Norte da cidade do Rio de Janeiro, que também apresentam maiores problemas sociais, sendo a Zona Oeste denominada “deserto sanitário”, pelo reduzido número de unidades de saúde proporcionalmente à área e ao número de habitantes, segundo informações da Comissão de Saúde da ALERJ, referida por um de seus membros na Conferência Distrital da AP 4, ocorrida em 2001.

A AM não tem como preocupação principal interferir nas questões de saúde porque seus objetivos são heterogêneos. Apesar disso, a saúde é considerada importante preocupação destas AM. Exemplo disso pode ser encontrado no estatuto da FAM-RIO,

art. 4, Capítulo I, que inclui em seus objetivos “assegurar aos associados o direito à saúde pública e gratuita de qualidade”. Embora não haja especialização ou profissionalização desse tipo de associação de bairros e comunidades de baixa renda em questões de saúde, deve-se considerar que as condições de saúde são resultantes de múltiplos fatores e, portanto, as AMs seriam legítimas representantes dos usuários, até mais do que as associações de portadores de patologias, na medida em que suas lutas são mais abrangentes e inclusivas, agregadoras das diferenças. Os portadores de patologias, por outro lado, lutam por ganhos específicos.

As associações de moradores apresentam diferenças importantes em relação à informatização e informação/pesquisa. Como exemplo, pode-se citar o fato relatado no diário de campo, de algumas AMs se anteciparem ao governo e demais segmentos nos CSs, com propostas embasadas por pesquisas de jornais no acompanhamento das notícias, diretamente das demandas dos associados, além do uso de correio eletrônico e existência de *sites* próprios na internet.

Observou-se, em alguns casos, seu funcionamento no domicílio do presidente, algumas mais propositivas e organizadas. As AMs pesquisadas são o retrato da ocupação do espaço urbano carioca com a convivência de comunidades de baixa renda e classes média e alta, demarcando a heterogeneidade da configuração da cidade do Rio de Janeiro, e determinado a este estudo.

Foi possível perceber níveis de organização diferenciados e influenciados por um conjunto integrado de fatores – nível educacional, financeiro, organizacional e político (visão e vontade).

A participação social das AMs nos Fóruns da Saúde

Este bloco buscou caracterizar a participação social das AMs nos CSs a partir das seguintes variáveis: representação nos CSs; participação nas conferências; formas de escolha do representante para as conferências; conhecimento pelas AMs das decisões do CS e controle de seu encaminhamento; e, por último, a compreensão do SUS pelos associados.

Representação das AMs nos CODS

Dezoito por cento das AMs integrantes do universo pesquisado não estavam representadas no respectivo CODS, embora o estivessem no COMS e CES. Os presidentes entrevistados foram indicados como lideranças em destaque, mas naquele

momento da pesquisa algumas entidades, ainda que representadas em outras gestões do CODS, não tiveram assento na gestão 2000/2001.

Participação das AMs nas Conferências de Saúde

Com relação à participação das AMs nas Conferências de Saúde, detectou-se que 94% dos entrevistados delas participam nos diversos níveis: distritais, municipal, estadual e nacional.

Os delegados são escolhidos no âmbito do CODSs, com direito a voz e voto. Os membros das AMs, bem como suas diretorias, participam apenas como observadores (direito apenas a voz), pois tanto as reuniões dos CODSs quanto as conferências são, em tese, abertas à participação dos cidadãos em geral. Algumas, a exemplo da conferência de saúde bucal, limitam o número de observadores.

Grau de interesse das AMs pelas decisões do CS

A pesquisa revelou que 88% das AMs têm conhecimento das decisões tomadas no CODS. Há várias formas de troca de informação apontadas pelos entrevistados: informes escritos (os informes em reuniões são unanimidade); distribuição de documentos; boletins; atas; cartas enviadas pelo representante; informações no cotidiano dos bairros.

Acompanhamento das decisões do CS

Verificou-se que 59% dos associados das AMs acompanham o desenrolar das decisões dos CODSs. Também participam das reuniões, fiscalizando propostas, verificando seu cumprimento e realizando informes verbais. Os integrantes das AMs acompanham igualmente os relatórios dos representantes, as atas das reuniões e as leituras das resoluções.

As formas de acompanhamento são: participação nas reuniões do CODS, fiscalização das propostas para verificar se estão sendo cumpridas, informes, relatórios do representante, atas, leitura de resoluções e acompanhamento (as resoluções são discursivas e não práticas, segundo um conselheiro entrevistado).

Conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS

Os representantes das associações de moradores têm um conhecimento insuficiente no que concerne aos direitos sociais e organização do SUS. Verificou-se também que o Sistema Único de Saúde é pouco conhecido pela população, segundo as declarações dos

dirigentes. Conseqüentemente, a população recebe as informações insuficientes através dos seus representantes.

Às vezes somente o representante entende e transmite o conhecimento aos demais membros da AM, outras vezes distribuem panfletos do CMS, entre outras formas.

Relações entre a AM e seu representante nos CSs

Trocas de informações entre a AM e o representante

Tal como apresentado no Quadro 12, verificou-se que 41,2% dos presidentes das AMs mantêm relação com o representante dos CODSS na transmissão das necessidades da comunidade.

Quadro 12 – Relações dos presidentes das AM com os representantes no CODS		
Tipo de ação	N	%
Orienta	6	35,3
Acompanha o trabalho	6	35,3
Transmite as necessidades da comunidade	7	41,2
Transmite as diretrizes da entidade	3	17,6
Realiza seminários temáticos	2	11,8
Outros	2	11,8
Não orienta	1	5,9
Não se aplica	2	11,8

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Como é eleito o representante da AM para os CSs

Quanto à escolha dos representantes das AMs para o CS, detectou-se que 41,2% deles são indicados pelos presidentes das AMs. Constata-se participação efetiva dos associados quase irrelevante no processo de escolha daqueles que os representarão nas AMs diante dos CODSS, uma vez que apenas 23,5% deles são eleitos em assembléias nas AMs. (Tabela 8)

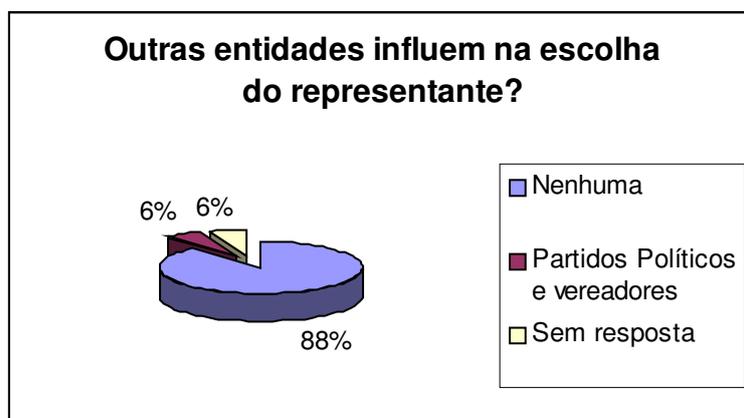
Tabela 8 – Eleição do representante da AM no CS		
Representação no CODS	N	%
Eleição em assembléia	4	23,5
Indicação do presidente	7	41,2
Nomeado pela diretoria	2	11,8
Indicação em assembléia	2	11,8
Outros	2	11,8
Indicação do presidente, reunião de diretoria etc.	-	-
Sem resposta	-	-
Total	17	100

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Influência de outras entidades na escolha do representante

Quanto à escolha do representante da AM no CODS, 88,2% dos entrevistados declararam que não há interferência de organizações da sociedade civil nessa escolha.

Gráfico 6 – Influência de outras entidades na escolha do representante da AM



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Acompanhamento do trabalho do representante pela AM

O acompanhamento de representantes nos CODSs é bastante significativo (94%), o que não implica resultados que se revertam positivamente para a comunidade. Há grande preocupação no que concerne aos meios (papéis, boletins), porém, os resultados objetivos de ganhos relativos a conhecimentos, capacitação e saúde para a comunidade são insignificantes ou nem aparecem nos discursos dos entrevistados. Esse acompanhamento do trabalho dos conselheiros ocorre principalmente durante as reuniões periódicas ou no contato diário com os associados nos bairros/comunidades.

Fatores que influem na escolha do representante

Observou-se que os associados são altamente influenciados pelos títulos dos profissionais de saúde: um “doutor” poderá ser eleito por sua titularidade, independentemente de seu conhecimento sobre o funcionamento e a organização do Sistema de Saúde; 64,7% dos entrevistados supõem que médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde poderiam representá-los adequadamente nos CODSs, como indica o Quadro 13.

Em menores proporções vemos distribuídas qualidades que são atribuídas a um bom militante como sendo relevante na escolha de um representante da comunidade no CS: 41,2% dos entrevistados consideram a facilidade de comunicação um fator determinante para a escolha do representante perante os CODSs.

No universo entrevistado não foi relevante o conhecimento do SUS como fator preponderante na escolha de um representante dos associados das AMs nos CODSS. Esses resultados evidenciam que, apesar de haver algum tipo de comunicação entre os presidentes das AMs e seus representantes nos CODSS, não há quaisquer referências no que concerne à saúde pública.

Quadro 13 – Frequência dos fatores que influenciam a escolha de representantes por AM		
Fatores	N	%
Práticas em assuntos de saúde	11	64,7
Ser popular na comunidade	6	35,3
Facilidade para falar em público	7	41,2
Conhecer o funcionamento do CS	5	29,4
Tempo disponível e dedicação	-	-
Outros	2	11,8
Sem resposta	-	-

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Papel ideal da AM para que seu representante tenha uma boa atuação

Informar sobre as necessidades da comunidade (34%) confirma dado anterior referente ao papel a ser desempenhado pela AM. Com relação às opiniões das AMs junto aos representantes nos CODSS foram dimensionadas a melhoria na orientação sobre os assuntos de saúde, a orientação para não envolvimento com política partidária e a informação sobre as necessidades da comunidade. Verificou-se também a necessidade de cobrar uma boa atuação com relação à dimensão crítica e as relações entre os conselheiros buscando a maior integração entre eles nas reuniões e, sobretudo, considerando os aspectos éticos desse convívio.

Na opinião dos dirigentes, a AM tem como função junto aos representantes:

- ◆ orientar nos assuntos de saúde;
- ◆ advertir quanto ao não envolvimento com a política partidária;
- ◆ informar sobre as necessidades da comunidade;
- ◆ cobrar uma boa atuação do representante;
- ◆ criticar e participar;
- ◆ integrar as pessoas nas reuniões;
- ◆ defender a ética;

- ◆ incentivar e acompanhar o representante.

Principais atributos do representante da AM no CS

Os entrevistados não concebem um perfil ideal para ser representante quanto a idade, sexo, escolaridade, situação trabalhista, experiência, popularidade, situação civil, entendimento do SUS ou ligação a alguma entidade da sociedade civil. As respostas eram sempre relativas.

A maioria dos representantes é indicada por ter experiência na área de saúde, ou até mesmo por ser profissional de saúde, o que seria requisito para alguns presidentes de associações. Porém, ser profissional de saúde não garante ter conhecimento a respeito da área. Embora não seja permitido legalmente a representação dos profissionais de saúde no segmento dos usuários, constatou-se essa realidade no cotidiano das entrevistas, reuniões e plenárias, e em informações da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000.

Cabe ressaltar a complexidade dessa questão, na medida em que, como já discutido no Capítulo 1 desta dissertação, a categoria usuário, a princípio, é tão abrangente, que qualificaria qualquer cidadão usuário do SUS, profissional de saúde, associado de outras entidades com outros interesses. Faz-se necessário, portanto, delimitá-las visto que seu sentido amplo universaliza o direito de todos os cidadãos representarem suas associações.

Ainda os usuários enquanto sujeitos de direitos e consumidores de serviços de saúde são todos os cidadãos brasileiros, pela nova concepção constitucional, desde o empresário concentrador de rendas incluído entre os 20% mais ricos do país até o miserável, entre os 20% mais pobres. Essas são apenas questões para reflexão e não pretendem estimular um modelo de saúde voltado para os pobres (o que vem ocorrendo); ao contrário, a intenção é de que se definam alianças entre as associações (e mesmo a criação de redes associativas) com demandas qualificadas pelo conceito amplo de saúde.

Tudo isso será mera utopia se não houver um amadurecimento da sociedade brasileira e uma mudança radical nas práticas cotidianas de cunho clientelista e tecnocrático. Mais determinante ainda é a existência de uma base de representados que exponha suas demandas e cobre resultados, acompanhando as decisões do conselheiro,

ou seja, a relação entre o representante e o representado coloca-se como a questão central, para que os representantes lutem por objetivos coletivos e abrangentes.

Volta-se, então, à hipótese inicial, de que deve haver uma estreita relação entre esses sujeitos – a participação social não se restringe ao representante, exigindo do representado mais responsabilidade nesse processo. O que se questiona de fato são as extremas desigualdades existentes em nosso país e seu reforço contínuo, impedindo maior participação social e implementação de políticas universais. Os Conselhos de Saúde se constituem em potenciais instâncias propiciadoras da participação social cidadã, espaços de diversidade e exercício democrático efetivo?

O Estado brasileiro, assim como suas elites, permite a distribuição da renda e acesso aos serviços de saúde, de qualidade, tendo em vista sua relevância pública claramente determinada na Constituição brasileira de 1988?

O representante da AM no CODS

Perfil dos representantes

Este item buscou traçar um perfil dos representantes das AMs nos Conselhos de Saúde a fim de conhecer esse universo de atores tão relevante no cotidiano dos conselhos de direitos. Para tanto, buscou-se conhecê-los por meio das seguintes variáveis: faixa etária, sexo, situação trabalhista, grau de instrução, outras formas de articulação com partidos políticos, gestores públicos e demais entidades da sociedade civil, sua popularidade na comunidade e os meios de comunicação com a AM que representa. Observou-se que os representantes, descritos pelos dirigentes, têm o seguinte perfil: é formado predominantemente por homens adultos, em sua maioria aposentados. Um terço deles possui apenas o primeiro grau completo, e mais de dois terços são filiados a algum partido político. Entre outras entidades das quais fazem parte destaca-se a igreja. São muito conhecidos em suas comunidades e, segundo os dirigentes, trocam informações com a AM, seja verbalmente ou por escrito.

As mulheres são minoria nesse universo (24%). A faixa etária, sem discriminar por sexo, abrange a população adulta entre 30 e 85 anos, com a maioria dos membros concentrada na faixa entre 46 e 65 anos de idade (47%).

Verifica-se entre as variáveis relativas à situação trabalhista que a maioria está

aposentada (64%), o que reflete a realidade atual com alto índice de desemprego e trabalho informal e pode ser um provável motivo de maior participação desses aposentados e desempregados, já que a tarefa exige disponibilidade de tempo por parte desses representantes. Uma das reivindicações nas reuniões de conselhos e plenárias por parte dos conselheiros com vínculo empregatício é o direito de participarem das reuniões do CODS sem quaisquer ônus.

Quanto ao grau de instrução, 36% dos representantes possuem o primeiro grau, e 6% têm o superior incompleto.

Verificou-se que 71% dos entrevistados afirmam que seus representantes não estão vinculados aos partidos políticos. Aqueles que informam o contrário destacam o PDT e o PL. A vinculação a partidos políticos também se demonstrou pequena para a totalidade do município segundo pesquisa realizada por Santos Jr. (2001), sendo a participação em sindicatos mais expressiva.

Esses representantes, segundo os entrevistados, em sua maioria, não possuem vinculação com os gestores (51%). E metade dos que declaram vínculo a alguma entidade aponta a Igreja (50%).

Quanto ao fator popularidade do representante na comunidade, pôde-se constatar que 88% deles são muito conhecidos no bairro ou comunidade.

O representante mantém contato com a AM, o que ocorre por meio dos informes escritos e verbais à direção e informes em reuniões abertas, panfletos, alto-falante, boletins, correspondência, boca a boca.

Capacitação dos representantes

Este aspecto tem como objetivo verificar se há iniciativas das AMs na capacitação de seus representantes, o que implica a reestruturação das AM em função das novas exigências para a participação social desde os anos 80, com a redemocratização da sociedade brasileira, que abriu espaços de concertamento de interesses em torno da saúde pública. Nesse sentido buscou-se investigar junto aos presidentes das AMs a importância dessa capacitação para as associações partir das seguintes variáveis: a relevância dessas iniciativas para seus presidentes e os principais temas de difícil compreensão para os representantes. Observou-se que os presidentes não acolhem a idéia de que a AM deva proceder à capacitação em assuntos de saúde. Confirma-se que as questões relativas a financiamento e alocação de recursos são repassadas em

linguagem pouco compreensível, bem como apontadas pelos presidentes como algo que interfere nas decisões de seus representantes.

Capacitação do representante para atuar no CS

Quanto à capacitação dos representantes das AMs nos CODs, constatou-se que 76% dos dirigentes não consideram a capacitação dos conselheiros das AMs dado relevante para a atuação das AMs nos CODs, justificando que essa seria uma atribuição do COMS.

A capacitação dos representantes de usuários, tema recorrente nas reuniões de conselhos, é um aspecto fundamental relativo ao melhor funcionamento desses espaços de prática da cidadania. A negociação constante entre usuários, técnicos do setor saúde e governo exige algum domínio da legislação e de assuntos específicos por parte do segmento dos usuários, sob pena de eles serem confundidos pelo discurso técnico. Além disso, na capacitação dos representantes dos usuários é necessário o resgate do aspecto político nas negociações. A atribuição principal desses conselheiros seria a geração de consensos em torno de suas demandas pela autonomia diante do governo e a busca de intervenções politicamente qualificadas sobretudo pelos princípios democráticos da Constituição Federal de 1988 que merecem a tolerância histórica do longo prazo para sua implementação em um país com as características já descritas no Capítulo 1 desta dissertação. Desta forma, é fundamental que eles procurem atualizar-se na leitura crítica de jornais e revistas e na análise de conjuntura, bem como que estejam informados quanto ao que ocorre no CNS, CES e demais conselhos existentes no país, assim como sobre experiências semelhantes em outros países. A capacitação técnica e política resume-se ao problema do acesso à educação e estende-se a toda a sociedade, problema esse ainda mais complexo e com poucos avanços se confrontado com as conquistas da saúde pública, embora ambos sejam direitos básicos e estejam atravessados pelos interesses privados.

Principais temas de difícil compreensão

Entre os temas mais importantes e complexos destacam-se as matérias técnicas (47,1%), o que inclui saúde, meio ambiente, critério para fechamento dos leitos, financiamento e orçamento, treinamento em temas específicos como DST/AIDS, drogas etc.

Tabela 9 – Frequência de temas de difícil compreensão para os representantes das AMs

Temas	N	%
Matérias técnicas	8	47,1
Problemas de saúde da comunidade	-	-
Participação	-	-
Atendimento médico	-	-
Informações das unidades para a comunidade	-	-
Sem resposta	5	29,4
Outros	4	23,5
Total	17	100

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

A linguagem utilizada para a discussão das questões de saúde – que envolvem desde a assistência à saúde nas unidades públicas e privadas até a priorização na alocação dos recursos – pode ser adequada aos leigos por parte dos técnicos. Nota-se, porém, a intencionalidade da tecnicização do debate, obviamente, em função dos interesses conflitantes e beneficiando aqueles com maiores recursos técnicos.

Orientação das Federações /Confederação para atuar nos CSs

Para verificar se as federações incluem em seus objetivos a preocupação com o preparo de seus representantes para atuação nos CSs, partiu-se da seguinte variável: frequência das orientações (próprias e de outras entidades). Segundo a opinião dos dirigentes das AMs, as federações estão pouco envolvidas com a capacitação, encarregando-se dessa tarefa entidades de diversas naturezas, o que aponta para a necessidade de maior envolvimento tanto das AMs, como verificado no item anterior, quanto das federações nas iniciativas de capacitação de seus representantes e de seus associados em temas específicos, com a dupla preocupação de que eles tenham semelhantes condições de questionar o sistema de saúde existente e de os associados também poderem questionar a qualidade da representação nos CSs, assim como ser ouvidos em suas demandas e propostas.

Frequência das orientações pelas Federações /Confederações

Cabe ilustrar essa ausência de orientação (64,7%) nas AMs pesquisadas, que nunca receberam qualquer tipo de orientação por parte das federações no que concerne a sua atuação nos CODSS com as entrevistas realizadas durante esta pesquisa: os entrevistados afirmaram que um dos problemas das federações é a luta partidária, além da não-adesão das AMs às federações; outra questão apontada refere-se à maior preocupação das federações com as questões meramente imobiliárias.

Atuação no CODS	N	%
Nunca	11	64,7
Sempre	3	17,6
Outros	3	17,6
Muitas vezes	-	-
Poucas vezes	-	-
Não é filiada	-	-
Total	17	100

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Apenas 17,6% dos entrevistados afirmaram receber orientações das federações e confederações de AMs. Observaram-se ainda inúmeras críticas à atuação dessas entidades e uma recusa de adesão a elas.

Orientações de outras entidades para atuar nos CODS

Quanto a orientações recebidas de outras entidades para atuar nos CODSS, 41% das AMs recebem algum tipo de orientação das mais diversas instituições: FEEMA, COMLURB, Polícia Militar, Polícia Civil, Defensoria Pública, FASE (apoio financeiro e material), FUNLAR, Médicos sem Fronteiras, Viva Rio, UERJ, SEBRAE, SENAC, entidades governamentais.

Opiniões do entrevistado

O objetivo deste tópico é verificar se há participação efetiva dos associados nas AMs e se os representantes realmente possuem características que o qualificam para a representação nos CSs. Para esses presidentes das AMs, a comunidade é pouco ou medianamente envolvida com a associação, ou seja, também medianamente cobra soluções para suas demandas, se é que há demandas. Da mesma forma, mostraram-se céticos em relação aos representantes, destacando qualidades pessoais favoráveis, porém, bastante frágeis em relação àquelas destacadas na pesquisa exploratória, Quadro 1, que demonstra conhecimento maior daqueles entrevistados em relação à representação nos CSs. E, se comparadas às respostas dos representantes no capítulo seguinte, também mostram opiniões muito vagas e pouco associadas à saúde pública e às novas relações sociais operadas nas arenas deliberativas. Há a reprodução do comportamento do cidadão eleitor, valorizando apenas o voto como principal forma de participação social.

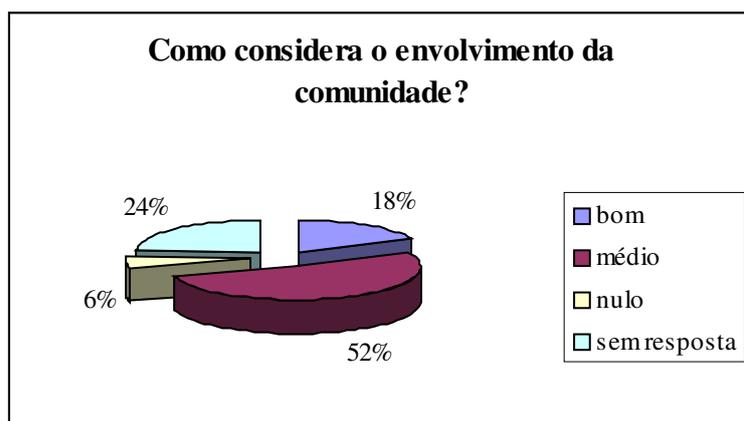
Alguns defendem a comunidade, justificando seu não-envolvimento, outros pensam que há apenas interesses pessoais envolvidos nas reivindicações pontuais dos

associados, o que pode parecer óbvio. Certamente falta amadurecimento político tanto do representante dos usuários quanto das comunidades, individual e coletivamente. Considerando-se o curto período democrático desde os anos 80 até os dias atuais, tem-se apenas 24 anos contra os 500 anos de história de submissão e heteronomia, com fortes intervenções militares e simbólicas nos momentos em que a população buscou novas formas de atuação social e política, a exemplo das ditaduras militares brasileiras.

Participação dos associados nas atividades da AM

Para os dirigentes das AMs a comunidade tem participação “média”, o que parece significar que é incipiente, uma vez que isso ocorre para 52% dos entrevistados, confirmando, aliás, a opinião dos representantes em relação à baixa participação da comunidade na AM.

Gráfico 7 – O envolvimento da população nas atividades

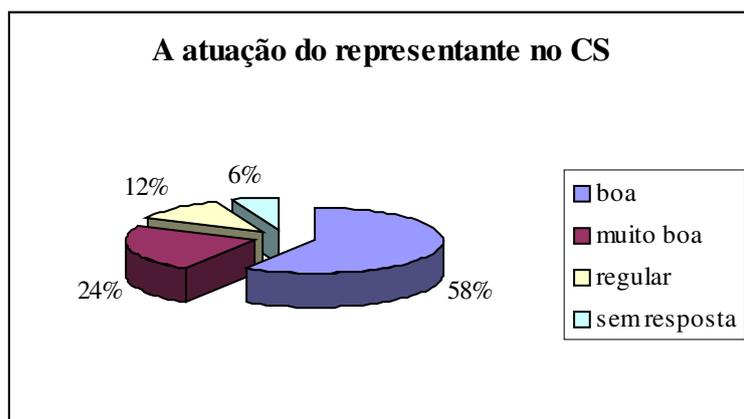


Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Avaliação da atuação dos representantes das AMs nos CSs

Com relação a esse aspecto, detectou-se que 58% dos presidentes das AMs consideraram boa a atuação de seus representantes nos CODs.

Gráfico 8 – Atuação do representante no CS



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Segundo a opinião dos dirigentes a atuação “boa” significa representante que normalmente:

- ◆ participa das reuniões e exerce seu papel de conselheiro,
- ◆ encaminha os problemas e esclarece possíveis soluções,
- ◆ repassa as informações à AM,
- ◆ é participativo, propositivo e comprometido,
- ◆ mostra-se atuante e presente,
- ◆ critica e cobra soluções,
- ◆ é combativo e indignado,
- ◆ é usuário do SUS e não tem plano de saúde,
- ◆ procura conhecer os assuntos discutidos no CS,
- ◆ tem iniciativas na busca de soluções relativas à saúde da comunidade,
- ◆ informa e orienta a comunidade no cotidiano sobre assuntos diversos.

Essas informações, entretanto, são insuficientes para qualificar a atuação dos conselheiros, o que explica pelo reconhecimento da importância de opiniões como a dos representados e dos demais conselheiros representantes de outras entidades em relação à qualidade da representação do segmento dos usuários. A realização de pesquisas futuras nessa direção possibilitará análises mais completas e menos subjetivas para o desenho do perfil dos conselheiros usuários.

Capítulo 5 - Perfil da atuação dos representantes das AMs nos CSs

O objetivo deste capítulo é analisar a opinião dos representantes de usuários quanto à própria atuação como conselheiros de saúde e as relações que mantêm com suas associações e as comunidades que representam e confrontá-las com os resultados auferidos nas entrevistas com os presidentes das associações. Há, portanto, repetição de questões para seu melhor entendimento, tendo sempre como norte a relação entre o representante e o representado. Cabe ressaltar que entre os oito blocos do questionário dos representantes foram selecionados apenas três deles, pertinentes a nossos objetivos de caracterizar as AMs e traçar seu perfil e de seus representantes.

As relações entre o representante e os presidentes /diretoria da AM

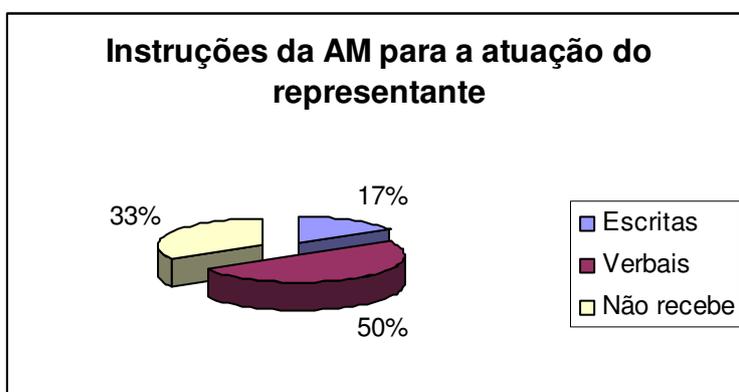
Articulações do representante com a AM

O representante articula-se com a AM de formas diversas, sendo a mais freqüente os informes nas assembléias (56%), segundo os entrevistados; a informação mediante contato direto com o presidente ocorre em 17% dos casos, e por meio de boletins em 11%.

Instruções da AM a seu representante nos CSs

As instruções passadas são prioritariamente verbais (50%); 33% dos representantes responderam não receber qualquer instrução para sua atuação. Provavelmente essa parcela refere-se aos presidentes/conselheiros, uma vez que as justificativas para tais respostas confirmam sua dupla função (direção e conselheiro) na AM: “Eu dou as instruções”, declara um entrevistado. As instruções escritas totalizam 17%.

Gráfico 9 – Instruções da AM para a atuação do representante no CS



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Capacitação do representante pela AM

Esse item revelou que 67% das AMs não realizam cursos de capacitação de seus representantes nos CSs. Afirmaram que essa deve ser uma prerrogativa do COMS e que as AMs não estariam preparadas para fazê-lo. Porém, 33% dos entrevistados afirmaram que a capacitação gira em torno de questões sobre o papel do conselheiro no controle social, meio ambiente, participação, SUS. E comportamento desejável nesses espaços, o que seria informado em palestras de profissionais de saúde e outros durante as reuniões da AM.

As relações entre os representantes e seus representados

Demandas da população expressas nos CS

Com relação às principais demandas da comunidade aos CODSS, 83% dos entrevistados conseguem expressá-las.

Há visível tendência para justificativas de ordem pessoal entre aqueles que não conseguem expressar as demandas da comunidade ou bairro nos CODSS (17%). Para efeito de ilustração, seguem algumas das justificativas apontadas pelos entrevistados:

- ◆ “tento expressar as necessidades dos usuários, procuro expressar a dor dos usuários, sofro como usuário”
- ◆ “não consigo alcançar os objetivos a que me proponho” ou “consigo, mas não adianta de imediato”
- ◆ “percebo a aflição e a angústia da população”

Comunicação das decisões do CS

Os informes verbais, apontados como a forma mais utilizada de comunicação entre o representante e a AM (53%), incluem os gerais; os exclusivos para as diretorias e os que são feitos nas assembléias. As formas escritas de comunicação (47%) abrangem os relatórios, boletins, distribuição de atas, informativos da AP.

Observa-se um relativo equilíbrio entre as duas formas de comunicação, escrita e verbal, muito embora se destaque a última, o que mostra a informalidade com que funcionam, as AMs, tanto na Zona Oeste como na Zona Sul, que costumam ser instaladas num cômodo da residência de seus líderes.

Essa questão pode ser comparada àquela referente à forma como a AM instrui seu

representante, que ocorre predominantemente no contato direto, sem uso de documentos ou relatórios. Esses contatos informais são importantes, e isso é inquestionável. Cabe considerar se não seria interessante registrar essas informações para fins de compreensão e reflexão futura do processo e não como mero registro burocrático.

Acompanhamento das resoluções do CS pelas AMs

Os representantes foram unânimes quanto a esse aspecto: 83% deles afirmaram acompanhar as deliberações do CS. Os demais ou não sabiam ou confirmaram a falta de interesse da AM quanto às decisões do CS (17%). Este desinteresse mostra que há necessidade de se qualificar a participação das entidades da sociedade civil, tanto de usuários quanto dos demais segmentos. Como tarefa prioritária dos novos conselheiros eleitos, sugere-se a realização de um amplo debate em torno das questões referentes à saúde pública, em que estariam representadas as instituições em geral interessadas em representar seus associados. Os novos conselheiros teriam duas tarefas, portanto: tanto realizar encontros, em suas instituições quanto outros maiores, que envolveriam todos os segmentos buscando levar primeiramente as questões e informações para esses fóruns. A presença e a troca de informações dessas instituições representadas por um ou mais associados seriam fatores de relevância na escolha das associações ou movimentos sociais com probabilidade de concorrer a uma vaga na eleição seguinte.

Realização de trabalhos junto à comunidade

Quanto à participação das AMs junto às comunidades, 89% delas desenvolvem algum tipo de trabalho local, tal como:

- ◆ promoção de eventos: Natal, atividades desportivas, palestras, festas e movimento de rua;
- ◆ prestação de serviços gratuitos: procuradoria itinerante, documentação, mutirão de saúde, impressão de informativo, assistência médica (ginecologia), aulas de capoeira e grupo de terceira idade, SOS saúde nas comunidades carentes (favelas), incluindo odontólogos e médicos, conscientização e busca em favelas de pessoas que queiram estudar, cursos para ingresso no mercado de trabalho, obras sociais (creche, escola e saneamento básico);
- ◆ orientações: informação e aconselhamento, educação em saúde, saúde mental, trabalho de esclarecimento, indicação de locais para atendimento médico;

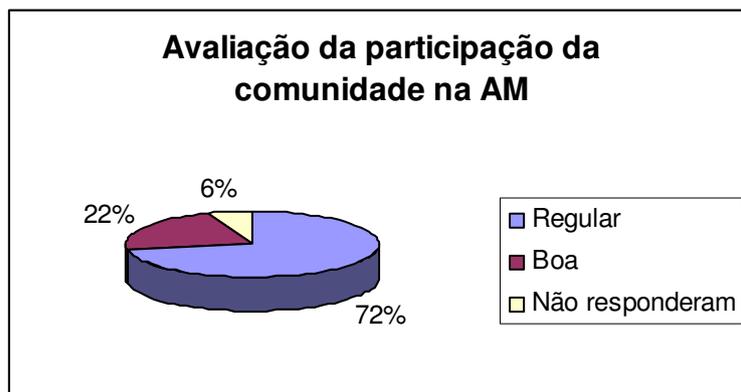
- ◆ campanhas de promoção da saúde: vacinação, preventivo e diabetes, dengue e prevenções de outras doenças;
- ◆ solução de problemas: de transporte (metrô), do urbanismo (apart-hotéis e preservação de residências e ambientes).

Vê-se a heterogeneidade das questões abordadas, bem como das intervenções, abrangendo áreas relativas ao trabalho, à educação, à infância e, principalmente, à saúde da comunidade, o que é explicável pelas características das AMs pesquisadas que incluem os bairros e as favelas.

Participação da comunidade na AM

Constatou-se que para 72% dos entrevistados a comunidade é pouco participativa; 22% deles a qualificam como “boa”, e 6% não responderam. Consideram que os moradores não participam como deveriam pois se encontram mergulhadas no cotidiano, voltados para a subsistência, só comparecendo às reuniões quando há promessas de algum benefício. Em geral, a participação é reduzida e frágil, os entrevistados e julgam esse desinteresse pelas questões mais coletivas, problemas comportamentais e individuais sem qualquer reflexão crítica a respeito, taxando a população de preguiçosa, politicamente ignorante, interesseira e individualista; além disso, acreditam que as pessoas se limitam a exercer passivamente seu direito ao voto e ficam esperando providências dos políticos de partido. Na opinião dos representantes, a população não assimilou ainda as novas perspectivas de participação social nas decisões de governo. Seu julgamento, porém, impede que vejam as reais causas desses problemas de participação, que são histórica e culturalmente determinados. Dessa forma, para eles, “...os associados vão às reuniões quando dói o calo, não pensam no bairro, somente no seu pedaço de rua (...) cada bairro possui mais de uma associação de moradores em consequência de divisões internas”. (Depoimento de conselheiro).

Gráfico 10 – Avaliação da participação da comunidade na AM



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

É necessário salientar que há ainda posturas idealistas dos representantes, que não aproveitam essas poucas presenças dos associados para exercer seu papel de politização, aceitando a princípio essa realidade como mutável a longo prazo; não há concretamente uma participação social ideal por parte do representante tanto quanto por parte dos associados. O que poderia se constituir num futuro círculo virtuoso de participação só será possível com ações que visem solucionar as extremas desigualdades sociais e de acesso à educação, saúde, cultura e ao trabalho, entre outros aspectos que, combinados, poderão promover cidadãos, sujeitos de direitos, ao contrário do que ocorre com a população alijada do direito de acesso às condições básicas de existência. Só depois que essas condições estiverem satisfeitas poderão ser vislumbrados cidadãos participativos e críticos.

Há, porém, aqueles com opiniões otimistas sobre a participação da comunidade, que afirmam frequentar as reuniões e participar dos eventos, e avaliam como boa a participação, embora de poucos, mas com qualidade, na medida em que eles se posicionam e têm clareza de suas reivindicações.

Principais problemas sociais da comunidade

Entre os problemas apontados pelos representantes destacam-se 82% de respostas relacionadas principalmente à ausência de políticas públicas para os bairros/comunidades de baixa renda (saúde, habitação, educação, segurança envolvendo o tráfico de drogas, geração de renda e emprego). Desses, sobressaem os que se referem à saúde dos moradores, com frequência de 33% das respostas e incluindo saneamento básico, orientações de saúde, meio ambiente e atendimento no posto de saúde.

Os problemas do cotidiano, que somaram 17,8% das respostas, e envolvem

aqueles referentes aos espaços comuns dos bairros, geradores de conflitos entre seus moradores. O destaque da saúde entre as políticas públicas é um dado importante nesta análise e aponta para carência de ações nessa área, ao mesmo tempo em que orienta de alguma forma o trabalho do representante, mostrando aos dirigentes, associados e representantes a importância de seu envolvimento na devolução de respostas a esses problemas. A segurança remete-nos ao problema da violência (também uma questão de saúde pública) reforçada pelos altos índices de desemprego e desigualdades sociais. O que se quer dizer é que a violência³⁶ perpassa todas as relações sociais e não é consequência direta da redução dos investimentos na área social pelo governo, embora certamente se possa prever o agravamento das situações de violência em conjunturas de crise. Concorre ainda como agravante a fragmentação de tais políticas públicas, problema maior a ser resolvido pela instersetorialidade, como aponta Spozati (1992).

Formas de enfrentamento dos problemas sociais da comunidade

Entre as soluções apontadas pelos representantes, o envio de cartas e documentos às autoridades totaliza 72,2% de suas ações nas AMs. Os restantes 28,8% das ações incluem denúncias nos Conselhos de direitos (saúde, tutelar), mobilizações de rua (passeatas), discussões nas reuniões das AMs com informações e realização de cursos, constituição de mutirões para solucionar problemas cotidianos, principalmente nas comunidades de baixa renda (habitação), e o estímulo e orientação quanto a atitudes individuais geradoras de uma “política de boa vizinhança”, sobretudo naquelas questões que envolvem o espaço comum dos moradores.

As AMs, pelo que se depreende desses resultados, tomam iniciativas próprias na solução dos problemas. Importante é o dado referente aos conselhos de direitos que são vistos apenas como espaços de denúncia quando seriam os espaços de agregação de problemas comuns de todas as AMs, uma vez que esses problemas são interdependentes.

Para o melhor desempenho do representante nos conselhos de direitos é importante que essas questões sejam totalizadas para o estabelecimento de prioridades que levarão a uma consequente decisão dos conselheiros, capaz de abarcar tanto as particularidades de cada bairro quanto problemas comuns a todos. O papel fundamental do representante, nesse caso, poderia ocorrer pela reunião dos documentos enviados

³⁶ Não cabe aprofundar o tema específico da violência nesta dissertação. Essa discussão pode ser vista em Minayo (1994).

diretamente às autoridades e sua apresentação nos CSs para fundamentar deliberações e escolhas, assim como a formação de alianças em torno das votações de propostas comuns.

Medidas necessárias para melhor atuação do representante no CS

Houve basicamente duas variáveis destacadas pelos representantes e que apontam a fragilidade da atuação como conselheiros: sua capacitação e os mecanismos de estímulo a sua participação.

A capacitação aparece como prioritária (58%), confirmando os apontamentos de outras pesquisas. Consideram, para essa ação, o aprofundamento em temas referentes à definição de prioridades na alocação das verbas públicas, que, entretanto, são expostos em linguagem própria dos economistas, quando acreditam que mereceriam adequação para facilitar a efetiva participação dos conselheiros. As questões éticas são novamente abordadas apontando para a falta de ética dos conselheiros que se utilizam do *status* conferido pela posição de liderança para barganhar em benefício próprio nos espaços públicos.

Em geral apontam problemas comportamentais de solução difícil por intermédio do CS, mas possível, caso esse conselheiro esteja realmente representando seus associados, que, por sua vez lhe estejam cobrando uma atuação conseqüente, sob pena de não se reeleger. Voltamos, portanto, à velha questão da relação entre representante e representado e da necessidade de se qualificar as AMs e demais movimentos sociais pelo envolvimento permanente e não só via seu representante, como proposto no item c sobre a relação de representante e presidente/diretoria da associação quanto ao acompanhamento das resoluções do CS pelas AMs, ou seja, sobre a necessidade de capacitar essas AMs, quotidianamente, para a nova forma de relação entre o Estado e a sociedade, que exige ações mais coletivas e propositivas por parte dessas associações que, segundo dados de nossa pesquisa, foram criadas há apenas duas décadas (82%), vindo em seguida aquelas que realmente participaram do processo de abertura política no Brasil, mas que representam apenas 18% do universo pesquisado.

A AM é definida na medida da existência de associados, e o representante, como o próprio termo indica, depende dessa existência, idealmente de associados atuantes. A representação participativa aqui é pensada a partir da noção discutida no primeiro capítulo desta dissertação, pelo representante da AM e pela própria associação enquanto

ator coletivo organizador de demandas. O representante nada mais é do que aquele que atua em nome dos associados.³⁷ Os mesmos requisitos de capacitação dos representantes devem ser considerados na capacitação dos associados, política e tecnicamente, com destaque para o preparo político, para que o representante se transforme naquele que atua efetivamente.

Quanto aos mecanismos de estímulos à participação dos conselheiros, em sua maioria, se resumem, nos casos dos trabalhadores, à ajuda de custo e ao reconhecimento, pelo empregador, da utilidade pública da atividade de conselheiro, mas podem incluir distorções como a proposta de remuneração.³⁸

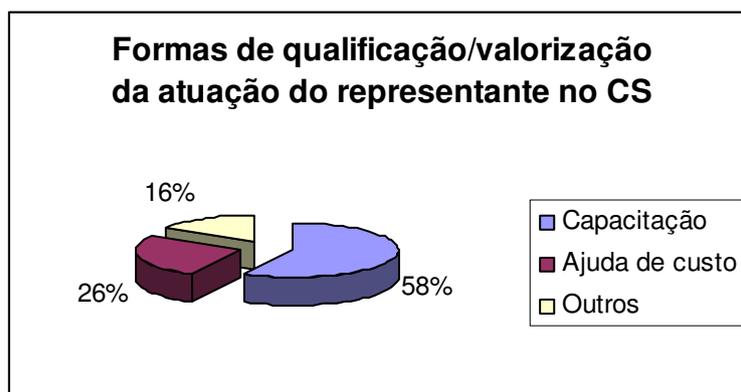
Quanto à ajuda de custo para deslocamento – incluindo o intermunicipal, no caso dos CESS – e alimentação, verificou-se que se tem tornado ponto de pauta nos fóruns e plenárias, com ampla adesão do conjunto de conselheiros, que apontaram para a necessidade de aprofundamento do debate.

Em relação à remuneração dos conselheiros, cabe salientar que, no que se pôde observar nas reuniões e plenárias, tal reivindicação foi repudiada pela quase totalidade dos envolvidos, o que mostra o conhecimento e o compromisso, da maioria dos conselheiros, no que concerne a suas atribuições, tendo claro que não estão exercendo um cargo público e sim representando a sociedade num formato de representação societária ou participação social diferenciado daquele político-partidário, que certamente prescindiria de remuneração.

³⁷ A concepção de representação nos CSs, embora materializada sob a forma da representação liberal progressista com algum desvio para a representação de tipo medieval, seguindo o exemplo do partidos políticos do Brasil, tem suas origens na concepção socialista de acordo com “a idéia de representação como delegação e mandato imperativo, rotativa e revogável, de tal modo que o representante não representa um poder em geral nem uma vontade em geral nem uma razão em geral, mas reivindica direitos concretos de classes e grupos. Descendo ao particular, a representação agora significa expressão política universalizada como direito de decidir e controlar a coisa pública em nome de direitos coletivos dos excluídos”. (Chauí, 2003: 295)

³⁸ A Resolução do CNS n. 33, de 23 de dezembro de 1992, aprovou o documento “Recomendações para a constituição de conselhos estaduais e municipais de saúde”. Esse documento define o conselho de saúde, a composição desses conselhos – principalmente a regra de paridade entre usuários e demais segmentos –, a estrutura e a competência dos conselhos. No item composição dos conselhos, conclui que “nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública”. Na Plenária Estadual de Conselheiros realizada em 17/09/01, indicou-se a necessidade de alteração dessa resolução e deliberou-se sobre as questões mais importantes passíveis de modificações, no sentido de seguir a recomendação da XI Conferência Nacional de Saúde de transformá-la em lei, uma vez que a recomendação não tem a força da lei. A Resolução n. 33 foi revogada pela Resolução n. 333, de 2003, que avançou em alguns aspectos, já destacados na página 29.

Gráfico 11 – Formas de qualificação/valorização da atuação do representante no CS



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

As Associações de Moradores

Características relevantes dos representantes das AMs nos CSs

No que tange a esse aspecto, verificou-se que 11,8% dos representantes das AMs nos CSs consideram característica relevante o fato de ser usuário do SUS; 47,1% priorizam a característica ser participativo; 11,8%, ser questionador/crítico; 11,8%, ser responsável; 11,8% dos representantes das AMs nos CSs não informaram suas características mais relevantes.

Cabe salientar que apenas 11,8% dos representantes das AM nos CS consideram relevante o fato de ser usuários do SUS, o que não implica necessariamente que tenham real noção de seus direitos nem da extensão dos serviços prestados pelo SUS. (Quadro 14).

Avaliação	N	%
Usuário do SUS	2	11,8
Participativo	8	47,1
Questionador/crítico	2	11,8
Responsável	2	11,8
Não é informado	2	11,8
Outros	13	76,5

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Freqüência das reuniões da AM

As AMs realizam reuniões freqüentemente em 94% dos casos, segundo o representante; 40% o fazem mensalmente; 15% se reúnem ocasionalmente; e 10%, quinzenalmente. As demais adotam periodicidade variada: semanal, trimestral,

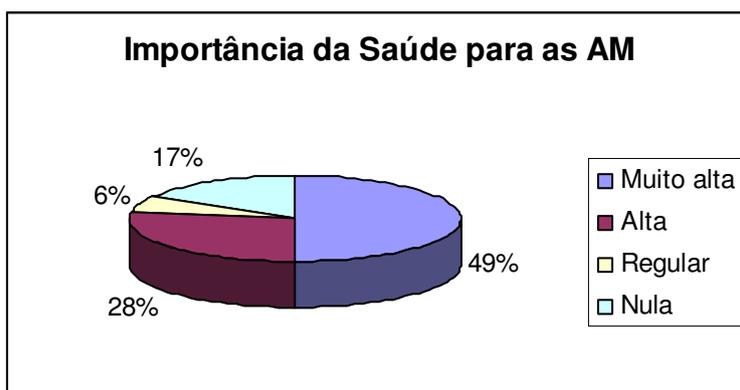
quadrimestral, reuniões semanais e mensais de diretoria.

Os assuntos mais discutidos nessas reuniões, segundo informação dos entrevistados, organizam-se em dois grupos: problemas quotidianos de bairros e comunidades (52,1%) e políticas públicas (47,8%). Entre as políticas públicas destaca-se novamente a saúde pública (saneamento básico e saúde em geral), representando 30,4% dos assuntos discutidos nas reuniões.

Importância do tema saúde para a AM

Confirmam-se os resultados apontados em outros itens desta pesquisa com os representantes, destacando-se a saúde pública como tema que sobressai entre aqueles discutidos ou considerados importantes para as AMs, na opinião dos representantes: para 49% deles muito importante; para 28%, importante; para 6%, regular; e 17% afirmaram que a AM não considera relevante o tema relativo à saúde.

Gráfico 12 – Importância da Saúde para a AM



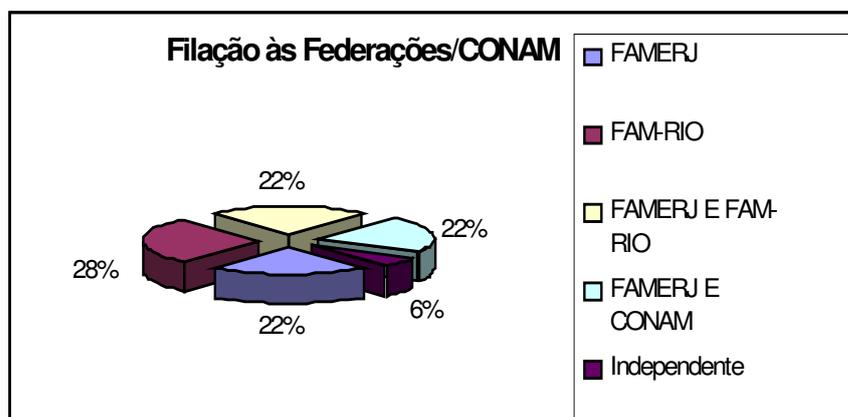
Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Filiação às federações /confederação

Dado a tradição na área da organização das AMs, esperava-se taxa de filiação maior na FAMERJ, porém, observou-se que as AMs ou têm preferência pela FAM-Rio ou pela FAMERJ, ou se filiam a ambas. Certo é que, uma vez filiada à FAM-Rio, a associação será por ela representada na FAMERJ. Notou-se, por outro lado, disputas e conflitos entre essas duas federações de bairros. No caso das FAFERJ e FAF-Rio não se observou qualquer filiação. A FAM-Rio agrega o maior número de filiadas para esse grupo pesquisado (28%); filiadas somente à FAMERJ, são 22%, porcentagem que se

repete para as duplas afiliações (FAMERJ e FAM-Rio) e (FAMERJ e CONAM); restando 6% delas independentes ou sem filiações a federações. Nas entrevistas com os presidentes é possível identificar tanto a afiliação às federações de favelas quanto a predominância de afiliação à FAM-Rio.

Gráfico 13 – Filiação das AMs às federações / CONAM



Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Principais aspectos da saúde destacados pela AM

Como se pode observar no Quadro 15, os representantes foram unânimes em considerar a importância dos aspectos referentes à prestação de serviços públicos de saúde, como a assistência médica no posto de saúde (88,9%) e no hospital (83,4%), vindo em seguida o saneamento básico (77,8%), problema grave em todos os municípios brasileiros e de custo elevado, e o Programa de Saúde da Família (72,3%). Aspectos relativos à mudança na gestão do sistema de saúde (municipalização) e a financiamento aparecem com menor ênfase, até porque são aqueles destacados pelos representantes em outro item desta pesquisa, relativo aos assuntos que a maioria deles encontra dificuldades de compreensão (matérias técnicas).

Quadro 15 – Aspectos da saúde que têm mais destaque para as AM	
Aspectos da saúde em destaque	%
Assistência médica no posto de saúde	88,9
Assistência médica no hospital	83,4
Financiamento dos serviços	55,6
Municipalização	50
Programa de Saúde da Família (PSF)	72,3
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	61,2
Saneamento básico	77,8

Fonte: Labra, 2001. Base de dados da PED. ENSP/FIOCRUZ.

Influência da política partidária na AM

Os representantes se dividem entre uma maioria (67%) que afirma não haver tal influência político-partidária na AM e os que declararam reconhecê-la (33%), que apontam estes partidos: PT, PDT PFL, PTB.

Considerações Finais

As mudanças operadas no âmbito da sociedade e do Estado brasileiros desde os anos 80 apontam tendências de amadurecimento dos diversos atores políticos, fundamentais para a democracia contemporânea. As inovações com a criação de novos mecanismos de participação social alternativos às relações sociais e políticas tradicionais e clientelistas, traço particular de nossa história, representam o avanço alcançado desde a redemocratização do país. Esse movimento democrático materializou-se na Constituição de 1988, sob os princípios e diretrizes constitucionais afirmados com as contribuições críticas do movimento de reforma sanitária, no campo da saúde pública.

Assim, os pressupostos disseminados na norma constitucional, elaborada pela ampla participação social no pós-ditadura, buscaram superar as formas anteriores de privatização da saúde pública. A redemocratização da sociedade brasileira, especificamente no campo da saúde, trouxe a perspectiva de novas formas de relação social afirmativas do direito como critério de acesso aos serviços públicos. (Sposati & Lobo, 1992)

Nesse sentido, o modelo de participação social inaugurado com os Conselhos e as Conferências de Saúde, e implementados de acordo com os princípios que norteiam a saúde pública no país exigiu maior permeabilidade do Estado às demandas da sociedade civil e a disposição desta última para o concertamento de interesses públicos. A sociedade e o Estado são permanentemente conduzidos e reformatados num processo de “capacitação” de ambas as partes para a assimilação das novas formas de atuação exigidas em uma democracia.

Os CSs são mecanismos institucionalizados, espaços públicos em que interesses conflitantes podem ser compartilhados na perspectiva de geração de consensos em torno da saúde. Representam uma inovação característica da sociedade brasileira que resultou do processamento das demandas por participação social após períodos históricos ditatoriais, nos quais a população esteve alijada de qualquer possibilidade de participação e diálogo com os governantes, estando ausentes a cidadania política e social, ou seja, o direito de organização e participação nas decisões políticas e a distribuição equânime das riquezas produzidas.

Os dilemas advindos da curta existência dos CSs – apenas 12 anos de experiência

inédita – mostram que eles podem tanto permitir o exercício da autonomia dos movimentos sociais quanto se transformar em mais um aparato burocrático para a despolitização ou esvaziamento político das demandas dos usuários. (Sposati & Lobo, 1992) A autonomia dessas entidades que dele participam, porém, é fundamental para a dinamização desses espaços e a consolidação da democracia pelo respeito à diversidade de propostas, atores e interesses envolvidos, bem como sua politização para a definição de prioridades de políticas públicas.

Entretanto, os dilemas da participação social no campo da saúde estão ainda postos, particularmente, os três desafios que nortearam este estudo:

- ◆ na atribuição dos conselhos – o dilema da participação e do preparo técnico para as discussões, entre ouvir e tecnicizar ou politizar as demandas.
- ◆ na escolha dos grupos para atuar nos CSs e na eleição dos representantes – a definição do quantitativo de conselheiros e os interesses que representam de fato, quem e como define a participação de um determinado segmento e quais são os acordos implícitos para a participação.
- ◆ na relação dos CSs com o Estado – a capacidade de intervenção na agenda de prioridades para a política ou o papel de legitimador de ações já acordadas.

Quanto à atribuição dos conselhos, entende-se que, apesar do dispositivo legal detalhar claramente seus papéis e ocupantes, há concepções diferenciadas quanto a esse aspecto, tanto na teoria quanto na prática. De acordo com essas concepções, os autores, uns otimistas, outros tantos pessimistas, como bem apontou Cortes (1997), mostram em seus estudos, baseados em dados empíricos, o caráter contraditório dos Conselhos de Saúde.

Apesar da constatação dos limites de atuação dos CSs, os movimentos sociais foram apontados como os responsáveis por sua dinamização. Sposati & Lobo (1992) afirmam que, ao contrário dos movimentos sociais, tornam-se estrategicamente importantes a institucionalização e a organização dos CSs para que sejam garantidas as regularidades institucionais, como veto às soluções *ad hoc* e o planejamento, superando práticas tradicionais de troca de favores.

Quanto à escolha de grupos para participar dos CSs, dependerá da concepção que se tenha a respeito de participação social, por exemplo, ou da cultura local, entre outros

fatores. Portanto, com os CSs, institucionalizados e fazendo parte do Estado (Carvalho, 1997), pretendeu-se que funcionassem com a nova lógica de respeito aos diferentes grupos, desde que legítimos na representação de seus membros, em detrimento da lógica política tradicional de concessão e troca de privilégios das elites econômicas também concentradoras do poder político. (Sposati & Lobo, 1992)

Há questões fundamentais a observar na forma de organização desses grupos, tais como a efetiva relação entre cúpulas e bases como determinante para uma legitimidade da participação (Bobbio, 1985); a clareza por parte dos associados quanto à efetividade das demandas para a comunidade (Tenório, 1997); a concepção da categoria usuário e sua heterogeneidade (Cortes, 1998); a opacidade do dado empírico e a primazia das decisões técnicas em detrimento do aspecto político. (Silva & Abreu, 2002)

Na literatura são encontradas definições de usuário associadas à concepção de cidadania em contraposição à noção do usuário como consumidor, especialmente no campo da saúde. (Sposati & Lobo, 1992)

A legitimidade da representação dos usuários é questionada nos estudos referentes ao tema, no Município do Rio de Janeiro e região metropolitana, que apontaram os mesmos problemas relacionados à reduzida participação dos movimentos populares, a “tecnicização” do debate e a heterogeneidade do segmento dos usuários. (Labra, 2000 e Figueiredo, 2001)

No que se refere às relações dos CSs com o Estado, constatou-se que numa ou noutra conjuntura, bem como em concepções do que deve ser atribuição dos CSs, há diversas formas possíveis. Tais relações se estabelecerão na forma do consenso puro e de uma existência dos CSs como simples instrumentos de consulta e poderão, ao mesmo tempo, funcionar como mecanismos institucionais deliberativos e preservando os princípios constitucionais.

No microcosmo dos CSs o que se pode esperar é que, por meio do diálogo, representem de fato as demandas da sociedade civil. Portanto, seja no espaço deliberativo de suas reuniões, seja lutando para que tais deliberações sejam respeitadas e efetivamente incluídas na agenda governamental, é essa dinâmica de atuação independente do Estado o que se espera desses colegiados. (Carvalho, 1997)

Nesse aspecto, destaca-se a capacidade que os CSs têm de intervir na agenda, apesar da constatação de que há por parte do Estado um sistema seletivo capaz de

excluir as propostas do CS da agenda de prioridades. (Carvalho, 1997) Por outro lado, os CSs podem desempenhar o papel de legitimadores das propostas governamentais. Essas constatações levam-nos a reforçar a importância do preparo técnico e político dos conselheiros (Silva & Abreu, 2002), da normalização do funcionamento dos CSs (Sposati & Lobo, 1992) e do estabelecimento de critérios de formulação de demandas como aspectos relevantes na capacitação dos conselheiros usuários, para que se antecipem à agenda do gestor, possibilitando uma participação qualificada. A elaboração das demandas deverá seguir os critérios de pertinência, relevância e oportunidade, como destacou Rodrigues (2000).

Cabe salientar que os CSs são apenas mais um aparato institucional de processamento das demandas, negociação de interesses e defesa de direitos. Sabe-se de antemão da existência de outros mecanismos que podem ser acionados, individual ou coletivamente, pela sociedade para a garantia dos direitos constitucionais.

Porém, diante de uma conjuntura predeterminada pelas condições de desenvolvimento impostas não só pelas elites econômicas nacionais e governo, mas também pelas agências financeiras internacionais, corre-se o grave risco de se perderem os pressupostos universalistas da proposta de reforma sanitária no Brasil, ao atender a tais exigências. (Schwartz, 2000) Isso ocorre num momento em que esse mesmo Estado se distancia das políticas sociais, agravando mais as desigualdades sociais e os problemas de acesso da população aos serviços essenciais, como saúde, trabalho e educação, situação também ressaltada no *Boletim FAMERJ* do ano 2000, expressando a preocupação e insatisfação das federações com relação à forma de condução das políticas públicas em geral.

Há, portanto, visões e explicações diferenciadas do fenômeno da participação social, e essa diversidade contribuiu para a reflexão acerca das formas de participação. Uma delas diria respeito à importância do preparo técnico e político dos conselheiros como fator impeditivo de cooptação dos representantes de usuários pelos gestores. (Tenório, 1997) A tecnicização dos conflitos em detrimento do debate político se caracterizaria como uma distorção, superada pela capacitação e educação continuada, ações fundamentais de atribuição dos CSs. (Dal Poz & Pinheiro, 1998) Em suma, a alteridade impregnada de distorções, tais como a cooptação, a subalternidade e a tutela (Sposati & Lobo, 1992) dos movimentos sociais ou associações civis em relação aos demais segmentos, tradicionalmente concentradores de recursos de poder econômico,

político e social, impede o exercício pleno e autônomo da cidadania.

Entretanto, a inclusão do outro, do *alter* nas negociações relativas às políticas públicas contribuiu para o exercício do direito civil de associação no Brasil democrático e também para a inserção desses grupos na composição dos CSs visando atingir objetivos coletivos na definição de prioridades de políticas.

A literatura internacional define o associativismo como importante tema da atualidade, bem como suas características nos países de democracia avançada, que passaram por experiências de *welfare state*. (Mèny, 1993) Apesar disto, são análises relevantes no entendimento do microcosmo das associações contemporâneas.

Dessa forma, Schmitter (1993), principal representante dessa corrente, analisou nessas democracias formas particulares de concertamento de interesses, o denominado neocorporativismo, e que envolvem amplos setores da sociedade em negociação com o governo, porém autônomos em relação ao Estado.

Para Schmitter, na atualidade, as associações civis (concertamento organizacional) somam-se às três dimensões reconhecidas, o Estado (controle hierárquico), a comunidade (solidariedade espontânea) e o mercado (competição dispersa). Nesse sentido, ainda elaborou três tipologias das associações contemporâneas que consideram o número de associações, a densidade da afiliação e o domínio da representação. A variação do número de associações em conjunturas diferentes, o número de membros em relação à área e a definição dos interesses e regras de seleção dos membros, segundo o autor, caracterizariam tais associações.

A relação entre as associações e o Estado, seu grau de influência como variável importante na consecução de seus objetivos junto ao Estado e sua profissionalização em determinados assuntos, além da capacidade que desenvolvem na formulação de demandas, foram caracterizados por Graziano (1994).

Outra contribuição importante, considerando-se os contextos democráticos, refere-se aos modelos descritos por Putnam (1996), das diferentes realidades de um mesmo país, com suas culturas influenciando diretamente as formas de associativismo. O acúmulo de capital social, para ele, depende de variáveis como, por exemplo, tradição de participação ou disposição para desenvolver uma cultura cívica onde ela ainda não se manifestou pela confiança mútua e cooperação entre os membros de uma associação. Destaca a maior eficácia das instituições públicas como consequência da existência de

associações civis. Além disso, podem gerar um círculo cívico virtuoso na consecução de objetivos de utilidade pública.

No Brasil, destaca-se o estudo de Labra (1993) referente ao associativismo no campo da saúde, mais especificamente a organização do empresariado médico, desde o início do século 20 e, atualmente, consolidado e forte, concentrando diversos recursos de poder.

O advento dos CSs trouxe perspectivas de influência das associações civis e dos movimentos sociais, que na história brasileira, possuíam reduzida capacidade de influir nas decisões de governo.

No Município do Rio de Janeiro as associações em maior número nos CSs, no segmento dos usuários, são as associações de moradores. O poder de influência das AMs nos CSs do Município do Rio de Janeiro é considerável na medida em que elas correspondem a 70% da representação nos CODSS, em 2001. Cabe questionar, porém, se de fato representam de fato os interesses da comunidade, dos usuários do SUS.

A história das AMs no Rio de Janeiro apresenta traços de uma formação fortemente atrelada às iniciativas estatais de controle de suas ações, em detrimento do papel esperado na defesa dos interesses da população. (Paiva, 2001)

Pôde-se observar nos documentos das federações, como a FAMERJ, a resistência atual a tal investida estatal nas AMs com as propostas de criação de Conselhos populares por iniciativa do governo estadual. (*Boletim FAMERJ*, 2001). Há, contudo, a necessidade de verificar a capacidade real de as AM influenciarem a agenda da saúde no município.

Observou-se, em âmbito nacional e na cidade do Rio de Janeiro, o aumento do número de associações de moradores criadas nos anos 80 e, com menor intensidade, nos anos 90. (*Boletim FAMERJ*, 2001)

A primeira associação de moradores (AM) do Município do Rio de Janeiro foi criada em 1910. Porém, até a década de 1980 as AMs estavam expostas à constante investida do poder público em seu controle e, mais recentemente, enfrentam problemas tais como a ocupação do cargo de direção da AM pelos traficantes, nas comunidades de baixa renda. (Paiva, 2001)

Se nos anos 90 há a investida do crime organizado na direção destas AMs nas

favelas e se elas, juntamente com as AMs de bairros, formam a maioria do segmento dos usuários nos Conselhos de Saúde, cabe questionar quais os interesses que estão sendo representados.

Outra peculiaridade do Município do Rio de Janeiro e que interfere nas características das AMs refere-se à heterogeneidade da ocupação espacial e populacional da cidade. (Boschi, 1987; Paiva, 2000) Também cabe destacar a peculiar constituição dos distritos sanitários, que deveriam ser criados com base em critérios sanitários, ao contrário do que ocorreu nestes últimos 11 anos, a partir da simples identificação com o critério topográfico-burocrático da divisão administrativa do município. (Mendes, 1996) Essa distorção delineou um mapa do município com alta concentração de equipamentos públicos de saúde na Zona Sul e permanência das desigualdades entre os distritos sanitários, com a Zona Oeste recebendo a denominação de “deserto sanitário”. (Diário de campo da Conferência Distrital – AP 4 , 2001)

No período de elaboração desta dissertação pôde-se verificar a atuação da gerência técnica do Conselho Municipal de Saúde na definição das regras de participação do segmento dos usuários. A Resolução 780, de maio de 2001, estabeleceu condições para a participação das entidades organizadas de usuários.

As AMs pesquisadas retratam a realidade brasileira no aspecto da organização da sociedade em suas relações com o Estado. Possuem estatuto regendo seu funcionamento e atuação preservando a autonomia nas decisões sobre aspectos como a seleção dos membros, eleição de dirigentes, periodicidade de reuniões, entre outros. Algumas são mais democráticas, a exemplo dos novos ares dialógicos presentes nas relações Estado/sociedade, resultantes da redemocratização ocorrida nos anos 80. Outras tantas conservam ações em extremo autoritárias, mantêm resquícios clientelistas em suas relações com os associados, o Estado e demais entidades da sociedade civil.

A saúde pode ser considerada pelos diversos grupos sociais em seus conceitos amplo ou restrito. No primeiro caso, tal como conceituado pela OMS e pela Constituição de 1988, observam-se lutas pela implementação dos princípios do SUS e defesa da saúde pública de qualidade, uma vez que saúde, nessa concepção, é determinada pelas condições de vida e trabalho da população, somadas a uma complexidade de fatores. Há, por outro lado, grupos operando segundo a tradicional concepção restrita do processo saúde/doença.

O quadro que se configura no âmbito das microrrelações – entre as AMs e seus associados e delas com as demais entidades e governos nos CSs e em outros espaços públicos de concertamento de interesses – aponta para a necessidade de fortalecimento do segmento dos usuários.

Confirmaram-se, pelos dados desta pesquisa, os diagnósticos dos diversos estudos sobre Conselhos de Saúde, especificamente, o fato de que a participação na trajetória de organização dos movimentos sociais é de interesses da população em geral, controlada, combatendo e, só a partir da década de 1980, portanto há pouco mais de 20 anos, dialogando com o Estado e demais organizações de interesse empresariais. (Carvalho, 1995)

Esboça-se mediante os resultados aproximativos da pesquisa o desenho de uma sociedade a caminho de uma configuração democrática, pelo respeito ao tão propalado princípio constitucional da “soberania popular” e, ao mesmo tempo, a sua coexistência com a cultura autoritária e heterônoma, tanto por parte dos governos quanto dos grupos de interesses da área empresarial médica, trabalhadores de saúde, minorias lutando, isoladamente, por recursos.

Quanto ao segmento dos usuários, observa-se “a fragmentação da fragmentação” das demandas e lutas. Não há unidade dos movimentos sociais na perspectiva de melhoria das condições de saúde para todos, um direito universal, como normaliza a Constituição de 1988. (Silva & Abreu, 2002)

As lideranças das associações de moradores, em alguns casos, participam de diversas outras associações: o profissional de saúde pode ser filiado a sua associação profissional ou sindicato de classe, à associação de moradores de seu bairro, pode ser sócio do *Lions* e de outros clubes culturais, religiosos e esportivos. Se portador de doença crônica, poderá representar sua associação de portadores de patologia, sendo considerado usuário dos serviços do SUS, apesar de possuir plano de saúde.

Disto pode-se concluir que as AMs agregam, retotalizam o fragmentário, ou seja, elas processam a coexistência dialética das minorias/maiorias. A principal rede de relações dessas entidades é tecida por meio de suas filiações às federações e confederação.

As AMs representam nada mais, nada menos do que uma fração do movimento associativo, talvez a mais abrangente em termos de interesses, uma vez que englobam

interesses diversos em seus quadros de associados.

A pesquisa mostrou que, em função da ambigüidade do conceito de usuário (já destacado pelos estudos citados), estas AMs se constituem em legítimas representantes dos usuários e consideram a saúde tema relevante nas pautas de assembléias.

Quanto ao aspecto das demandas reais dos usuários, porém, constatou-se a reduzida participação da comunidade na AM, ocorrendo meramente pelo contato com as lideranças no cotidiano. Além disto, o número de membros atuantes corresponde ao número de diretores da entidade, na maioria dos casos, conduzindo à constatação da auto-representação por parte dos dirigentes dessas AMs.

A constatação de que os usuários não constituem um grupo homogêneo indica a necessidade de se questionar a qualidade da representação dos usuários sob a perspectiva dos representados e dos demais segmentos participantes dos CSs para a construção de um desenho mais abrangente do fenômeno.

Observou-se o desinteresse dos dirigentes das AMs na eleição e no estímulo à participação nos CSs. Enquanto os dirigentes consideram a capacitação atribuição do COMS, os conselheiros entrevistados, ao contrário, responderam que seria uma atribuição da própria associação e ressaltaram a importância dessas iniciativas para sua atuação nos CSs. Afirmaram a primazia da abordagem do conhecimento técnico específico do campo da saúde pública, assim como de informação e preparo político no que tange às experiências de participação a fim de que os conselheiros possam interferir nas decisões.

As reivindicações das AMs relativas à saúde pelas AM são, em sua maioria, relacionadas a obras de infra-estrutura de saneamento básico, preocupações, portanto, de saúde coletiva que há muito já deveriam ter sido superadas, uma vez que se constituem em ações básicas. Perde-se tempo com tais reivindicações de um direito adquirido e dependente de vontade política. Questões outras deveriam constar da pauta de reivindicações dessas AMs, como a de maior participação da comunidade buscando efetivar o financiamento da saúde pelo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, que estabelece percentuais mínimos de transferências para a União, os estados e os municípios.

Pôde-se constatar que as AMs – tanto aquelas de comunidades de baixa renda quanto de bairros de classe média e alta – no Município do Rio de Janeiro apresentam

traços semelhantes no que concerne a seus objetivos de melhoria das condições de vida na cidade, incluindo o que diz respeito à violência produzida pelo crime organizado, problema de saúde pública que atinge particularmente a cidade do Rio de Janeiro, *locus* original de formação de favelas. Dessa forma, o “asfalto” e o “morro” são “duas faces da mesma moeda”, uma vez que os moradores de ambos os espaços urbanos e “civilizados” em maior ou menor grau são quotidianamente bombardeados pelo que se poderia denominar “ditadura do crime organizado” ou poder paralelo.

A aproximação ao fenômeno da participação social nos CSs, particularmente das AMs no Município do Rio de Janeiro, apontou lacunas indicativas da necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas e do aprofundamento do debate. No que se segue, indicamos questões importantes a serem consideradas para a reflexão.

Além daqueles limites identificados no processo de estudo e pesquisa já destacados na introdução desta dissertação, ao final das análises pôde-se identificar a fragilidade da hipótese de base, presente tanto na Pesquisa Estratégica – PED quanto no projeto de dissertação.

Nesse sentido, como avaliar se a proximidade do conselheiro de suas bases é definidora de uma atuação mais efetiva se, como constatado pela pesquisa, essa base inexistente ou tem participação reduzida na associação? Há outras determinações intervenientes nesse processo, a exemplo da escolha de não participar, efetuada por uma ampla parcela da população brasileira, somada a outros fatores.

Como questionar a qualidade da representação pelo critério de capacitação técnica e política se os próprios dirigentes, que em alguns casos também são conselheiros, afirmam não ser de atribuição das AMs a capacitação (técnica ou política) de seus membros? A AM não seria uma escola cívica com autonomia para a formação de seus membros? Não seria, essa autonomia, o elemento dinâmico dos movimentos sociais e indutor de uma participação ativa no CS? Conclui-se que a presente definição de qualidade da representação dos usuários se constitui em barreira para o entendimento do fenômeno e merece maior aprofundamento.

Quais seriam, então, as escolas cívicas de formação das lideranças das AMs? Os sindicatos, partidos políticos, AMs ou outras entidades? Essa profissionalização faz-se pela participação nas AMs? Há lideranças que atuam há cerca de 30 anos como membros de AM. Seu perfil foi delineado apenas nesse espaço de atuação na busca de

solução dos problemas do cotidiano?

Por fim, é possível o acúmulo de capital social e constituição futura de uma cultura cívica pela prática de participação social nos CSs? É possível romper com a predominante tradição de submissão, própria da formação social brasileira, desde seu “descobrimento”, em relação às determinações externas, com o movimento de globalização da economia e implementação das políticas neoliberais em nosso país?

Essas questões reafirmam, portanto, a importância de novos estudos que superem os limites já apontados neste, principalmente, a dificuldade de captar as reais intenções dos conselheiros, haja vista a opacidade do objeto. (Silva & Abreu, 2002) Outra proposta consiste em uma abordagem que inclua em seu universo, além dos conselheiros representantes de usuários e dirigentes de associações, também os associados (representados) e os conselheiros de outros segmentos sociais.

Referências citadas

- BOBBIO, N. MATTEUCCI, N. (org.) 1985. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora da UnB.
- BOLETIM FAMERJ HOJE. 2001. edições abril/maio e novembro/dezembro.
- BORGES, Susidarley F. M..2000. Participação Social nos Conselhos de Saúde: o potencial dos representantes dos usuários. *Anais do II Encontro de Seguridade e Serviço Social*. CRESS 10ª região. Porto Alegre: pp. 374-378. Trabalho n. 111.
- BOSCHI, R..1987. *A arte da Associação. Política de Base e democracia no Brasil*. São Paulo: Vértice/IUPERJ.
- BRAVO, M. I. S.2000. 2º MAPEAMENTO dos Conselhos Municipais de Saúde das Regiões Metropolitanas III do Rio de Janeiro (Itaboraí, Magé, Guapimirim, Tanguá, São Gonçalo e Niterói). Autoras: Cláudia Gouveia dos Santos, Patrícia Simone Xavier de Araújo e Priscila Ribeiro Campos. Agosto.
- _____.2000. RELATÓRIO do Projeto nº 990237: O Controle Social na Saude: uma demanda ao Serviço Social. Maria Inês de Souza Bravo.
- CARVALHO, A.I. 1997. Os Conselhos de Saúde, Participação social e Reforma do Estado. *Debate revista de ciência e saúde coletiva*. Vol III, nº1.
- _____. 1995. Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM.
- _____.1997. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: *Revista Saúde e Democracia*. In: Sonia Fleury. A Luta do CEBES.
- CHAUÏ, Marilena. 2003. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 10ª edição. São Paulo: Cortez. (pp. 273-309).

- COHEN, J. & ROGERS, J. 1995. *Associations and Democracy. The real utopias project*. Vol. 1. University of Wisconsin.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. 1998. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva* III (1).
- DAL POZ, Mário R.; PINHEIRO, Roseni. 1998. A Participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus determinantes. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva* nº 1, número especial dedicado ao tema dos Conselhos de Saúde.
- FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn, 2001. Comunidade Cívica, capital social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ.
- GOHN, Maria da Glória. 2001. *Conselhos Gestores e participação sócio-política*. São Paulo: Cortez.
- _____. 1997. *Teorias dos Movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: edições Loyola.
- GRAZIANO, Luigi. 1994. Lobbying, troca e definição de interesses – reflexões sobre o caso americano. *Dados* 37(2), pp.:317-340.
- JUNIOR, Orlando Alves dos Santos. 2001. *Democracia e Governo Local. Dilemas da Reforma Municipal no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan. Fase, pp. 147-175.
- LABRA, Maria Eliana. 1999. Análise de Políticas Públicas, *Policy-making* e Intermediação de interesses. In: *Physis* 9 (2).
- _____. 1993. Associativismo no Setor Saúde Brasileiro e Organizações de Interesse do Empresariado Médico. In: *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol 3 (2).
- _____. 2000. Projeto de Pesquisa Estratégica. A qualidade da representação dos usuários.
- _____. 2001. Diários de Campo da Pesquisa Estratégica - PED. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- _____. 2001. Base de dados da Pesquisa Estratégica – PED. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- _____. 2002. Capital Social y Consejos de salud em Brasil. Un círculo virtuoso? In: *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suplemento); pp. 47-55.
- _____. 2003. Relatório da Pesquisa Estratégica “A qualidade da representação dos usuários nos CS”. ENSP/FIOCRUZ.
- LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. 2002. Associativismo, Participação e Cultura Cívica. O Potencial dos Conselhos de Saúde. In: *Ciência e saúde coletiva*. (7) 3.
- MAGALHÃES, Humberto Piragibe & MALTA, Christovão Piragibe Tostes. (s/d) *Dicionário Jurídico*. Vol. I. Ed. Trabalhistas: Rio de Janeiro.
- MENDES, E. V. (org). 1999. *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. Cap. 1 e 2.

- MÉNY, Ives. 1993. Os Grupos de Interesse. *In: Politique Comparée*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MINAYO, M. C. S. (1994) A Violência Social sob a perspectiva da Saúde Pública. *In: Cadernos de Saúde Pública*, 10 (suplemento 1): pp. 7-18.
- PAIVA, Maria Arair Pinto. 2001. *Espaço Público e Representação Política*. Niterói: Ed UFF.
- PUTNAM, Robert D. 1996. *Comunidade e Democracia. A Experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: FGV. Capítulo 4, pp. 100-5 e Capítulo 6, pp. 173-94.
- RAMOS, M. H. R. (org).2002. *Metamorfoses sociais e políticas urbanas*. Rio de Janeiro: DP&A.
- RANGEL, A. H., PEREIRA, L. D. & MOTA, S. F. 2002. Saúde levada a sério. *In: RAUTA RAMOS, Maria Helena (org).2002. Metamorfoses sociais e políticas urbanas*. Rio de Janeiro: DP&A.
- RESOLUÇÃO do Conselho Nacional de Saúde. n. 196. 1996.
- RODRIGUES, Nelson dos Santos. 2000. A Prática do Controle Social através dos Conselhos de Saúde. Quatorze Reflexões. *In: Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 22, dezembro, pp.71-91.
- SCHMITTER, Philippe (1993). La Consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociales. *In: Rev. Mexicana de Sociología* 55(3):3-31.T
- _____.1983. *Democratic Theory and neo-corporatist practice*. European University Institute and University of Chicago.
- SCHMITTER, Philippe; STREECK, Wolfgang. 1985.Private Interest Government
- SCHWARTZ, G. 2000. Controle Social entra na pauta do Banco Mundial. Painei. *Jornal Folha de S. Paulo*. 17/09/2000.
- SILVA, De Plácido E. (1990). *Vocabulário Jurídico*. Vol. I. – 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense.
- SILVA, F. A. B. & ABREU, L. E. L. 2002. *Saúde: capacidade de Luta – a experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: IPEA.
- SMS-RJ/1999. *Guia de Saúde da cidade do Rio de Janeiro*.
- SPOSATI, A. & LOBO, E. 1992. Controle Social e Políticas de Saúde. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (4); pp.366-378, out/dez.
- TENÓRIO, F. G. ; ROSENBERG, Jacob Eduardo. s/d. *Gestão Pública e Cidadania: metodologias participativas em ação*. Rio de Janeiro: FGV.

Bibliografia

- BAPTISTA, T. W. F. 2003, Políticas de saúde no pós-constituente. Um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, tese de Doutorado (Saúde Coletiva).
- BORGES, Susidarley F. M. 1999, Avaliação dos Serviços de Saúde Prestados no Município de Angra dos Reis a partir da perspectiva dos usuários. Trabalho de conclusão de curso. UFRJ.
- BRAVO, M. I. S. 1996. *Reforma Sanitária e Serviço Social. Lutas sociais e práticas profissionais*. Rio de Janeiro: Cortez.
- _____. 2001. Gestão democrática na Saúde: o potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (orgs). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.
- CARVALHO, J. M. 2001. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- _____. 2000. Cidadania na encruzilhada. In: BIGNOTO, Newton (org.). *Pensar a República*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- CHÂTELET, François. 1997. *História das Idéias Políticas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- CHEVALLIER, Jean-Jaques. 1998. *As Grandes obras políticas de Maquiavel aos nossos dias*. 8ª ed. Rio de Janeiro: agir (pp. 17-49).
- CORREIA, Maria Valéria Costa. 2000. *Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ.
- COUTINHO, Carlos Nelson. 1997. Notas sobre Cidadania e Modernidade. In: *Revista Praia Vermelha*, vol. 1, nº 1. Rio de Janeiro: DP& A. UFRJ/ PPGESS.
- _____. 1989. Gramsci – um estudo de seu pensamento político. Cap. 5: Teoria Ampliada do Estado. Rio de Janeiro: Ed. Campus.
- COLETÂNEA de Leis e Resoluções. 2002. Assistente Social: ética e direitos. 4ª edição. Cress/7ª região, RJ.
- CRUZ, Maria Elisa da. 1992. Associação de Moradores: A Política e os Políticos. Rio de Janeiro, UFRJ (dissertação de mestrado).
- DOIMO, Ana Maria. 1995. A Vez e Voz do Popular. Rio de Janeiro: Relume - Dumará: Anpocs.
- FARIA, Marcília Medrado, JATENE, Adib (orgs.) 1995. Saúde e Movimentos Sociais. O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993. São Paulo: Edusp.
- FONTES, Breno Augusto Souto-Maior. 1996. Estrutura Organizacional das Associações Políticas Voluntárias. In: *RBCS*, nº 32, ano 11, outubro.
- GOHN, Maria da Glória. 2001 (s/d). O papel dos conselhos gestores na gestão urbana.
- HOGWOOD, Brian W. & GUNN, Lewis A. 1984. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford, New York: Oxford University Press. Chapter 11 “ Implementation” (pp.196-218) e Chapter 12 “Evaluation” (pp. 219-240).
- IMMERGUT, Ellen M. 1992. *Health Politics: Interests and institutions in Western Europe*.

- Cambridge University Press. (pp. 18-29, versão em português de M. Eliana Labra).
- KNOKE, D.; PAPPI, F. U.; BROADBENT, J. & TSUJINAKA, Y. 1996. *Comparing Policy Networks*. Chapter I – Policy-making in the organizational state, pp.1-31. (versão em português – Prof^a Eliana Labra e alunos).
- LIMA, Pires de & VARELA, Antunes .1987. *Código Civil Anotado*. Coimbra/RJ, (pp.170-180).
- LINDBLOM, Charles. 1981. *O Processo de Decisão Política*. Brasília, Ed. Universidade de Brasília.
- MARSHALL, T. H. 1967. *Cidadania, classe social e status*. RJ. Ed. Zahar. Cap. 3 (pp. 57-114).
- MINAYO, M. C. S. (org). 1998. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. 9ª edição. Petrópolis: Editora vozes.
- NEDER, Carlos Alberto Pletz. 1995. *Controle Social no SUS: a prática e os desafios*. Coleção debates. Série Políticas Públicas em Saúde 2. IS – Instituto de Saúde. Coordenação dos Institutos de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde – SP.
- PEREIRA, Potyara A. P.; SOUZA BRAVO, Maria Inês.(orgs.). 2001. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- RAICHELIS, Raquel. 2000. *Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. 2ª edição. São Paulo, Cortez.
- RAMOS, M. H. R. 1997. Poder local e acumulação capitalista na era da globalização. *In: Revista Praia Vermelha. Estudos de política e Teoria social*. Vol. 1. Rio de Janeiro, DP&A.
- REVISTA Veja. 1996. O brasileiro segundo ele mesmo. 10/01/1996 Ed.: 1426 pp.: 48-57. Ricardo Grinbaum. Pesquisa Vox Populi.
- RIBEIRO, José Mendes. 1997. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (1) pp. 81-92, jan-mar.
- SANTOS, W. G. 1987. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Campus; pp. 64-75.
- SILVA, I. G. 2003. *Democracia e Participação na Reforma do Estado*. São Paulo: Cortez. Coleção Questões de nossa época.
- TAVARES, L. 1996. O impacto social das políticas neoliberais: o Brasil no contexto da América Latina. *Mimeo*.
- TOCQUEVILLE, Aléxis de. 2001. *A Democracia na América*. Livros I (Leis e costumes). e II (Sentimentos e opiniões). São Paulo: Martins Fontes.
- VIANA, Maria Lúcia Teixeira. 1998. *A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: REVAN. IUCAM/IUPERJ.

Anexos

Anexo I – Questionário – Perfil das associações de moradores representadas nos Conselhos de Saúde – Rio de Janeiro

Questionário N.º ____ Data: ____/____/2001 Entrevistadora

1. Nome da confederação/federação/associação
(distinguir entre AM bairro/favela)
2. Data de criação
3. Se é associação, pertence à:
 confederação
 federação
Desde quando?
4. Área geográfica de atuação
5. População da área (aproximada)
6. AP de atuação?
7. Quantos afiliados inscritos ou registrados tem a entidade?
8. Quantos membros da comunidade participam ativamente na entidade? (aproximado)
9. Tem regimento interno? sim não
10. Número de membros da diretoria
11. Como é eleito o presidente?
 voto secreto aclamação indicado por político indicado por liderança local de que tipo?
12. Nas reuniões gerais da entidade, quais são os pontos mais importantes que se discutem?
1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
13. Os membros da entidade sabem ou compreendem o que é o SUS?
14. Quanto ao saneamento ambiental; quais dos seguintes temas preocupam a entidade?
 água potável ratos coleta de lixo
 esgoto mosquitos bueiros entupidos
 valas negras outros
15. Quanto à assistência à saúde, quais são os problemas que mais preocupam a entidade ou a comunidade?
1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ Por quê?
16. Para solucionar os problemas de atenção à saúde da comunidade, qual é o encaminhamento que faz a entidade e para onde?
17. Com que periodicidade se reúne a associação de moradores?
18. Quais são os meios utilizados para convocar a comunidade às reuniões? panfleto alto-falante rádio comunitária correio outros
19. Como consideraria o envolvimento da população local nas atividades da entidade?
 nulo médio bom muito bom Por quê?
20. A associação de moradores tem representantes no Conselho de Saúde?
 não sim
Em qual ou quais?
1) _____ 2) _____ 3) _____ (distinguir se é distrital, municipal ou estadual)
21. Como se relaciona a AM com seu(s) representante(s) no CS? dá orientações
 acompanha seu trabalho transmite as necessidades da comunidade

- () transmite as diretrizes da entidade () outros
22. Qual é a sua opinião sobre a atuação do representante no CS?
 () ruim () regular () boa () muito boa Por quê?
- 23 Como é eleito o representante?
 () por indicação do presidente
 () por indicação dos dirigentes
 () por eleição em assembléia
 () por indicação de políticos
 () por pressão da comunidade
24. Qual outra entidade influi na indicação/escolha do representante da associação de moradores no Conselho de Saúde?
 () Igreja (qual) () Partido Político (qual) () Outra
25. A Associação de moradores acompanha o trabalho do representante? () sim () não
 De que forma? () reuniões periódicas () informes em reuniões () instruções por escrito
 () contatos informais () outros
26. O representante mantém relações com a associação de moradores?
 () informes escritos para direção
 () informes verbais para direção
 () informes nas reuniões abertas
 () contatos informais
27. Quais são os fatores que mais influem na escolha do representante no CS?
 () ter educação superior () ter facilidade para falar em público
 () ter prática nos assuntos da saúde () conhecer o funcionamento do CS
 () ser popular na comunidade () outros
28. A associação de moradores capacita seus representantes para atuar no Conselho de Saúde? () sim () não
 De que forma? () cursos () apostilas () outros
29. Quais são os temas ou pontos que mais precisam de orientação da associação de moradores para seu representante poder atuar no Conselho de Saúde?
30. A associação de moradores participa das conferências de saúde () sim () não
 Em caso positivo, quais? () do distrito () do município () do estado () nacional
31. Como a entidade escolhe seus representantes para participar nas conferências?
32. A associação de moradores toma conhecimento das decisões do Conselho de Saúde?
 () sim () não
 Caso positivo, de que forma?
33. Acompanha o encaminhamento das decisões do CS
 () sim () não
 Caso afirmativo, de que forma?
- 34 A associação de moradores recebe orientação da federação/confederação para atuar no tema da saúde?
 () sempre. Indique de que forma
 () muitas vezes. Indique de que forma
 () poucas vezes. Indique de que forma
 () nunca (por quê?)
35. Recebe orientação de outras instituições ou entidades? Quais?
36. A associação de moradores informa a comunidade sobre as atividades desenvolvidas por seu representante no Conselho de Saúde?
 () sempre . Indique de que forma
 () muitas vezes. Indique de que forma
 () poucas vezes. Indique de que forma

nunca

37. Qual seria o papel ideal que deveria cumprir a associação de moradores para que seu representante no conselho de saúde tenha uma boa atuação?

38. Quais deveriam ser os principais atributos ou características do representante da associação de moradores no conselho de saúde?

Escolaridade alta média baixa nenhuma

Idade jovem adulto idoso

Sexo feminino masculino

Experiência em atuar em conselhos muita regular pouca nenhuma

Ser conhecido pela comunidade muito regular não faz diferença

Situação de trabalho funcionário público ativo aposentado

trabalhador comum

aposentado

desempregado

dona-de-casa

Situação civil: solteiro viúvo casado divorciado

Ligado a alguma organização

político-partidária

religiosa

clube de esportes

entidade cultural

entidade filantrópica

movimento popular

Entender do SUS: muito pouco nada

41. Quais são as características pessoais do representante dos usuários

a) Sexo: masculino feminino

b) Idade: ____ anos

c) Grau de instrução:

d) Situação de trabalho: empregado com carteira trabalhador informal

aposentado desempregado

e) Ser conhecido na comunidade: muito médio pouco nada

f) Tradição de participação no conselho de saúde sim não.

Caso sim, indique o tempo:

g) vinculação com político de partido sim não

Caso sim, indique qual:

h) Vinculação com gestores do SUS sim não

i) outras vinculações (Igreja/pastoral, ONG, outras) sim não

Caso sim, indique qual:

Identificação do respondente

a) Sexo: ____ Idade: ____ Bairro onde mora: _____

b) Cargo na associação: Tempo no cargo:

c) É conselheiro de conselho de saúde? Qual? Desde quando?

d) Foi conselheiro de conselho de saúde? Qual? Por quanto tempo?

e) E em outros conselhos? Quais?

f) Pertence a partido político? Qual?

g) Já se candidatou a cargo eletivo? Que cargo?

h) Indique se você participa de organizações/entidades do tipo das citadas abaixo

(Marque com um X).

() Religiosa. Qual? Há quanto tempo?

() Sindical. Qual? Há quanto tempo?

() Cultural Qual? Há quanto tempo?

() Desportiva Qual? Há quanto tempo?

() Filantrópica Qual? Há quanto tempo?

() Outras Qual? Há quanto tempo?

Anexo II – Questionário – Perfil dos representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro

Questionário N.º: _____ Data: ___/___/___ Entrevistadora

1. Identificação do representante

- a) Sexo: () Masculino () Feminino
- b) Idade: ___ anos
- c) Situação trabalhista
- d) Estado civil:
- d) Grau de Instrução:

2. Residência

- () própria
- () alugada
- () outra

3. Você tem:

- telefone convencional () sim () não
- telefone celular () sim () não
- carro () sim () não
- computador () sim () não
- Internet () sim () não

4. Qual a entidade que você representa no Conselho de Saúde?

5. Se a entidade que você representa é filiada a outras organizações maiores, informe quais:

6. Você ocupa cargo na direção na entidade que representa? Qual?

7. Há quanto tempo você pertence à entidade que representa?

8. Já foi representante de outra entidade? Qual?

9. Representou a entidade em outros conselhos? Quais?

10. Indique há quanto tempo você é representante no Conselho de Saúde.

11. Marque como considera sua participação no Conselho de Saúde

- () nula
- () regular
- () boa
- () muito boa

Por quê?

12. Consegue se articular com os demais segmentos do Conselho de Saúde?

13. Consegue trabalhar articulado com os demais representantes dos usuários?

14. Como se vincula com a entidade que representa?

- () dá informes só a presidente e/ou dirigentes
- () dá informes nas reuniões abertas
- () outros

15. Você recebe instruções da associação de moradores para sua atuação no Conselho de Saúde?
- não recebe
 - verbais
 - outros
 - documentos para leitura
 - escritas
16. Quais os assuntos que mais preocupam os representantes dos usuários no Conselho de Saúde?
17. E, para você, qual é o assunto mais importante que deveria ser tratado no Conselho de Saúde?
18. Qual o tema que você mais entende?
19. Qual o tema que você menos entende ou tem dificuldade de entender?
20. Você entende o SUS como parte principal da Política Nacional de Saúde? Por quê?
21. A entidade ajuda com capacitação em que assuntos?
22. Quem mais orienta para melhor participar do Conselho de Saúde?
23. Você comunica as decisões do Conselho de Saúde à entidade? De que forma?
24. A associação de moradores acompanha as resoluções do Conselho de Saúde. Como?
25. Com que frequência a associação de moradores se reúne?
26. Nas reuniões da AM quais os assuntos mais discutidos?
27. Para a entidade a importância do tema saúde é:
- nula
 - regular
 - alta
 - muito alta
28. Qual aspecto da saúde têm mais destaque para a AM? (enumere de acordo com a preferência)
- saneamento básico
 - assistência médica no posto ou centro de saúde
 - assistência médica no hospital
 - municipalização do SUS
 - financiamento dos serviços
 - programa saúde da família
 - agentes comunitários
 - outros
29. E, para você, como representante da entidade, quais são os mais importantes?
30. Como descreveria o perfil atual do representante da entidade no Conselho de Saúde?
31. Quais seriam as qualidades de um representante ideal?
32. Você participou de conferências de saúde? De onde?
33. O que poderia ser feito para melhorar a atuação do representante da entidade no CS?
34. Na sua opinião; a entidade está muito influenciada pela política partidária?
E de quais partidos em particular?
35. Alguma outra instituição ajuda a entidade que você representa na capacitação de conselheiros? Quais? De que forma?

36. E o CMS ou o CES ajuda? Como?
37. Na sua opinião, você consegue expressar no CS as demandas da população?
38. Você tem dificuldades no exercício da sua representação? Descreva?
39. Você pertence algum partido político? Diga qual se quiser?
40. Gostaria de seguir a carreira de político? Ser vereador por exemplo?
41. O presidente da entidade que você representa já foi ou é político?
42. Indique se você participa das seguintes organizações/entidades das citadas abaixo:
- () Religiosa. Qual? Há quanto tempo?
 - () Sindical. Qual? Há quanto tempo?
 - () Cultural. Qual? Há quanto tempo?
 - () Desportiva. Qual? Há quanto tempo?
 - () Filantrópica. Qual? Há quanto tempo?
 - () outras. Qual? Há quanto tempo?
43. O que mais gosta de fazer nas horas de lazer?
44. Acostuma se manter informado sobre o que acontece na cidade?
- Por quais meios:
- () radio
 - () Internet
 - () TV
 - () jornais
 - () amigos
 - () revistas
 - () outros
45. Costuma ler temas ligados à saúde?
- () documento
 - () relatórios de conferências
 - () noticiais de jornal
 - () material de capacitação de usuários
 - () outros
46. Já fez curso de capacitação de usuários? Onde?
47. Você já fez algum trabalho junto à comunidade? Qual?
48. Como é a participação da comunidade na entidade? Por que?
49. Quais são os problemas sociais que mais atingem a sua comunidade?
50. De que forma estão sendo enfrentados?
51. Os representantes dos usuários têm acesso às contas da secretaria de saúde?

Anexo III – Distribuição dos questionários aplicados nas Áreas Programáticas (AP)

APs	Região	Conselheiros	Entidades	Dirigentes
1		–	Não foram realizadas entrevistas nessa área	-
2.1	Sul	3	Sociedade de amigos e câmara comunitária de Copacabana Associação de Amigos da Glória	2
2.2	Norte (Tijuca)	2	AM e Amigos de Vila Isabel AM da Pça Xavier de Brito e Adjacências	2
3.1		–	Questionários não devolvidos (12)	
3.2	Norte (Méier)	1	AM Camarista do Méier	1
3.3	Norte (Irajá)	3	AM do Conj. Residencial Amarelinho AM do Parque Vila Rica (favela) AM do Bairro Rocha Miranda AM do Morro do Juramento (favela) AM da União Parque Acari (favela)	5
4.0	Oeste (Jacarepaguá)	4	AM Pindorama AM da Freguesia e Adjacências	2
5.1	Oeste (Bangu)	3	AM do Conjunto Habitacional Taquaral AM de Padre Miguel	2
5.2	Oeste (Campo Grande)	2	AM de Vila Esperança AM e Amigos do Bairro São Victor AM e Amigos do Bairro Sta Edwiges	3
5.3		–	Os questionários não foram devolvidos (10)	
Total		18		17

Fonte: Labra, 2003.³⁹

³⁹ Reelaboração a partir do Relatório da Pesquisa Estratégica “A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ.

Agradecimentos

Dedico estas páginas aos profissionais e amigos pelo companheirismo nesta etapa de vida e de formação profissional, especialmente, Joyce Mobley e Charmaine Folly, Solange Moreira, Romero Ferreira e Valéria Gomes, pelo estímulo, leitura do material e sugestões.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Tatiana Vargas de Faria Baptista, pela competência, profissionalismo e sensibilidade, assim como à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, altamente qualificada na formação profissional em saúde pública e coerente com os objetivos de ensino de instituições de pós-graduação, primando pelo compromisso com a produção de conhecimento em saúde e respeito à trajetória dos jovens pesquisadores.

A meus pais, Maria Rosa Fideles Porto e João da Mota Porto, pelos exemplos de parceria e compromisso com o trabalho; e a meus filhos, Karen e Ranyeri, pela importância afetiva que representam em minha vida.

À equipe da pesquisa estratégica, Prof^a. Maria Eliana Labra, Rachel, Vânia e Luiz Augusto, pela oportunidade de trabalho em equipe e a possibilidade de criação coletiva do banco de dados e seu compartilhamento nos diferentes projetos.

À turma do Mestrado e professores, pelas contribuições na disciplina de Seminários avançados.

À Prof^a. Dr^a. Maria Inês Bravo e equipe de pesquisa da FSS/UERJ, por suas contribuições intelectuais e seu apoio.

Agradeço aos conselheiros representantes de usuários e presidentes das associações de moradores, personagens ousados, e àqueles que não se esquivaram na democratização de informações sobre suas práticas, sem as quais este estudo não se concretizaria – que ele contribua efetivamente em suas reflexões e práticas.

A fantasia desligada da razão produz monstros impossíveis. Aliada a ela é capaz de criar maravilhas.
Goya

Lista de Siglas

ADUSEPS – Associação de Defesa dos Usuários de Planos e Sistemas de Saúde
ALERJ – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AMs – Associações de Moradores
AMAGLÓRIA – Associação de Moradores e Amigos da Glória
AMACOPA – Associação de Moradores e Amigos de Copacabana
AMAVILA – Associação de Moradores e Amigos de Vila Isabel
ANAMPOS – Associação Nacional de Movimentos Populares
APs – Áreas de Planejamento Administrativo
APP – Associações de Portadores de Patologias
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CMS – Centro Municipal de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CODSs – Conselho Distrital de Saúde
COMS – Conselho Municipal de Saúde
CONAM – Confederação Nacional das Associações de Moradores
CR – Coordenadoria Regional
CSs – Conselhos de Saúde
FAF-RIO – Federação das Associações de Favelas do Município do Rio de Janeiro
FAFEG – Federação das Associações de Favelas do Estado da Guanabara
FAFERJ – Federação das Associações de Favelas do Estado Rio de Janeiro
FAMERJ – Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
FAM-RIO – Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro
RL – Religião
RM – Região Metropolitana
RMRJ – Região Metropolitana do Rio de Janeiro
SD – Sindicatos
SUS – Sistema Único de Saúde
OT – Outros
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM – Posto de Atendimento Médico
PS – Posto de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
UACPS – Unidades de Atenção Primária de Saúde

Índice de quadros

Quadro 1 – As Normas Operacionais da Saúde e a participação popular	15
Quadro 2 – Avaliação das associações e representantes de usuários nos CSs	32
Quadro 3 – Dados populacionais e de composição dos CODSS – RJ (2001-2003)	61
Quadro 4 – Distribuição da representação dos usuários nos CS	62
Quadro 5 – Perfil das associações moradores – categorias e variáveis	63
Quadro 6 - Perfil da atuação dos representantes das AMs nos CSs – categorias e variáveis.....	64
Quadro 7 – Período de criação das AMs pesquisadas	65
Quadro 8 – Número de associações vinculadas às federações e confederações	66
Quadro 9– Frequência dos problemas de saneamento básico	71
Quadro 10 – Aspectos relevantes da saúde para a AM	71
Quadro 11 – Formas de solução dos problemas de saúde e saneamento básico	72
Quadro 12 – Relações dos presidentes das AMs com os representantes no CODSS	75
Quadro 13 – Frequência dos fatores que influenciam a escolha de representantes por AM.....	77
Quadro 14 – Características relevantes dos representantes	94
Quadro 15 – Aspectos da saúde que têm mais destaque para as AMs	97
Quadro 16 – Distribuição dos questionários aplicados nas APs	120

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Entidades representadas em 16 CSs da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.....	33
Tabela 2 – Entidades (de usuários) representadas nos CSs de Niterói.....	33
Tabela 3 – Associações representadas nos CS da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	34
Tabela 4 – Relação do conselheiro com a entidade que representa	34
Tabela 5 – Distribuição das AMs por área geográfica	67
Tabela 6 – Frequência das reuniões por AM.....	69
Tabela 7 – Meios de comunicação das AM com a comunidade	70
Tabela 8 – Eleição do representante da AM no CS.....	75
Tabela 9 – Frequência de temas de difícil compreensão para os representantes das AMs	82
Tabela 10 – Frequência das orientações das federações às AMs para atuar nos CODs.....	83

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição populacional nas áreas de abrangência da AM.....	66
Gráfico 2 – Porcentagens de afiliados às AM.....	67
Gráfico 3 – Afiliados atuantes.....	68
Gráfico 4 – Número de membros da diretoria.....	68
Gráfico 5 – Formas de eleição do Presidente.....	69
Gráfico 6 – Influência de outras entidades na escolha do representante da AM.....	76
Gráfico 7 – O envolvimento da população nas atividades.....	84
Gráfico 8 – Atuação do representante no CS.....	85
Gráfico 9 – Instruções da AM para a atuação do representante no CS.....	86
Gráfico 10 – Avaliação da participação da comunidade na AM.....	90
Gráfico 11 – Formas de qualificação/valorização da atuação do representante no CS.....	94
Gráfico 12 – Importância da Saúde para a AM.....	95
Gráfico 13 – Filiação das AMs às federações / CONAM.....	96

Resumo

Este estudo aborda a participação social das associações de moradores (AMs) nos 10 Conselhos de Distritais de Saúde (CODSs) do município do Rio de Janeiro, com o objetivo de caracterizar as AM representadas nesses CODSs e traçar um perfil de seus representantes, bem como verificar a relação entre eles, enfatizando o grau de envolvimento das associações para viabilizar a participação do conselheiro. Tal objetivo é de especial relevância no entendimento da participação social da população organizada nos CSs, sobretudo tendo em vista a centralidade dessas instâncias na configuração institucional do SUS. A atuação dessas associações nos Conselhos de Saúde (CSs) é o resultado da abertura de espaços na arena da saúde à representação paritária e deliberativa dos usuários.

Utilizaram-se como estratégias metodológicas a pesquisa exploratória pela abordagem aleatória aos conselheiros nas conferências distritais de saúde, aplicação de questionários aos representantes e presidentes das AMs, análise documental e revisão bibliográfica.

Concluiu-se que, apesar da mobilização pela redemocratização da sociedade brasileira, as associações em geral ainda apresentam resquícios das formas tradicionais de ação política semelhante à da representação partidária, em que os representados se consideram e são considerados meros eleitores. As associações de moradores são entidades legítimas de representação dos usuários do SUS e se configuram como totalizadoras da diversidade, embora ainda haja um longo percurso em direção a formas participativas que envolvam os associados na formulação das demandas. Constatou-se que há poucas iniciativas das AMs na capacitação de seus representantes para a atuação no campo da saúde. Os representantes apresentaram perfis bastante heterogêneos, ainda que predominassem representantes com trajetória histórica de participação social e política nas diferentes associações e partidos políticos, além da popularidade em suas comunidades e identificação com as questões próprias da saúde pública.

Considerou-se que a participação social das AMs, no âmbito das microrrelações, significa a promessa de amadurecimento democrático da sociedade brasileira, historicamente marcada pela heteronomia.

Palavras-chave: participação social, conselhos de saúde, associativismo e saúde.

Abstract

This study approaches the social participation of the associations of inhabitants (AM) in the 10 Health councils of district (CODS) of the city of Rio de Janeiro, with the objective of characterize the AM represented in these CODS and to trace a profile of its representatives to verify the relation between them, emphasizing the degree of involvement of the associations to make possible the participation of the council member, in order to question the quality of this representation. Such objective has an special relevance in the agreement of the social participation of the population organized in the CS, over all the center of these instances in the configuration of the SUS.

The performance of these associations in the Councils health (CS) is the result of the opening of spaces in the enclosure for bullfighting of the health to the on same level and deliberative representation of the users.

They had been used as strategies exploratory research methodologies through the random boarding to the council members in the district conferences of health; application of questionnaires to the representatives and presidents of the AM; documentary analysis and bibliographical revision.

One concluded that, despite the mobilization of Brazilian's society democratization, the associations in general still present vestige of the traditional forms of politics similar actions to the partisan representation where the represented ones consider them selves, and are considered, mere voters. The associations of inhabitants are legitimate entities of representation of the users of the SUS and if they configure as association of the diversity, however still a long passage in direction the participation forms that involve the associates in the formularization of the demands. One evidenced that it has sparing initiatives of the AM in the qualification of its representatives for the performance in the field of the health. The representatives had presented heterogeneous profiles, however it has the predominance of representatives with historical trajectory of social participation and politics in the different associations and political parties, beyond the popularity in its communities and identification with the proper questions of the public health.

We consider that the social participation of the AM, in the scope of the micro-relations, means the promise of Brazilian's democratic ripening, in the history by the absence of autonomy.

Key words: social participation; health councils; associates and health.

Sumário

<u>Apresentação</u>	<u>1</u>
<u>Introdução</u>	<u>4</u>
Desenho do estudo.....	6
Limites da pesquisa de campo	8
Considerações éticas.....	9
<u>Capítulo 1 – Participação Social e Conselhos de Saúde.....</u>	<u>10</u>
A participação social no contexto da política de saúde brasileira	11
Conselhos Populares de Saúde e Conselhos Comunitários	18
Estudos sobre a participação dos usuários nos CSs do Rio de Janeiro	31
<u>Capítulo 2 – Associativismo e saúde.....</u>	<u>36</u>
a) A vinculação das associações civis às arenas do Estado.....	41
b) Especialização e profissionalização dos interesses	42
c) Associativismo e cultura cívica	43
<u>Capítulo 3 - As Associações de Moradores no Estado do Rio de Janeiro.....</u>	<u>46</u>
Histórico e organização das AMs.....	46
<u>Capítulo 4 – A participação das associações de moradores nos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro.....</u>	<u>59</u>
A estratégia de pesquisa e a eleição das variáveis de análise.....	60
Caracterização das AMs pesquisadas	65
<u>Capítulo 5 - Perfil da atuação dos representantes das AMs nos CSs</u>	<u>86</u>

<u>Considerações Finais</u>	<u>98</u>
<u>Referências citadas</u>	<u>108</u>
<u>Bibliografia.....</u>	<u>111</u>
<u>Anexos.....</u>	<u>113</u>
Anexo I – Questionário – Perfil das associações de moradores representadas nos Conselhos de Saúde – Rio de Janeiro	113
Anexo II – Questionário – Perfil dos representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro	117
Anexo III – Distribuição dos questionários aplicados nas Áreas Programáticas (AP)	120