

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos usuários”

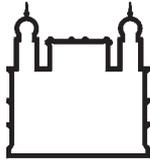
por

Carmen Côrtes Furtado

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira
Segundo orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos usuários”

apresentada por

Carmen Côrtes Furtado

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Pojo do Rego

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F992 Furtado, Carmen Côrtes
Participação e representação nos Conselhos Municipais de
Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos
usuários. / Carmen Côrtes Furtado. -- 2012.
121 f. : tab.

Orientador: Moreira, Marcelo Rasga
Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Conselhos de Saúde. 2. Participação Social. 3. Sistema
Único de Saúde. 4. Satisfação dos Consumidores. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1042

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sonia e Miguel, pelo apoio e amor que me deram ao longo da vida.

À minha família carioca, pelo incentivo e pela compreensão da minha ausência.

Às minhas famílias, que estão distantes, mas sempre se fazem presentes, gaúcha, pernambucana, e, a mais recente, francana. Obrigada pelo carinho imenso que me dão.

Às minhas queridas avós, Linda e Zélia, que me ensinaram tanto.

Ao Iuri, sempre tão generoso e paciente, agradeço por encher a minha vida de música e amor.

Ao meu orientador, Marcelo Rasga Moreira, pela grande ajuda na construção deste trabalho.

Ao meu segundo orientador, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, pela presença constante durante toda a minha empreitada no mestrado.

À CAPES, pelo apoio financeiro imprescindível para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos “ceatianos”, Julia, Natalia, Juliana, Camila, Anna, Bruno, Daniel Vieira, Daniel Leoncini e Pedro, pela amizade desde a infância e que eu quero para a vida toda.

Às minhas amigas “princesas”, Debinha, Rê, Siça e Bruna, pela companhia adorável em todos esses anos, sempre trazendo humor para a minha vida.

Aos amigos da PUC Cris, Fabito, Fran, Nick e Rob, fundamentais para o meu amadurecimento e que renovaram o sentido da amizade para mim. Um obrigado especial ao Nick, sempre pronto para ajudar os amigos quando eles mais precisam.

Às mais novas amigas Débora e Pri, pela ajuda e compreensão quando eu mais precisei, e Má, que fez das caronas um momento de análise e foi uma escuta preciosa nos momentos difíceis.

Aos colegas da subárea Saúde e Sociedade, que com seu bom humor tornaram a jornada do mestrado mais fácil e tranquila.

Aos professores, Jeni Vaitsman e José Mendes, pelas colaborações realizadas na Banca de Qualificação.

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, que tanto contribuem para a formação de novos mestres.

Título: Participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos usuários

Autora: Carmen Côrtes Furtado

RESUMO

Este trabalho discute a relação entre a representação e a participação social no âmbito da gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo principal analisar a representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde. Para tanto, foi necessário revisitar os conceitos de democracia e participação para entender a sua importância para o período histórico no qual o Brasil se encontrava nos anos 1980 e para o movimento da Reforma Sanitária. Nesta perspectiva, foi abordada a institucionalização da gestão participativa, bem como foi feita uma revisão bibliográfica acerca dos estudos que versam sobre os conselhos de saúde com a finalidade de compreender melhor os limites e as possibilidades destas instâncias. Em seguida, foram discutidas a interlocução entre os conceitos de representação e participação, conceitos estes centrais para o funcionamento da gestão participativa, bem como a influência da representação na dinâmica dos conselhos de saúde. Também foi problematizado o conceito de usuário do SUS, pois além de ser o ator central desta dissertação não existe nenhuma definição legal sobre ele. Com o intuito de analisar a representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde foi feito um mapeamento das entidades que atuam representando este segmento em todos os 5.564 conselhos municipais de saúde do Brasil. Estas entidades foram analisadas a partir das variáveis Brasil, regiões e estados e os resultados foram discutidos à luz das questões conceituais advindas da interlocução entre participação/representação. Por fim, esta dissertação pretende contribuir para o debate da gestão participativa ao disparar debates que envolvam uma maior articulação entre os conceitos de representação e participação e os atravessamentos possibilitados por eles.

Palavras-chave: Saúde, Participação Social, Representação, Usuário, Conselho Municipal de Saúde.

Title: Participation and representation in the local health care councils: an analyzes on the users representative bodies.

Authoress: Carmen Côrtes Furtado

ABSTRACT

This paper discusses the relationship between the representation and social participation within the context of the participative administration in the Brazilian Unified Health System (SUS). The main goal of this work is to analyze the representation of the users in the local health care councils. It was thus necessary to revisit the concepts of democracy and participation in order to understand its importance to the historical context in which Brazil found itself during 1980, and also to understand the movement of the Sanitary Reform. This paper takes said context into account and presents an analysis of the institutionalization of the participative administration as well as a revision of the literature pertaining to the studies that address health care councils. The purpose here is to better understand the limits and possibilities of these configurations. A discussion of the interlocution between the concepts of representation and participation is presented afterwards. These concepts are fundamental towards the functioning of the participative administration, and they also dictate the influence of representation in the dynamics of health care councils. The concept of user that is presented by the Brazilian Unified Health System (SUS) was also problematized, since despite being the central author of this dissertation, there is no legal definition of the user. A mapping of the entities that act as representatives of the users was made with the purpose of analyzing their representation in the 5.564 local health care councils in Brazil. These entities were analyzed through the following variables: Brazil, regions and states. The results were discussed through the prism of the conceptual issues that arose from the interlocution between participation/representation. The purpose of this paper is, thus, to contribute towards the debate of participative administration by sparking debates that involve a larger articulation between the concepts of representation and participation and the intersections that they facilitate.

Keywords: Health, Social Participation, Representation, User, Local Health Care Council.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 4) A representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde do Brasil	
Tabela 1 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Brasil, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	77
Tabela 2 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Brasil, segundo tipo, número absoluto, percentual e número de vezes que aparece como maioria no conselho em relação às outras entidades.....	82
Tabela 3 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Norte, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	85
Tabela 4 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Nordeste, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	85
Tabela 5 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Centro-Oeste, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	86
Tabela 6 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Sudeste, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	86
Tabela 7 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Sul, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	87
Anexo 1	
Tabela 8 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Acre, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	108
Tabela 9 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Amazonas, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	108
Tabela 10 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Amapá, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	109
Tabela 11 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Pará, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	110
Tabela 12 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Rondônia, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	110
Tabela 13 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Roraima, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	111
Tabela 14 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Tocantins, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	111
Tabela 15 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Alagoas, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	112
Tabela 16 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da Bahia, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	113
Tabela 17 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Ceará, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	113
Tabela 18 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Maranhão, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	114
Tabela 19 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da Paraíba, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	115
Tabela 20 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Pernambuco, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	115
Tabela 21 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Piauí, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	116

Tabela 22 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Rio Grande do Norte, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	117
Tabela 23 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Sergipe, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	117
Tabela 24 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Goiás, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	118
Tabela 25 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Mato Grosso do sul, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	119
Tabela 26 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Mato Grosso, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	119
Tabela 27 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Espírito Santo, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	120
Tabela 28 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Minas Gerais, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	121
Tabela 29 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de São Paulo, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	121
Tabela 30 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Rio de Janeiro, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	122
Tabela 31 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Paraná, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	123
Tabela 32 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Rio Grande do Sul, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	123
Tabela 33 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Santa Catarina, segundo tipo, número absoluto e percentual.....	124

SUMÁRIO

Introdução.....	10
1) Aspectos metodológicos.....	14
2) Democracia, participação e saúde.....	19
2.1) Democracia e participação social.....	19
2.2) Saúde é democracia.....	26
2.3) A institucionalização do SUS e da participação social.....	29
2.4) Os movimentos sociais e as mudanças na relação entre Estado e sociedade.....	34
2.5) Os conselhos municipais de saúde.....	38
3) Representação, participação e os conselhos municipais de saúde.....	47
3.1) Representação.....	47
3.2) As relações entre representação e participação.....	61
3.3) Representação e participação nos conselhos municipais de saúde.....	65
3.4) A representação do usuário.....	72
4) A representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde do Brasil.....	75
4.1) Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Brasil.....	77
4.2) Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde por Regiões do Brasil.....	84
4.3) Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde por Estados do Brasil.....	92
5) Conclusão.....	96
Referências Bibliográficas.....	100
Anexo 1.....	108

Introdução

Em 1988, uma nova Constituição Federal foi promulgada no Brasil, marcando o fim de um período de ditadura militar e o início de uma nova democracia. Conhecida como “Constituição Cidadã” por enfatizar uma série de direitos sociais, direitos estes escassos para a maioria da população brasileira, a elaboração desta constituição contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade.

No que diz respeito ao direito à saúde, uma das principais inovações constitucionais, presente no artigo 198, foi a participação da comunidade como uma das diretrizes do sistema único de saúde que seria implementado.

Esta inclusão da participação como diretriz do SUS foi uma das conquistas do movimento da Reforma Sanitária. Este movimento defendia que o direito à saúde e o acesso universal a ela estão intrinsecamente ligados à noção de democracia e ao direito da sociedade organizada participar da formulação das políticas do setor.

A institucionalização da participação social na saúde foi oficializada pela Lei nº 8.142/90, que a definiu como obrigatória e por meio de instâncias colegiadas - os conselhos e as conferências de saúde - nas três esferas de governo.

Atendo-se aos conselhos de saúde, constata-se que se caracterizam como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do SUS. Devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo. Sua composição configura-se da seguinte forma: 50% dos conselheiros devem representar os usuários do sistema de saúde, 25% os profissionais de saúde e os outros 25% os prestadores de serviço e o governo¹.

¹Composição estabelecida pela Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Inspirada em uma concepção de controle social, esta divisão é paritária no que concerne à relação entre o segmento dos usuários e o conjunto dos outros três segmentos que devem ser representados nos conselhos. Ao mesmo tempo, confere ao segmento dos usuários um maior número de representantes do que os outros segmentos. Com isto, espera-se que, dentro dos conselhos, os representantes dos usuários tenham mais poder para deliberar sobre as políticas de saúde, fazendo valer os interesses do segmento que representam.

Passados vinte e um anos da promulgação da Lei nº 8142/90, hoje existem, além do conselho nacional de saúde e dos conselhos estaduais de saúde, 5.564 conselhos municipais de saúde. Nestes, participam cerca de 72.000 conselheiros, dos quais por volta de 36.000 representam os usuários do sistema de saúde através de mais de 25.000 entidades².

Esta participação vem sendo discutida por uma série de autores³ que se interessaram em estudá-la não apenas pelo fato de que sua institucionalização representa uma inovação na construção das políticas públicas brasileiras, mas também porque são raras as experiências parecidas com essa em outros países⁴.

As análises produzidas têm apontado os avanços conquistados e as dificuldades que os conselhos enfrentam cotidianamente, muitas vezes questionando a efetividade dessas instâncias. Neste contexto, a participação do segmento dos usuários, ou seja, a inclusão da sociedade civil no processo decisório, tem sido recorrentemente discutida e questionada. Apesar disso, são poucos os estudos que se dedicam às relações entre participação e representação nos conselhos de saúde, mais especificamente, a dimensão representativa da participação.

²Dados obtidos no banco de dados do portal ParticipaNetSUS (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus).

³Alguns desses autores são Bravo (2001); Carvalho (1995); Coelho (2004); Correia (2000); Côrtes (2002; 2009; 2010); Dagnino (2002); Escorel (2008); Gohn (2003); Labra (2002; 2005; 2008); Moreira (2009); Tatagiba (2002), Valla (1998).

⁴Côrtes, 2010.

É por este tema que a presente dissertação envereda, motivada pelos seguintes questionamentos: se as mais de 25.000 entidades participam nos conselhos municipais de saúde como representantes dos usuários, que entidades são estas? Que interesses podem defender? A que setores específicos da sociedade pertencem? Que relação podem ter com o SUS? Os conselheiros representam as entidades que os indicaram, o setor específico da sociedade ao qual esta entidade pertence ou ao conjunto de usuários do SUS?

A fim de compreender melhor determinados aspectos destes questionamentos e contribuir com o debate em torno dos conselhos de saúde, este trabalho, com os limites que uma dissertação de mestrado enfrenta, tem como objetivo analisar a representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde de todo o Brasil.

Para isto, mapeou-se o conjunto de entidades que representam o segmento dos usuários nos conselhos municipais de saúde, analisando-o a partir das seguintes variáveis: Brasil, regiões e estados.

Com isto, pretendeu-se apresentar um painel nacional das entidades que participam dos conselhos municipais de saúde, relacionando-o às questões conceituais advindas da análise da relação entre participação/representação.

Assim, o trabalho está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, '**Aspectos Metodológicos**', são apresentados os caminhos percorridos para a elaboração da pesquisa. São expostos o objeto de estudo, o objetivo geral e os específicos, suas fontes de informação, bem como os critérios de escolha das variáveis que foram utilizadas na análise dos dados.

No segundo capítulo, intitulado "**Democracia, participação e saúde**", é feita uma discussão sobre a importância da democracia para a institucionalização da participação social e do SUS. Alguns elementos históricos dessa institucionalização são

resgatados e analisados. É feita também uma revisão bibliográfica dos estudos acerca dos conselhos de saúde com o intuito de se compreender melhor as dificuldades, mas também potencialidades dos mesmos.

No terceiro capítulo, “**Representação, participação e os conselhos municipais de saúde**” os conceitos-chave dessa dissertação são apresentados e discutidos, são eles representação e participação. Além disso, foi analisado como o ato de representar influencia os conselhos de saúde, instâncias participativas que conjugam participação e representação. O conceito de usuário do SUS também está em pauta, já que a sua representação nos conselhos municipais de saúde é tema central desta dissertação e por não haver nenhuma definição do que ele seja.

No quarto capítulo, “**A representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde do Brasil**” é apresentado o mapeamento que foi feito das entidades que representam os usuários em todos os 5.564 conselhos municipais do Brasil, a partir do banco de dados do ParticipaNetSUS, bem como a análise dos resultados obtidos no mesmo.

1) Aspectos Metodológicos

Aqui são apresentadas as estratégias metodológicas utilizadas para o desenvolvimento do presente estudo. No intuito de discutir a interface entre participação e representação e de mapear e analisar as entidades que representam os usuários em todos os conselhos municipais de saúde do Brasil, foram utilizadas apenas fontes secundárias públicas para o levantamento dos dados.

Da situação-problema aos objetivos específicos

A participação social no âmbito da saúde foi institucionalizada através da Lei nº 8.142/90. Desde então, conselhos municipais de saúde foram criados em todos os 5.564 municípios brasileiros, produzindo um contingente de cerca de 72.000 conselheiros, número maior do que o de vereadores no país (cerca de 57.000). Dentre eles, por volta de 36.000 representam os usuários por meio de mais de 25.000 entidades. A partir deste cenário pode-se indagar quem são os representantes dos usuários nos conselhos e como se configura, atualmente, esta representação.

Objeto de Pesquisa

A representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde.

Objetivo Geral:

Analisar a representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde.

Objetivos Específicos:

(Oe1) Discutir a relação entre representação e participação social no setor saúde, mais especificamente nos conselhos municipais de saúde;

(Oe2) Mapear as entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde do Brasil;

(Oe3) Analisar a representação dos usuários feita pelas entidades mapeadas em Oe2.

A revisão bibliográfica foi feita a partir de autores da Saúde Pública brasileira que já realizaram pesquisas sobre o tema da participação social, mais especificamente sobre os conselhos de saúde. Foram utilizados também os seguintes documentos: a Constituição Federal de 1988, artigos 196 ao 200, que tratam da saúde; as Leis Orgânicas 8.080/1990, que regulamenta o SUS e 8.142/1990, que institui a participação social; as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996; as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 33/93 e 333/2003; e o ParticipaSUS, política nacional de gestão participativa para o SUS de 2007.

A discussão do conceito de representação, bem como de sua relação com a participação social, foi possível através de uma revisão bibliográfica que teve como principal referencial teórico a obra de Hanna Pitkin, além de outros autores que abordam o tema. Essas duas categorias - representação e participação social - foram centrais para o estudo, principalmente a interlocução entre elas que é fundamental para a compreensão do funcionamento dos conselhos municipais de saúde.

O passo seguinte para o aprofundamento da discussão foi realizar o mapeamento das entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde de todo o Brasil e fazer uma análise das mesmas. O mapeamento foi realizado a partir do banco de dados que se encontra no portal do ParticipaNetSUS, disponível no endereço eletrônico **http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo**.

O ParticipaNetSUS possui informações sobre atuação, estrutura, composição, autonomia, funcionamento, organização, entre outros, de todos os conselhos municipais de saúde do Brasil, com dados são referentes ao ano de 2007. Assim, ele se constitui como uma fonte rica de informações sobre o tema, além de ser de acesso público.

Este banco de dados é fruto da pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS” coordenada pelos pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ Marcelo

Rasga Moreira e Sarah Escorel entre os anos de 2003 a 2008 e que foi financiada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS).

A partir dos dados disponíveis no ParticipaNetSUS acerca da composição de cada conselho municipal de saúde foi possível mapear as entidades que representam os usuários para depois caracterizá-las e realizar a análise das mesmas. Para caracterizar as entidades foi escolhida a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Esta resolução é o único documento que versa sobre a composição dos conselhos e por isso mesmo foi selecionada como parâmetro de caracterização das entidades mapeadas.

A lista de representações presente na Resolução 333/03, utilizada para a caracterização das entidades mapeadas, cita: associações de portadores de patologias; associações de portadores de deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; Governo. Apesar de muitas entidades encontradas no mapeamento não estarem citadas na Resolução 333/03, e por isso terem sido categorizadas como “outros”, isso não se configurou como uma dificuldade para a pesquisa, mas sim como um dado interessante a ser analisado acerca da multiplicidade de representações presente no segmento dos usuários.

A maior dificuldade encontrada para a categorização das entidades mapeadas é que, no Banco de Dados, muitas estão identificadas apenas por siglas. Nestes casos, a solução encontrada foi realizar uma pesquisa em ferramentas de busca disponíveis na internet na tentativa de identificar a sigla, ou seja, o nome da entidade, para assim categorizá-la. No entanto, nem sempre foi possível realizar tal identificação, por isso houve a necessidade de criar a categoria “não identificado”.

Uma outra categoria criada foi a de “entidades de usuários” por esta não estar citada na Resolução 333/03. O motivo dessas entidades não terem sido caracterizadas como “outros” foi pela relevância das mesmas, que se constituem como associações que se agruparam para participar exclusivamente dos conselhos municipais de saúde.

O conjunto de entidades que representam o segmento dos usuários nos conselhos municipais de saúde foi analisando a partir das variáveis: Brasil, regiões e estados.

Considerações sobre a Ética em Pesquisa

A pesquisa desenvolvida utilizou apenas fontes secundárias públicas e de pesquisa bibliográfica, o que significa que este estudo não precisou ser submetido ao Comitê de Ética da ENSP. No entanto, isto não eximiu a autora de garantir o rigor ético (e, portanto, o rigor metodológico) de seus estudos.

Como estratégia principal para manter este rigor faz-se necessária a adequação aos pressupostos da Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, referenciando-se a quatro princípios que as pesquisas com seres humanos devem atender, exigindo que estas se comprometam o máximo possível com as contribuições que possam produzir para os sujeitos-alvo, protegendo-os em sua vulnerabilidade. Os princípios são:

- Autonomia: garantir o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos que participem da pesquisa, sempre atentando para a dignidade, respeito e proteção dos mesmos;
- Beneficência: avaliar os riscos e benefícios que a pesquisa pode trazer para os indivíduos que dela participem, buscando o pesquisador em produzir o máximo de benefícios e o mínimo de danos;
- Não-Maleficência: assegurar que danos previstos não ocorram;
- Justiça e Equidade: produzir uma pesquisa que forneça o máximo de contribuições possíveis para os sujeitos pesquisados e o mínimo de prejuízos para os mesmos.

Assim, as questões éticas que perpassam este estudo foram cuidadosamente observadas para que não houvesse prejuízo de nenhuma espécie, já que o que deve nortear qualquer pesquisa são os benefícios que ela pode produzir, não devendo nunca para alcançar este objetivo abrir mão de preceitos éticos.

2) Democracia, participação e saúde

2.1) Democracia e participação Social

A democracia é um conceito e uma prática historicamente construídas, que ao longo dos séculos adquiriu definições múltiplas e variadas. Por isso, para entendê-la como forma de governo é necessário discutir seu surgimento e como ela vem se transformando desde então.

Azambuja (2005) define que “nenhum termo do vocabulário político é mais controverso que democracia” (idem, p.215). Ele traça a genealogia deste conceito, delimitando três tradições democráticas: a democracia antiga, a democracia clássica e a democracia representativa.

A primeira delas remete ao surgimento da palavra, que significa “poder do povo”, e da ideia de democracia, na Grécia. Assim, por volta do século V a.C. a democracia antiga era exercida de forma direta pelo povo ateniense, que se reunia em *ágora*, a praça pública, onde se formava a assembleia política, na qual todas as decisões eram tomadas. Dessa forma, os atenienses somente obedeciam a leis votadas por eles mesmos e executadas por autoridades também escolhidas por eles. Para Azambuja (2005), no entanto, a democracia exercida na Grécia não era estritamente direta. Isso porque não eram todos os indivíduos que estavam sob o governo de Atenas que se reuniam e tomavam as decisões, mas apenas uma pequena parte deles, já que escravos, mulheres e crianças não possuíam direitos políticos e os moradores dos arredores da cidade dificilmente compareciam às assembleias.

A democracia clássica demarca o período que se inicia com o fim do regime feudal, na Idade Média, e o fim das monarquias absolutistas. Ela começou a se organizar durante o século XVII na Inglaterra e se consolidou nos Estados Unidos e em toda Europa ao longo dos séculos XVIII e XIX. Naquele momento, os ideais iluministas que defendiam a razão, a igualdade e a liberdade ganhavam força e o autoritarismo

presente na tradição absolutista era rechaçado. Assim, a democracia clássica se caracterizava pela soberania popular; pelo exercício do poder político feito por diferentes órgãos, autônomos e independentes; pela limitação do poder dos governantes através da constituição e pela declaração dos direitos individuais (Azambuja, 2005). Ainda não entrava em pauta a dimensão econômica da democracia, nem a garantia dos direitos sociais.

Por fim, a democracia representativa, a forma de governo comum nos estados atuais, se caracteriza pela eleição de representantes pelo povo para que estes tomem as decisões políticas. Nessa forma de democracia, entretanto, também existem mecanismos de participação direta como referendos e plebiscitos, nos quais a população é chamada para exercer o seu poder de decisão (Escorel, 2008). De qualquer forma, ela tem se desenvolvido de forma singular em diferentes países.

Santos e Avritzer (2002) afirmam que o século XX foi palco de importantes discussões em torno da democracia. Na segunda metade do século, após a 2ª Guerra Mundial, as restrições da participação e da soberania em detrimento de uma democracia baseada no procedimentalismo eleitoral inauguram, segundo os autores, uma 'concepção hegemônica de democracia' ou 'democracia de baixo impacto'. Três questões são fundamentais, segundo esta concepção: o procedimentalismo; a relação da burocracia com a democracia; e a necessidade da representação em se tratando de democracias de grande escala.

A primeira questiona o processo de tomada de decisões, submetendo a soberania popular a um procedimentalismo baseado na busca pelo melhor arranjo institucional para se chegar a decisões políticas, transformando este arranjo em um conjunto de regras para a formação do governo representativo. Assim, a soberania popular e a

participação são submetidas aos procedimentos eleitorais e a democracia passa a ser uma prática de legitimação de governos.

A segunda questão está relacionada à burocracia, que ganha importância na concepção hegemônica a partir do momento em que se considera que a complexificação da administração do Estado exige que as decisões políticas e econômicas sejam tomadas por um quadro técnico-profissional de especialistas. Assim, o processo decisório fica cada vez mais distante dos cidadãos, que perdem a possibilidade de participar dele e de o controlar.

A terceira questão diz respeito à inevitabilidade da representatividade em unidades democráticas de grande escala. A concepção hegemônica afirma que quanto menor a unidade democrática maior é a possibilidade dos cidadãos de participar das decisões, sem que estes precisem delegar a representantes essa função. O oposto ocorreria em unidades democráticas maiores, como as sociedades contemporâneas, nas quais a representação seria a única possibilidade democrática.

Bobbio (1997), por exemplo, caracteriza a democracia como um conjunto de regras que definem quem pode tomar decisões coletivas e como tomá-las. Ele afirma que qualquer grupo social deve tomar decisões que servirão para todos os seus membros e que serão fundamentais para que o grupo sobreviva entre si e com outros grupos, mas essas decisões não são tomadas pelo grupo todo e sim por alguns indivíduos desse grupo. Assim, as regras servem também para estabelecer que indivíduos tomarão as decisões para o grupo e de que forma o farão.

Para este autor, a democracia diferencia-se pelo fato de que o número de indivíduos aptos a tomar decisões pelo grupo, isto é, os representantes deste grupo, é maior e mais diversificado do que em qualquer outra forma de governo. Além disso, por mais que em nenhuma democracia todos os indivíduos votem (especialmente por causa

das barreiras de idade), o voto de cada indivíduo tem o mesmo valor, independentemente de questões econômicas, religiosas, sociais e étnicas. Assim, em uma democracia, as decisões voltadas para o coletivo, ou seja, vinculatórias para todo o grupo, são necessariamente tomadas pela maioria desse grupo e por isso se tornam válidas para ele.

Bobbio (1997) acrescenta que para haver um sentido mínimo de democracia é preciso que haja mais do que um número elevado de cidadãos que participem da tomada de decisões e mais do que regras que definam que a maioria é que decide. Ele afirma que é imprescindível que existam alternativas reais para os que tomam as decisões e os que elegem os que tomam as decisões, além de ser fundamental que sejam garantidos

direito de liberdade, de opinião, de expressão das próprias opiniões, de reunião, de associação, etc. — os direitos à base dos quais nasceu o estado liberal e foi construída a doutrina do estado de direito em sentido forte, isto é, do estado que não apenas exerce o poder *sub lege*, mas o exerce dentro de limites derivados do reconhecimento constitucional dos direitos "invioláveis" do indivíduo (idem, p. 20).

Nesse sentido, os “direitos de base”, expressos constitucionalmente, são essenciais para o funcionamento das regras e procedimentos que constituem qualquer regime democrático.

Gerschman (2004a) citando Dahl (1979) lista algumas condições básicas para a democracia: voto secreto, sufrágio universal, liberdade de associação, eleições regulares, competição partidária, transparência do executivo. Segundo ele, sem esses procedimentos uma sociedade não pode ser considerada democrática (embora ele considere que, à época de seus estudos, nenhuma sociedade atingia a plenitude daquelas condições básicas, situação na qual seria caracterizada como uma ‘poliarquia’), nem é possível a eleição de um governo democrático. Gerschman (2004a) ressalta que um regime democrático está diretamente relacionado a uma estrutura política democrática. Esta estrutura vai significar que os elementos democráticos sejam reproduzidos de

forma regular e o próprio governo junto com a sociedade terá capacidade de gerar comportamentos democráticos.

Pensando nas relações entre Estado e sociedade, Dahl (1997) aponta que um regime democrático é aquele no qual o Estado é inteiramente ou quase inteiramente responsivo aos seus cidadãos. Indo além, considera que o caminho mais adequado para isto é o de primeiro garantir a existência e legitimar socialmente as instituições que viabilizam a participação para, em momento histórico posterior, ampliar e diversificar esta participação.

Gerschman (2004a) concorda com essa concepção e a completa assinalando que na democracia o governo é cobrado por seus atos pela própria sociedade. Ela acredita que a democracia só é possível quando comportamentos democráticos são internalizados pelos cidadãos e quando os atores políticos concordam que diante da diversidade de interesses que existem socialmente deve-se levar em conta o interesse público em detrimento do interesse particular, ao menos em um primeiro momento. Posteriormente, com a democracia consolidada, os interesses próprios também seriam atendidos. Para ela o Brasil ainda não teria atingido nenhuma dessas precondições para a democracia.

Por fim, embora a concepção hegemônica considere a participação um elemento fundamental da democracia, submete-a às regras institucionais, que parecem se constituir no ponto central da questão democrática.

Em oposição à concepção hegemônica, Santos e Avritzer (2002) consideram que, na mesma época, uma outra forma de pensar democracia foi proposta pelo o que eles chamam de 'concepção não-hegemônica da democracia' ou 'democracia de alto impacto'. Nela, o procedimento eleitoral também tem importância, mas a democracia seria mais do que isso, e estaria relacionada à forma de organização social, além disso,

existiria o reconhecimento da pluralidade humana. Para a concepção não-hegemônica, democracia é entendida como “uma gramática de organização da sociedade e da relação entre o Estado e a sociedade” (Santos e Avritzer, 2002, p.51).

O reconhecimento da pluralidade humana se daria não só a partir da suspensão da ideia de bem comum, mas também a partir da criação de uma nova gramática social e cultural e a partir da articulação entre inovação social e inovação institucional, ou seja, de uma nova institucionalidade democrática.

Neste tom, Chauí (2000) considera que a tradição democrática é composta por três direitos básicos: a liberdade, a igualdade e participação no poder. No entanto, ela aponta uma contradição nessa ampliação de direitos proporcionada pela democracia ao afirmar, baseando-se em Marx, que enquanto existirem relações de exploração esses direitos não existem concretamente. Dessa forma, na medida em que a declaração de um direito não significa que o mesmo seja instituído concretamente, na democracia abre-se campo para que o mesmo seja trabalhado e internalizado socialmente. De qualquer maneira, o avanço do capitalismo sempre se colocou como um obstáculo para a democracia e para a garantia de direitos para todos os cidadãos. Assim, ao passo que a democracia é uma forma de governo que suporta conflitos e tenta resolvê-los através de suas instituições e leis, o capitalismo subverte essa lógica ao naturalizar esses conflitos, transformando-os em exploração de uma classe social por outra.

A concepção não-hegemônica não pensa democracia como uma estrutura determinada e fixa. A democracia constitui-se a partir de uma construção sociohistórica e não há nenhum tipo de lei natural que a reja. Desta forma, a democracia leva à constante ruptura de tradições estabelecidas, instituindo novas determinações, leis, normas e produzindo, portanto, uma indeterminação, que ao contrário da concepção hegemônica não estaria ligada à indeterminação gerada pela dúvida de quem será o

novo ocupante do governo, mas à instabilidade própria das instituições, sujeitas a serem modificadas, reformadas e/ou revolucionadas.

O procedimentalismo também é compreendido de outra forma pela concepção não-hegemônica, que o pensa não como forma de constituição de governos, mas como uma prática social ampliada. Assim, a democracia envolveria procedimentalismos sociais e participativos, que estariam relacionados à pluralidade das formas de vida na contemporaneidade e com o exercício coletivo de poder político.

Para Santos e Avritzer (2002), a concepção não-hegemônica, ao dar ênfase à importância de um procedimentalismo social e participativo em detrimento do eleitoral, a uma democracia pautada em processos argumentativos e a uma sociedade não homogeneizada, aponta para a insuficiência da ‘democracia de baixo impacto’ e para a necessidade de se compreender a participação não como uma prática legitimadora do governo ou do Estado, mas como o exercício pleno dos direitos do cidadão. Os autores mostram como esta concepção influenciou o surgimento de novas experiências de cunho participativo.

Santos e Avritzer (2002) pensam que a democratização ocorrida na América Latina nos anos 1970 e 1980 possibilitou a inserção de novos atores sociais na cena política, e as consequências dessa inserção foram a disputa pelo próprio significado do que é democracia e a formação de uma nova gramática social.

Essa redemocratização fomentou a questão da participação social de três formas: a primeira, pela via dos movimentos sociais que provocou a constituição de uma nova gramática social e uma nova forma de relação entre Estado e sociedade; a segunda, pela inserção da participação dos atores sociais em um nível administrativo; e a terceira, como um problema de diversidade social e cultural e de representação, já que o aumento do número de atores sociais que participam não significa que certos grupos mais

vulneráveis passem a ter seus interesses representados, mas o que também não quer dizer que as democracias participativa e representativa não tenham potencial na defesa desses interesses.

Em suma, os autores concordam que a participação social no processo decisório suscita a inclusão de temas antes ignorados pelo sistema político, redefine identidades e vínculos e aumenta a participação no nível local. Ao mesmo tempo, pontuam Santos e Avritzer (2002), essa participação também gera uma intensa disputa política e os países capitalistas centrais, que possuem uma concepção de democracia liberal, são obrigados a controlar a tensão produzida pela relação entre democracia e capitalismo.

É a partir deste ponto – e, portanto, buscando elementos teóricos desta concepção não-hegemônica de democracia – que, nesta dissertação, buscar-se-á discutir as relações entre democracia e participação social. Como já explicitado, estas relações serão analisadas a partir da realidade dos conselhos municipais de saúde do Brasil, que se constituem em uma das mais vigorosas inovações democráticas experimentadas na América Latina (se não do mundo). Para isto, faz-se necessário, antes, mostrar como esta experiência está diretamente vinculada ao processo histórico brasileiro e a uma concepção de mundo que relaciona o direito à saúde e à democracia.

2.2) Saúde é democracia

Nos anos 1980, o Brasil foi marcado por uma série de mudanças políticas, sociais e econômicas. Foi um momento de transição, do fim da ditadura militar, que permaneceu no poder de 1964 a 1985, e do início do processo de redemocratização, intensamente influenciado pelos movimentos sociais e políticos que em todo o país reivindicavam direitos sociais. Dentre estes, figura o movimento da Reforma Sanitária, articulado no fim dos anos 1970 e que participou ativamente do processo de abertura.

O movimento da Reforma Sanitária era composto principalmente por profissionais da saúde e por pessoas que se identificavam com a temática, com o objetivo de questionar a política de saúde vigente, afirmando que a luta por um novo paradigma de saúde necessariamente incluiria a cidadania e a democracia. Quatro vertentes possibilitaram a origem e articulação do movimento sanitário: uma da academia, uma da experiência de gestão de serviços, uma da estruturação política do movimento via partidos, e uma da inclusão da agenda do movimento pelos movimentos sociais. Esta última foi essencial para a incorporação da participação social no movimento sanitário (Brasil, 2006).

Gerschman (2004a) analisa este momento de abertura política brasileira como crucial para o movimento da Reforma Sanitária. Período em que há a possibilidade de ampliação da proposta que se tinha para um novo sistema de saúde, no qual existe uma forte presença de sanitaristas articulados com o governo, aumentando a força do discurso do movimento sanitário.

Foi neste contexto que, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual, pela primeira vez, participaram membros da sociedade civil. Além disso, foi nesta conferência que as principais ideias do movimento da Reforma Sanitária foram discutidas e consolidadas, como a ampliação do conceito saúde, a unificação do sistema de saúde, a criação de instâncias participativas e a necessidade de reformulações no setor na saúde para além das mudanças administrativas e financeiras (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

Foi nesta Conferência que Sergio Arouca, em seu discurso “Democracia é saúde”, afirmou a importância desse lema instituído dentro do sistema de saúde ainda nos anos 1980. Para ele, melhorar as condições de saúde da população, extremamente precárias naquele momento, e pensar saúde como um direito implicava,

necessariamente, na redemocratização do país. O modelo econômico brasileiro caracterizado pela concentração de renda e o modelo político autoritário vigente no país possibilitavam uma enorme exclusão de grande parte da população quanto ao acesso a direitos sociais e níveis de desigualdade cada vez maiores. Para Arouca, reverter esse cenário significava necessariamente conquistar a democracia, democracia nos moldes da produção de direitos e de políticas voltadas para questões sociais.

No início de seu discurso, Sergio Arouca pede licença aos demais participantes da 8ª CNS para destacar a presença da sociedade civil organizada, que, para ele, era a convidada ilustre do evento, principalmente por nunca ter estado presente em nenhuma outra. Mais adiante, ele chama atenção para a importância daquela conferência ter sido organizada a partir da compreensão de que a reforma do sistema de saúde brasileiro não poderia acontecer a partir da homologação de uma lei, mas sim depois de um debate entre toda a sociedade brasileira. Este debate levaria a uma proposta coletiva, que se transformaria em um desejo político pelo qual todos se engajariam.

Foi por isto que durante 1985 foram realizadas Conferências Estaduais de Saúde por todo o país, nas quais ocorreram discussões prévias, também com ampla participação de diversos setores da população. A intenção em promover tantos debates com a participação dos mais diversos setores da população era a de criar um sistema de saúde a partir das experiências advindas do “trabalho comunitário de bairros, das práticas dos sindicatos, da igreja, das secretarias de saúde estaduais e municipais que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema” (8ª CNS/Anais, 1987, p.39).

Nesse contexto, a 8ª CNS tornou-se a plenária para a qual convergiram as discussões travadas nas conferências estaduais e, portanto, a instância produtora de uma proposta que deveria ser encaminhada à Assembleia Nacional Constituinte. Além da

ideia de saúde como direito, da reformulação do sistema e do financiamento do setor, foi incluída nesta proposta a participação popular. Assim, o Relatório final da Conferência materializou o conjunto de propostas do movimento sanitário, fruto de seu debate com a sociedade.

A ideia base da 8ª CNS - saúde como direito e como dever do Estado - articulava-se a um novo reconhecimento de cidadania no qual os cidadãos são chamados a participar, tomar decisões, sair de uma postura passiva e individualizada para uma postura ativa e coletiva (Brasil, 2006). A participação não se restringiria unicamente ao momento das eleições, ela se daria através da participação da população para expressar seus interesses, além de exercer pressão, controlar e fiscalizar a atuação do Estado. Dessa forma, haveria uma redistribuição do poder altamente concentrado pelo Estado e pelas elites, a partir do momento em que se instituísem mecanismos de controle social da população sobre o Estado.

O Relatório Final da 8ª CNS previa que a sociedade deveria controlar o Estado por meio de conselhos externos a este, sobretudo no âmbito de estados e municípios. Dessa forma, estas instâncias participativas seriam compostas por usuários e trabalhadores de saúde, estes seriam eleitos pela sociedade local e teriam por objetivo exercer o controle sobre o poder executivo e o setor privado (Moreira, 2009). No entanto, como será visto mais adiante, esta concepção de conselho de saúde sofreu alterações e está apresentada de forma diferente na Lei nº 8.142/90.

2.3) A institucionalização da participação social no Sistema Único de Saúde

A 8ª CNS foi fundamental para que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) fosse composta e, a partir do Relatório Final da Conferência, e elaborar o texto

do capítulo sobre saúde a ser incluído na Constituição Federal que viria a ser promulgada em 1988 (Escorel, 2008).

De fato, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado além de instituir um sistema único de saúde baseado nas diretrizes da descentralização, integralidade e da participação da comunidade. Dois anos depois, em 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, foi promulgada, porém teve alguns de seus artigos vetados pelo Presidente Fernando Collor de Melo, incluindo, não por acaso, os que versavam sobre a participação social. Isto porque o governo do presidente Collor se alinhava à política internacional neoliberal vigente na época, política esta que se fortalecia em diversos países “em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz” (Brasil, 2006).

Tais vetos produziram intensa mobilização por parte do movimento da Reforma Sanitária que rapidamente articulou-se com outros setores da sociedade que defendiam a participação e conseguiu, junto ao Ministro da Saúde, Alcení Guerra, que um novo projeto de Lei com os artigos vetados fosse produzido (Brasil, 2006). Dessa forma, foi promulgada, em dezembro de 1990, a Lei nº 8.142/90 que recupera os artigos que instituem a participação social.

Há, no entanto, um elemento novo na participação social definida por essa lei: as decisões tomadas nos conselhos de saúde passam a depender da homologação do chefe do executivo da esfera correspondente (Carvalho, 1995), ou seja, a decisão tomada pelo conselho é subordinada à anuência do poder executivo.

Vasconcellos (2010) analisa essa mudança como uma distorção do controle social instituído pela Lei nº 8.142/90. Para ele, tal mudança ocorreu porque durante o movimento para recuperação dos vetos à Lei nº 8.080, o Conass (Conselho Nacional de

Secretários de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) tiveram atuação destacada e, com isto, se “autoinseriram” na participação social.

O autor afirma que, nesse momento, instaurou-se um paradoxo, no qual a “gestão executiva” se inseriu na “gestão participativa”, que esta teria como uma de suas funções justamente controlar o executivo. Assim, a instância que deveria ser controlada. Vasconcellos conclui que “não é difícil imaginar a dificuldade para que esteja, em virtude de uma sufocação (simbólica ou real) da gestão executiva sobre a gestão participativa, por dentro da própria instância de controle social” (idem, p.128).

A despeito disso, a participação social tornou-se obrigatória nas três esferas do governo, através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde. Segundo o artigo 1º, inciso 1º a conferência de saúde

reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (Brasil, 1990, p.1).

No mesmo artigo, inciso 2º afirma-se que o conselho de saúde deve funcionar

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 (idem, p.1).

A lei estabelece ainda que, nas duas instâncias, a representação dos usuários deve ser paritária em relação aos demais segmentos e que as normas de funcionamento e organização de ambos serão decididos em regimento interno, aprovados nos respectivos conselhos.

Para Côrtes (2010), o Brasil, ao instituir legalmente a participação social na área da saúde em todas as esferas de governo, tornou-se uma referência e passou a ser um dos principais laboratórios em termos de experiências e para análise da participação social na gestão pública. E por mais que durante o período de democratização do país a

inclusão da participação fizesse parte do projeto político de diferentes setores para a construção de políticas públicas, foi na área da saúde que houve um engajamento maior dos atores sociais e estatais, além de um desenvolvimento maior e mais rápido dos mecanismos participativos.

Buscando aperfeiçoar o funcionamento dos conselhos como instâncias deliberativas e participativas, dois anos após a homologação da Lei nº 8.142/90 o Conselho Nacional de Saúde, em observância às brechas deixadas pela mesma, elaborou a Resolução 33/1992, intitulada “Recomendações para a constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Nela, a paridade dos usuários é reafirmada, ou seja, a representação dos usuários nos conselhos de saúde deve ser de 50%, e determina ainda que profissionais de saúde devem ocupar 25% das vagas e governantes e prestadores de serviço juntos também devem ocupar 25% (Resolução CNS n.33/1992).

Em 2003, a Resolução 33/92 foi substituída pela Resolução 333/2003, que define “Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”. Esta resolução reitera aspectos abordados pela Lei nº 8.142/90 e pela resolução 33/92, mas traz aspectos novos ao estabelecer que os representantes devem ser indicados por escrito pelos segmentos ou entidades, que o mandato de cada conselheiro deve durar dois anos podendo ser reconduzido por mais dois anos, que a função do conselheiro é de relevância pública, o que significa ter direito à dispensa do trabalho durante as reuniões e outros eventos do conselho, além disso, que as reuniões devem ocorrer uma vez por mês e que devem ser abertas ao público (Resolução CNS n.333/2003). É fundamental que os governos ofereçam suporte financeiro, administrativo e de recursos humanos, necessários para que os conselhos funcionem de forma autônoma e eficiente (idem, p.7).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 também merecem destaque por terem incentivado a criação de conselhos de saúde (Labra, 2005). A NOB/91 é a primeira a estabelecer que o repasse automático de recursos do SUS para o município está condicionado à existência do conselho municipal de saúde. A NOB/93 estabelece esta mesma exigência, mas desta vez para os Estados. Por fim, a NOB/96 não apenas consolida o que definem as outras, como também torna necessário que o gestor do SUS na esfera correspondente submeta ao conselho o Plano de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada, que possuem ações e metas orçamentárias, e o Relatório de Gestão.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou, a partir do Decreto nº 4.726, a Secretaria de Gestão Participativa. Essa secretaria aparece em um contexto bem específico, quando o presidente recém-eleito, Lula, apresentou como prioridades de seu programa de governo a participação social e democratização da sociedade brasileira (Lessa, 2010). O principal objetivo da Secretaria era

coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática no SUS, considerando a articulação do Ministério, com os diversos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e a utilização da informação de interesse da área pela sociedade (Brasil, 2003).

Assim, entre 2003 e 2005 as principais competências da Secretaria foram: fortalecimento da gestão democrática no SUS, fortalecimento do controle social, apoio a experiências inovadoras, avaliação permanente dos conselhos de saúde e o aprimoramento das ouvidorias do SUS.

Tendo em vista essas competências, começou a ser formulada em 2004 a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, o ParticipaSUS, que só tem versão final em 2007. Sua origem é associada ao programa de governo, à 12ª Conferência Nacional de Saúde e ao Plano Nacional de Saúde (PNS), que tinha como prioridade o fortalecimento das instâncias de controle social do SUS. O ParticipaSUS

foi dividido em quatro capítulos, além da introdução, são eles: princípios e diretrizes da política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS; componentes da política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS; ações a serem desenvolvidas; e atribuições e responsabilidades das esferas de gestão. Entre os princípios e diretrizes da política estão: a reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária, a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e controle social, a ampliação dos espaços de ausculta da sociedade, a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes, entre outros (Brasil, 2007).

A partir de 2006, a Secretaria passou a denominar-se Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Nesta ocasião o governo passava por mudanças internas que culminaram na entrada de um novo ministro da saúde e novos secretários. As atribuições da secretaria foram ampliadas e hoje ela conta com cinco departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), Departamento de Informática (DATASUS), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES).

2.4) Os movimentos sociais e as mudanças na relação entre Estado e sociedade

A tomada de poder pelos militares em 1964 e a instauração de uma ditadura no Brasil repaginaram a configuração dos movimentos sociais existentes na época (Dagnino, 2000). A atualização se deu no sentido de que a democracia em sua forma mais ampla passou a ser a base das reivindicações dos movimentos, ou seja, o objetivo não era apenas se opor ao regime ditatorial, era se opor a um histórico de práticas culturais que geravam desigualdades e exclusão. As relações sociais brasileiras

marcadas por um autoritarismo social (idem, p.83) eram percebidas pelos movimentos como historicamente produzidas e por isso não apenas pleitear por direitos sociais era necessário, como pleitear pelo direito a ter direitos, que significava lutar por cidadania.

As mudanças pelas quais os movimentos sociais passaram nos anos 1970 também são discutidas por Gerschman (2004b), que aborda como fator decisivo para tal, além da ditadura militar, o crescimento urbano pelo qual o Brasil passou desde os anos 1950. A autora aponta alguns pontos cruciais para a compreensão dessa nova conjuntura:

a ação social dos movimentos; aspectos relativos à associação espontânea por contraste com a associação orgânica; sua identidade e composição social; diferenças que eles mantêm em relação a atividades de classes sociais; aspectos que os diferenciam das formas de organização sindical e das formas inorgânicas do exercício da política (a mobilização política) e, ainda, a autonomia em relação aos partidos políticos, o ressurgimento da cidadania, a relação dos movimentos com o Estado (idem, p.1671).

Os novos movimentos sociais possibilitaram uma mudança na forma de associativismo que é voluntário e que está relacionado à necessidade de vocalizar demandas sociais e de pressionar pelo reconhecimento de direitos sociais e cidadania, exercido por meio de ação política. Dessa forma, as mobilizações sociais que estavam em efervescência passam a ter como norte não apenas a reivindicação por liberdade política, mas também a reivindicação por mudanças sociais. É nesse sentido que Gerschman (2004a) aponta o esvaziamento dos movimentos sindicais e o aumento de movimentos sociais, que nascem em favelas e periferias, para explicar que a temática ‘condições de trabalho’ é substituída pela temática ‘condições de vida’.

Para Cohn (2003), os movimentos sociais permitem a inserção de novos sujeitos coletivos na arena política inaugurando espaços e trazendo reivindicações relacionadas a demandas e direitos sociais. A espontaneidade e o senso de justiça caracterizam esses movimentos justamente porque a tomada de decisão se dá entre pares e porque há essencialmente uma independência em relação às elites. Os movimentos sociais

organizam-se no sentido de exigirem direitos que consideram negados pelo Estado e suas instituições ao mesmo tempo que almejam um poder de influência maior sobre o mesmo

Dagnino (2002) ressalta que uma das principais consequências advindas da atuação dos movimentos sociais foi o surgimento de espaços públicos tanto para a realização de discussões de temas de interesse da sociedade civil como para a experiência de “ampliação e democratização da gestão estatal” (idem, p.10).

Alguns exemplos de espaços públicos criados ainda no fim dos anos 1970 são citados por Labra (2005), como a experiência da Associação Popular de Saúde que possibilitou o debate sobre o atendimento hospitalar em diferentes bairros de São Paulo e que gerou um levantamento das condições de saúde da população. A autora afirma ainda que o Rio de Janeiro também foi cenário de eventos que reuniram associações de bairro, movimentos de mulheres e sindicatos. Outra experiência emblemática ocorrida entre 1979 e 1980, momento em que ainda havia ditadura militar, foi a organização dos primeiros conselhos de saúde em São Paulo (Brasil, 2006). Um grupo de sanitaristas, professores universitários, membros do movimento sindical e do movimento popular se organizou elegendo conselhos populares de saúde. Um ano antes, também em São Paulo, no bairro Jardim Nordeste, já havia sido criado o Conselho Comunitário de Saúde, cujos membros foram eleitos por voto direto, pela comunidade.

A criação desses espaços públicos é inovadora porque significou a possibilidade de encontros entre Estado e sociedade civil, de uma atuação conjunta de ambos (Dagnino, 2002). Esses encontros estão relacionados a uma nova concepção de controle social, na qual passa a ser papel da sociedade exercer controle e vigilância sobre o Estado (Carvalho, 1995). Essa concepção de controle social a qual Carvalho se refere é oposta à concepção clássica da sociologia que o entende como

o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo (Bobbio, Matteucci e Pasquino, 1998, p.283).

O processo de democratização pelo qual o Brasil passou nos anos 1980 possibilitou uma nova concepção de controle social (Correia, 2000), que abrange a inserção da sociedade na gestão pública, intervindo nas ações e gastos do Estado, de acordo com seus interesses. A institucionalização de mecanismos de participação social significa a concretização do controle social.

A participação social, segundo Carvalho (1995), é o amadurecimento da participação comunitária e popular. A participação social requer uma formação cidadã da sociedade que utiliza a presença formal e explícita dentro do aparelho estatal para controlar o Estado e exigir a garantia de seus direitos. Esta participação inclui novos atores e abarca os mais diferentes segmentos sociais como detentores de necessidades, mas necessidades diferentes que devem ser reconhecidas por um Estado que é responsivo em relação a elas.

A centralização de poder imposta pelo Estado da ditadura militar era o oposto disso. Caracterizava-se por uma administração pública baseada no autoritarismo, de gestão e planejamento fundamentadas apenas no saber técnico, que não permitia a existência de canais abertos para a manifestação pública e que obrigava o fechamento de qualquer mecanismo participativo (Côrtes, 2002). A criação de espaços públicos para experiências de debate e gestão e, por fim, a institucionalização de mecanismos participativos colocam em xeque essa centralidade, pois possibilitam a divisão de poder entre Estado e sociedade, poder este que estava concentrado. Cohen (2003) resume essa nova configuração de relação ente Estado e sociedade afirmando que os atores sociais não desejam tomar o poder do Estado, desejam, através da participação e de movimentos democráticos, exercer influência sobre o mesmo.

2.5) Os conselhos municipais de saúde

A partir da Lei nº 8.142/90 foram criados em todo o país conselhos de saúde, tanto na esfera federal, o Conselho Nacional de Saúde, na esfera estadual, o Conselho Estadual de Saúde e na esfera municipal, o Conselho Municipal de Saúde. Atualmente, além do Conselho Nacional de Saúde, existem 27 conselhos estaduais de saúde espalhados pelas unidades federativas e 5.564 conselhos municipais de saúde, o que significa que todos os municípios criaram conselhos. Além disso, existem hoje no país cerca de 72.000 conselheiros municipais de saúde, sendo que a metade representa os usuários.

O Conselho Nacional de Saúde já existia antes da Lei nº 8.142/90. Ele foi criado em 1937 como órgão consultivo e de cooperação do então Ministério da Educação e da Saúde Pública, formado por especialistas da área da saúde, que tinha como função dar assistência ao ministro da saúde. Em 1953 o Ministério da Saúde é criado, mas o conselho é mantido e a sua finalidade passa a ser não apenas dar assistência ao ministro, mas também definir as bases dos programas de proteção à saúde. Sua composição na época era formada por 17 conselheiros, dentre os quais 14 eram indicados pelo ministro e designados pelo presidente, oito deles eram pessoas de notório conhecimento na área da saúde pública e seis deles eram ocupantes de cargos de chefia do ministério. O diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde, o diretor-geral do Departamento Nacional da Criança e o ministro da Saúde eram membros permanentes do Conselho Nacional de Saúde (Côrtes *et al*, 2009).

De acordo com Côrtes *et al* (2009) até a reformulação do Conselho Nacional de Saúde em 1990 sua finalidade se manteve. Ele se constituía como um conselho de notáveis que prestava consultoria ao ministro para assuntos gerais de saúde. Durante os anos 1980 quando aconteciam as discussões sobre o novo modelo institucional para a

área da saúde o conselho não foi utilizado como um espaço de discussão como foram a Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Por fim, com a Lei nº 8.142/90, o Conselho Nacional de Saúde é totalmente reformulado e passa a ter caráter deliberativo.

Os conselhos estaduais de saúde em sua maioria foram criados depois da homologação da Lei nº 8.142/90, entre os anos de 1990 a 1995. No entanto, na década de 1980 os estados do Ceará, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco e Sergipe criaram conselhos estaduais em consonância com o processo de redemocratização pelo qual o país vinha passando. Além desses estados, o Distrito Federal já havia criado seu conselho, anos antes, em 1973 (Escorel e Delgado, 2008).

Por fim, os conselhos municipais de saúde também começaram a ser criados pouco antes da Lei nº 8.142/90, assim como os conselhos estaduais. Foi, entretanto, durante o período de 1991 a 1997 que 76% dos conselhos municipais foram criados (Moreira e Escorel, 2009). Esse momento reflete não apenas uma busca pela adequação à Lei nº 8.142/90, mas também às NOBs que condicionavam o repasse de recursos financeiros à existência dos conselhos.

De acordo com Pessoto, Nascimento e Heimann,

a expansão do número de conselhos produz a expansão concomitante do número de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com as instituições públicas de controle social. Se esse aumento não é condição suficiente, é todavia condição necessária para uma maior efetividade da participação enquanto instrumento de democratização do Estado e da própria sociedade (2001, p.92).

A representação da sociedade dentro dos conselhos é um avanço, frente ao passado brasileiro, marcado pelo autoritarismo (Sposati e Lobo, 1992). É fundamental, no entanto, que esse poder de representação avance e se concretize na construção e gestão da política pública de saúde. Essa presença popular nos conselhos representa a consolidação do direito de tornar o Estado coisa pública, desprivatizá-lo (idem, p.373).

Valla (1998) afirma que apesar dos avanços legais que concretizaram a criação dos conselhos municipais de saúde ainda há pouca efetividade no funcionamento dos mesmos. Segundo o autor as exceções são de conselhos que se encontram em municípios onde há a gestão de governos populares. Nessa mesma linha, Labra (2005) recomenda que ao avaliar o funcionamento de um conselho como sendo bom ou ruim é necessário avaliar também o nível de apoio dado pelas autoridades das quais ele depende. Ela cita o caso de Porto Alegre, que por doze anos sob o governo do mesmo partido, além do incentivo aos conselhos de saúde e outras instâncias colegiadas, também foi instituído o orçamento participativo. O orçamento participativo contava com a “participação direta da população em diferentes fases da preparação e execução orçamentária” (Escorel e Moreira, 2008, p.995).

As relações estabelecidas entre o conselho municipal de saúde e o governo municipal também são discutidas por Guizardi e Pinheiro (2005) que apontam o quanto essa dependência pode se tornar nociva. Dependendo do poder público pode comprometer a participação dos atores sociais na medida em que seu posicionamento perde a autonomia e evita-se a discussão de temas que possam gerar constrangimento.

Moreira e Escorel (2009) ressaltam que os conselhos municipais de saúde permitem a inclusão de novos atores no processo decisório, mas ao mesmo tempo se constituem como uma arena de disputas em que diferentes interesses estarão em jogo. Soma-se a isso o fato de que dentro dos conselhos os usuários representam 50% dos votos, dessa forma é mais fácil que consigam se articular para aprovar propostas de seu interesse. A reação dos gestores frente a possibilidade de perder seu poder é ter baixa aceitação em relação aos conselhos. Os gestores, porém, não podem fechar os conselhos, nem impedir seu funcionamento, mas podem prejudicar a autonomia dos mesmos, já que estes dependem das Secretarias Municipais de Saúde para possuir

estrutura, orçamento, equipe (idem, p.54). Sendo assim o êxito dos conselhos não depende apenas deles mesmos, está relacionado ao apoio dado pelos gestores, que muitas vezes dificultam sua legitimação. Dessa forma, para minimizar o receio que os gestores possuem, Moreira e Escorel propõem que

o aperfeiçoamento das regras institucionais e do processo deliberativo tem potencial para reduzir as tensões em torno da preocupação do Executivo com o não cumprimento dos seus interesses, por um lado, e encarecer os custos das reações negativas dos gestores do setor, por outro (idem, p.67-68)

As pesquisas de campo desenvolvidas por Serapioni e Romaní (2006), Stralen *et al* (2006), Guizardi e Pinheiro (2006), Gerschman (2004b), Cohn (2003) e Labra e Figueiredo (2002) buscaram mapear o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, através de entrevistas feitas com conselheiros. Os aspectos abordados nessas pesquisas contribuem para dar um contorno de como tem sido o funcionamento dos conselhos ao longo desses 20 anos. Dentre eles estão: representação dentro dos conselhos, relação com os gestores, compreensão de controle social, relação com o governo, vínculo com entidade que representam, participação na formulação de políticas públicas, legitimidade das decisões.

Gerschman (2004b) começa sua análise traçando um perfil dos conselheiros, que são provenientes de um grupo restrito formado por homens, acima dos 46 anos, de classe média, com nível superior completo ou incompleto. Para ela esse perfil está relacionado ao fato de que é esse grupo que aos olhos dos usuários está mais preparado e possui maior conhecimento para representar seus interesses. A concepção de Labra e Figueiredo (2002) também caminha nessa direção de que pessoas mais maduras e mais capacitadas, segundo os usuários, têm uma capacidade maior de compreender e participar das discussões do conselho. O alto patamar técnico dessas discussões dentro dos conselhos é realmente cada vez maior. Isso faz com que muitos conselheiros representantes dos usuários afirmem ter dificuldades de participar do debate travado ali,

como apontam Guizardi e Pinheiro (2006). Muitos passam a se sentir despreparados para desempenhar a função que requer um conhecimento técnico que não é de sua alçada, mas sim de conselheiros provenientes de outros segmentos. As relações de poder estabelecidas pelo ter ou não conhecimento técnico se estabelecem e o conhecimento e a experiência populares ficam desautorizados. Labra (2010) tem uma postura mais cautelosa ao analisar essa questão. Ela reitera que está ocorrendo uma profissionalização do cargo de conselheiro, tornando-se cada vez mais necessário o preparo técnico para ocupar a função. Os cursos de capacitação para conselheiros tornaram-se muito comuns. A autora diz que essa tendência vem se repetindo em todas as experiências de participação que acontecem ultimamente, no entanto, acha que é cedo para afirmar se isso é positivo ou negativo.

Um outro desafio enfrentado por conselhos municipais de saúde e abordado por todos os autores é a sua capacidade de exercer influência no processo decisório das políticas de saúde. Gerschman (2004b), questionou os conselheiros quanto à função desempenhada por eles. A maioria respondeu que sua função era fiscalizar e elaborar políticas de saúde, mas alguns também afirmaram que o seu papel é legitimar as decisões que são tomadas pelo governo e que nem sequer são discutidas dentro do conselho. Guizardi e Pinheiro (2006) relatam o quanto os conselhos dependem do poder executivo e do secretário de saúde. Segundo o relato de conselheiros, o secretário tem o poder de influenciar as decisões que são tomadas dentro dos fóruns, chegando a um caso extremo de ter sido proibida a entrada de conselheiros que questionavam os planos do governo. A dificuldade dos gestores de dividir o poder decisório com os conselheiros dificulta ainda mais a formulação democrática das políticas de saúde. Soma-se a isso o fato de que as decisões tomadas nos conselhos devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo local ou pelo secretário de saúde. Dessa forma, o poder de acatar o que

foi deliberado no conselho se encontra com o gestor. Frequentemente o que acontece é que o conselho se reúne, delibera, emite resoluções sem que nada seja considerado pelos gestores (Labra, 2010). Assim,

pode-se coligir que, provavelmente, foram superestimadas tanto a força quanto a capacidade de organização, mobilização e pressão das entidades da sociedade civil quanto a disposição dos representantes eleitos de compartilharem o poder com os cidadãos comuns (idem, p.192).

A pesquisa de Labra e Figueiredo (2002) ressalta outro fator importante, quem mais ocupa os cargos de presidente do conselho é o secretário de saúde ou o gestor e segundo metade dos usuários entrevistados estes não aprovam as decisões tomadas pelo colegiado. Os autores, no entanto, utilizando os dados da própria pesquisa, relativizam a ausência da capacidade de influência dos conselheiros no processo decisório. Isso porque mais da metade dos conselheiros entrevistados não concorda que haja uma incapacidade de influenciar, contrariando o que é constantemente afirmado por estudos sobre os conselhos de saúde.

Labra e Figueiredo (2002) e Gerschman (2004b) concordam, por sua vez, que a noção de controle social é percebida de forma ambígua pelos conselheiros. Em ambas as pesquisas, o controle social é associado ao empenho dos gestores ou ao poder que estes têm de controlar a vida dos cidadãos, concepções que se alinham ao conceito advindo do campo das ciências sociais, que foi modificado pelo campo da saúde e passou a ser utilizado como o controle que a sociedade deveria ter sobre o Estado, fiscalizando o mesmo para o melhor exercício da democracia. Labra e Figueiredo (2002) ressaltam que apesar do termo controle social ser constantemente utilizado pelo movimento sanitário durante a construção institucionalização do SUS, ser tema de inúmeras conferências de saúde, bem como de debates e publicações, ainda é percebido através de outra perspectiva pelos conselheiros.

Tema de interesse recorrente nos estudos feitos sobre os conselhos é a representatividade. Gerschman (2004b) aborda que para se tornarem conselheiros os membros de entidades devem ser escolhidos por indicações ou eleições em assembleias gerais. Os conselheiros consideram que a representação é legítima pelo fato de serem eleitos sucessivas vezes para ocupar o cargo, o que segundo eles é resultado de sua dedicação, mas para Gerschman é resultado da visibilidade escassa dos mecanismos de eleição. Para Cohn,

a baixa rotatividade dos seus membros, traduzindo provavelmente uma insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, que assim permite que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências aí presentes (2003, p.17).

Cohn prossegue sua análise apontando outra característica presente nos conselhos, o distanciamento dos conselheiros em relação a quem representam. Segundo ela, esse distanciamento se dá por conta da dimensão técnico-burocrática presente cada vez mais nos conselhos. Assim, a dimensão política fica esmorecida e as questões operacionais tomam o espaço das negociações, necessárias para a qualidade deliberativa dos conselhos.

O aprimoramento da comunicação entre conselheiros e comunidade é um elemento fundamental para garantir a representatividade (Serapioni e Romani, 2006). As experiências cearenses pesquisadas pelos autores revelaram que os conselheiros consideram importante o encontro com suas bases antes e depois das reuniões do conselho, tanto para levar suas demandas para as reuniões, como para apresentar o que foi discutido e os resultados das mesmas. Esses encontros com as bases, porém, são informais, ficam a critério do conselheiro manter essa relação direta com o segmento por ele representado.

Nesse sentido, Gerschman (2004b) assevera que a legitimidade dos conselhos depende do vínculo entre o conselheiro e seu eleitor. Segundo ela existem canais de

comunicação para representantes e representados e o mais comum é que os conselheiros sejam chamados para reuniões com a comunidade. Os conselheiros, no entanto, afirmam que a participação da comunidade é pequena, pois além de existir pouco interesse, há também a questão da linguagem técnica e da burocracia nos conselhos, novamente citadas como um fator que traz dificuldades para a proximidade dos usuários. Os conselheiros apontam ainda a crescente ausência das comunidades de uma forma geral nos movimentos sociais e partidos. Com o advento do Estado neo-liberal houve um esvaziamento da esfera política e por conseguinte uma diminuição no engajamento aos movimentos sociais.

O vínculo entre os conselheiros e sua base foi analisado de forma diferente pelos estudos de Labra e Figueiredo (2002) e Correia (2000). Ao contrário do que afirmam Cohn (2003), Serapioni e Romani (2006) e Gerschman (2004b), esses autores tiveram resultados positivos quanto à proximidade dos conselheiros com seus representados. No estudo de caso feito por Correia a articulação entre os conselheiros e suas bases foi evidenciada pelas entrevistas e pelas atas analisadas pela autora. As demandas da população chegavam ao conselho não apenas por intermédio do conselheiro, mas também eram dirigidas ou ao próprio conselho ou ao gestor municipal. Os conselheiros, por seu turno, asseguravam que as discussões do conselho chegassem ao grupo que representava por meio de reuniões. Ao analisar as atas, Correia (2000) verificou que a maior parte das demandas levadas pelas bases foram atendidas pelo conselho e quando algum pedido era alvo de polêmica houve a preocupação de formar uma comissão de conselheiros para levantar informações e avaliar melhor a proposta. Labra e Figueiredo (2002) tiveram resultados semelhantes ao analisarem o contato que o conselheiro mantém com sua associação de origem. Os conselheiros afirmaram que informam, discutem, consultam, recebem informações com frequência de suas bases. Os autores,

no entanto, não obtiveram resultados tão positivos quanto os de Correia, por terem encontrado uma proporção não desprezível de conselheiros que não possuem contato com a associação que representam.

Desde sua institucionalização os conselhos de saúde são objeto de estudo dentro do campo da saúde pública. A maior parte das pesquisas realizadas é composta por estudos de caso sobre os conselhos municipais de saúde. De acordo com Labra (2005) o tamanho do universo e o alto custo acarretado por uma pesquisa mais ampla são os principais motivos pela preferência por este tipo de instrumento. Os resultados obtidos em estudos de caso com conselhos municipais de saúde apontam para dificuldades que a maior parte deles enfrentam, mas também trazem elementos singulares que a experiência participativa apresenta em cada local (Avritzer, 2007; Faria, 2007; Gerschman, 2004b; Correia, 2000) e que não podem ser generalizados.

É certo que são inúmeras as dificuldades enfrentadas pelos conselhos para sua consolidação e efetivação do controle social. Essas dificuldades, no entanto, são o reflexo da inovação que essas instâncias participativas possibilitam ao constituírem espaços públicos para formulação e gestão de políticas de saúde e de divisão de poder. Para além dos impasses, que já eram esperados desde sua criação, é essencial que se pense em possíveis contribuições para o avanço da discussão da participação social na saúde. Assim, a representação, inerente a gestão participativa do SUS e que tem sido pouco estudada no campo da saúde pública, deve ser incluída nesse debate.

3) Representação, participação e os conselhos municipais de saúde

A institucionalização da participação social na formulação e no controle da execução das políticas públicas de saúde representou um processo inovador em um período no qual o país passava pela transição de um governo ditatorial para um governo democrático. Neste cenário, os conselhos de saúde configuraram-se em instâncias públicas onde as políticas de saúde seriam formuladas com a participação dos ‘usuários do SUS’, aqueles que se constituem no público-alvo das referidas políticas. Esta ampliação da dimensão participativa da democracia brasileira incluiu novos e diversos atores no processo decisório, promovendo uma reconfiguração no cenário representativo da sociedade civil.

Justamente por isto, neste capítulo, serão discutidos os significados de ‘representar’, as relações entre ‘representação’ e ‘participação’ e como a representação repercute nos conselhos municipais de saúde. Sobre este último aspecto serão estudados o ‘ato de representar’ no âmbito dos conselhos e a relação entre o conselheiro, a entidade e o usuário inerente a esse ato. Tal debate remete a questão da representação dos usuários, na tentativa de compreender como a ausência de uma definição clara sobre quem são estes usuários reflete em sua inclusão nesse processo.

3.1) Representação

Hanna Pitkin, em seu livro *Representação* (1969), traça a etimologia de ‘representação’. De acordo com ela, os gregos, embora possuíssem ‘representantes’ ou utilizassem ‘práticas representativas’, não tinham o conceito de representação em sua língua. Já os romanos utilizavam o verbo *repraesentare*, que fazia parte do seu vocabulário. No entanto, a ideia de representação tal como é concebida atualmente viria

do latim *repraesentare* que significava fazer presente e/ou manifestar ou fazer presente novamente, mas que se aplicava quase que exclusivamente para objetos. Foi na Idade Média, sob a influência do cristianismo, que a ideia de representar pessoas começou a ser difundida: o papa e os cardeais representavam os apóstolos e Cristo, enquanto o rei representava seu reino.

Em 1651, Thomas Hobbes publicou o “Leviatã”, no qual há a primeira análise da ideia de representação como um conceito fundamental para a teoria política (Pitkin, 1969). De acordo com Hobbes, o contrato social seria possível a partir do estabelecimento da representação. Assim, o povo se tornaria um único corpo, o representante, que governaria e atuaria em nome dele.

Desde Hobbes, o debate sobre a representação desenvolveu-se de maneira acirrada e baseada, segundo Pitkin (1969), em um problema ainda não superado: qual é o papel do representante e o que se pode esperar dele? Ela considera que este debate é reflexo de uma controvérsia “mandato-autonomia”. Isso significa que o representante, ao exercer o seu papel, deve fazer uma escolha dicotômica entre agir da forma que os seus eleitores querem, ou seja, ter uma postura “mandato”, ou fazer o que ele acha que deve ser feito, ou seja, ter uma postura “autonomia”.

As divergências que cercam a controvérsia “mandato-autonomia” apontam para a discussão do significado do papel do representante: por um lado, se representar é agir no lugar de alguém, a obrigação do representante é fazer o que esperam dele; por outro, o representante, que é escolhido justamente por acreditarem que ele possui uma habilidade maior para ocupar essa função, deve ter independência para agir da forma que acredita ser a melhor para todos.

Esta controvérsia parece estar longe de ser resolvida. Pitkin (1969) afirma que muitos autores têm argumentado a favor de ambas as posições, mas nenhum acordo é

proposto. Muitos alegam que o fracasso dessa discussão se deve ao fato da questão “mandato-autonomia” ter um caráter normativo e que para se chegar a uma conclusão seria necessária uma pesquisa empírica e histórica de como os representantes têm agido. A autora, contudo, discorda. Para ela, as evidências mostram que os representantes sempre agiram de ambas as formas, e que, em diferentes lugares e épocas, legisladores tanto se alinharam de acordo com uma posição como de outra, e até mesmo os representados divergiram sobre a questão.

Buscando avançar nesse debate, Manin, Przeworski e Stokes (2006) entendem que a discussão sobre as instituições representativas gira em torno da afirmação de que na medida em que os eleitores elegem representantes para a assembleia, esta passa a ser representativa, pois se torna uma ‘miniatura’ ou uma ‘amostra’ do eleitorado. Eles consideram que a contribuição de Pitkin é admoestar essa equação e garantir que ela seja problematizada a partir das seguintes questões: a) a proporção garante a representação? b) defender os interesses de um reduto eleitoral pode ser o mesmo que defender interesses da coletividade? c) os representantes podem se diferenciar dos eleitores pelo simples fato de serem representantes? d) os eleitores sempre têm interesses próprios?

Bobbio (1997), ao discutir representação, aponta que a democracia moderna se constituiu como uma democracia representativa, oposta à democracia da Grécia antiga, a democracia direta. A representação política, segundo ele, só faz sentido quando o representante defende os interesses da nação, ou seja, quando o representante exerce o mandato livre. A defesa dos interesses particulares ou de interesses de determinados grupos pelos representantes se configuraria, então, como um ‘mandato vinculado’, que seria o oposto a um ‘mandato livre’. Bobbio defende que o ‘mandato livre’ se consagra pela transferência da ‘soberania do povo’ para a ‘soberania da assembleia’, que, ao ser

eleita pelo povo, passa a exercer uma representação dos interesses gerais. Assim, o mandato vinculado passou a ser proibido por algumas normas constitucionais de democracias representativas e a representação política passou a ser defendida no sentido de que o mandato deveria ser livre.

A interdição do mandato vinculado foi comumente desrespeitada, assim como o princípio da representação política, segundo Bobbio (1997). A sociedade, para ele, está dividida entre grupos que buscam a supremacia de seus interesses em detrimento dos de outros, o que torna difícil a extinção do mandato vinculado e a consolidação da representação política. Ao perceber que os grupos identificam seus interesses próprios com o interesse geral de sua nação, Bobbio indaga de que forma distinguir o ‘interesse geral’ dos ‘interesses particulares’ e onde encontrar representantes que não estejam representando interesses particulares. No parlamento, onde isso deveria ser possível, não o é, principalmente por causa da disciplina partidária, que funciona como uma forma de mandato vinculado, pois aquele que não defende os interesses do seu partido é tido como alguém que deve ser reprovado publicamente. Um deputado não temeria, portanto, violar uma norma constitucional, mas sim sofrer uma sanção de seu partido, do qual sua reeleição depende.

A tendência que se fortaleceu durante os anos 1980 entre as democracias europeias se constituiu como uma nova configuração das relações entre grupos que possuem interesses contrários e o parlamento, conhecida como neo-corporativismo (Bobbio, 1997). Essa nova relação estabeleceu a vitória da representação dos interesses em detrimento da representação política, na qual o governo tem apenas o papel de mediar conflitos entre as partes que se opõem. Ao mesmo tempo, como será discutido mais à frente, países em desenvolvimento discutiam formas alternativas para a democracia representativa, hegemônica naquele momento.

Ainda analisando a controvérsia mandato-autonomia, Pitkin (2006) cita Edmund Burke como um dos primeiros defensores da representação dos interesses comuns, alguém que se alinharia a uma postura “autonomia”. Recém-eleito para a Câmara dos Comuns, Burke discursou, em 1774, para seus eleitores agradecendo o fato de ter sido escolhido para representá-los, mas reiterando que

O Parlamento não é um congresso formado por embaixadores de interesses diferentes e hostis, que cada um deve sustentar como agente e advogado contra outros agentes e advogados. O Parlamento é uma assembléia deliberativa da nação, com um interesse, o interesse do todo – onde os preconceitos locais não devem servir de guia, mas sim o bem geral, que resulta do juízo geral do todo. É verdade que os senhores escolhem um membro; mas ele, uma vez escolhido, não é um membro de Bristol, é um membro do Parlamento (Burke, 1949c [1774] p.116 apud Pitkin, 2006, p.31).

Dessa forma, Burke não reproduz a ideia de que o representante deve ser fiel a quem o elegeu e deixa claro que não irá advogar por este grupo. Ele não estabelece uma relação exclusiva com seu eleitorado a partir do momento em que, ao ser eleito, entende que seu dever é representar toda a nação e não apenas um grupo. O representante, por mais que seja um porta-voz dos seus representados, não necessariamente precisa consultá-los antes de cada decisão que tomar. Isso porque há uma distinção entre a opinião de cada representado e os interesses comuns, que são objetivos e compartilhados. O representante não pode confundir interesses com opiniões. Para Burke, as pessoas sabem quais são os problemas pelos quais passam e isso deve ser levado em conta pelo representante, porém não sabem quais são as causas e as soluções para esses problemas.

Lattman-Weltman (2008) traz outro elemento para a discussão da representação que está para além das controvérsias que o conceito abarca. Ele afirma que o representante sempre terá que deliberar sobre temas acerca dos quais não pensou previamente e que nem mesmo seu ‘representado’ pensou. Nessa medida, Burke (1949 [1792]), citado por Pitkin (2006), aponta que a tarefa do representante não é a de defender interesses particulares, pois sua tarefa é deliberar e não votar. Lattman-

Weltman assevera, então, que quem defende a representação não o faz utilizando o argumento de que a mesma é positiva pelo ato da representação em si, mas pela sua função de atividade política representativa que é representar toda a nação. A base da democracia representativa seria, assim, o interesse coletivo, sendo a sociedade comparada a um organismo, no qual o interesse do conjunto não se confundiria com o interesse das partes. A representação política moderna, para Lattman-Weltman (2008), é a ideia de um sistema que possibilita a soberania do povo. No entanto, essa definição é complexa, pois o conceito de povo é abstrato e esse mesmo povo possuiu interesses heterogêneos.

Rousseau (2001), em sua obra “O Contrato Social”, escrita em 1762 considera que a soberania não pode ser representada:

a soberania consiste na vontade geral, e a vontade de modo algum se representa; ou é a mesma ou é outra; não há nisso meio termo. Os deputados do povo não são, pois, nem podem ser seus representantes; são quando muito seus comissários e nada podem concluir definitivamente. São nulas todas as leis que o povo não tenha ratificado; deixam de ser leis (idem, p.131).

Rousseau afirma ainda que o povo só é livre na época das eleições, e volta a ser escravo quando elege seus representantes. Dessa forma, para o autor, a democracia nunca existiu e nunca existiria, pois se a democracia representativa não era possível, o mesmo acontece para a democracia direta, que depende de condições praticamente impossíveis de serem reunidas.

Bobbio (1997) e Urbinati (2003) criticam a posição de Rousseau. O primeiro afirma que a democracia direta pressupõe a participação de todos os cidadãos, o que não seria apenas impossível, mas indesejável. Ele indica que a proposição de Rousseau de um exercício da cidadania de forma incessante, na qual os indivíduos são chamados a participar de todas as decisões o tempo todo, produziria um cidadão total. A produção de um cidadão total não seria muito diferente da produção de um Estado total, ou seja, pode conduzir a um governo marcado pelo autoritarismo da mesma forma. Urbinati

admoesta a argumentação de Rousseau acerca da perda da soberania por ser baseada em um ‘modelo privatista’, ou seja, ele não estaria pensando em representação política e sim em um formato contratual e privado que produz a alienação de direitos. O modelo de Rousseau influenciou diversas teorias sobre a participação, porém, ela afirma que todas as formas de participação geram delegação de soberania, a questão é pensar como isso acontece e as repercussões políticas disso.

Lattman-Weltman (2008) entende que a argumentação de Rousseau sobre a necessidade de uma democracia direta, na qual todos votam para que não haja a alienação da soberania, pode ser equivocada a partir do momento em que a vontade da maioria não representa necessariamente a vontade real do coletivo. A concepção de Rousseau também é criticada por Pitkin (2006), pois ela gira em torno da vontade e esta seria pessoal. Esta conceituação feita por Pitkin é interessante porque opiniões, vontades e interesses do povo estão em questão o tempo todo na discussão acerca da representação. Assim, a noção de vontade utilizada por Rousseau seria diferente da noção de interesse utilizada por Burke, que por sua vez também a distingue da noção de opinião.

Pitkin (2006) aponta que o próprio conceito de ‘interesse’ também é controverso. O interesse também pode ser entendido, ao contrário do que pensa Burke, como pessoal, volúvel e subjetivo, por estar relacionado a algo que as pessoas sentem. Pitkin resgata as ideias dos federalistas americanos Alexander Hamilton, John Jay e James Madison⁵, que defendem o governo representativo, opondo-se à Burke em relação ao conceito de interesse. Para eles, o interesse seria pejorativo justamente por ser particular e subjetivo. Sendo assim, defendem a noção de “bem público”, que substituiria o ‘interesse’ e designaria algo mais objetivo e maior, ou seja, algo que é

⁵Alexander Hamilton (1757-1804), John Jay (1745-1829) e James Madison (1751-1835) escreveram em 1787 a obra “O Federalista”, conjunto de artigos produzidos a partir de reuniões ocorridas na Filadélfia que tinham como objetivo a elaboração da Constituição americana.

coletivo. Sua crítica à democracia direta é justamente por esta dar muito espaço aos interesses particulares. Para os utilitaristas⁶, o interesse pode ser ainda mais subjetivo, no sentido de que apenas o próprio indivíduo sabe qual é o seu interesse. Para eles, no entanto, haveria uma dimensão do interesse que seria universal, comum. Assim, ações que beneficiassem o coletivo deveriam ser incentivadas e ações que não beneficiassem o coletivo deveriam ser punidas. Desta forma, os ‘interesses particulares’ se alinhariam com os ‘interesses comuns’ (Pitkin, 2006). Isto poderia acontecer através da legislação e da representação. Os interesses dos representantes deveriam, então, estar identificados com os dos representados e a rotatividade dos representantes e a certeza de que eles também teriam que se submeter às leis ajudaria nessa identificação. É nesse sentido que James Mill (1978), um dos pensadores do utilitarismo, aponta que tanto representados como representantes são seres desejantes, ou seja, os interesses sempre estarão em jogo. Para ele, o sistema representativo é fundamental, porém, porque além de possibilitar uma forma de governo, impõe limites para o poder do mesmo.

Urbinati (2006), analisa que a representação é uma forma de participação que possibilita o controle e a supervisão dos cidadãos. A democracia representativa não substituiria a democracia direta, mas, por ter potência de criação e recriação, de aprimoramento de si mesma, produziria uma valiosa ‘arena de opiniões’ para a tomada de decisões que, assim, não seriam definitivas e estariam sempre sujeitas à reformulação. Em decorrência, tal democracia seria capaz de encerrar a política do “sim ou não”.

Nesse sentido, acontece um aumento da presença social na esfera política, e passa a ocorrer a vocalização de outros segmentos sobre políticas e leis. Assim, a abertura possibilitada pela democracia representativa para a participação de novos

⁶Termo cunhado e utilizado por Jeremy Bentham (1748-1832) e John Stuart Mill (1806-1873) “para denotar o próprio sistema de ética normativa, e adotado para toda concepção ético-política dos dois pensadores ingleses e dos seus discípulos” (Bobbio, Matteucci e Pasquino, 1998).

atores e, conseqüentemente a produção de uma arena de opiniões, constitui-se em uma tarefa diária que deve ser constantemente legitimada.

A representação, segundo Urbinati (2006), tem sido analisada sob a luz de três teorias: a jurídica, a institucional e a política. Ambas apresentam formas singulares de analisar as relações entre Estado e sociedade e podem ser empregadas para diferentes definições de democracia.

A teoria jurídica propõe uma soberania estatal e a nomeação eleitoral de legisladores. Ela é jurídica porque a representação acontece mediante um contrato privado, no qual há a autorização para que o representante aja em nome de outras pessoas, sendo que apenas estas têm o poder de delegar a ele essa função. Dessa forma, a relação que se configura entre representante e representando é por meio de contrato, o que individualiza essa relação e a torna despolitizada, pois o critério de escolha do representante é por suas características pessoais e não por seu projeto político. A teoria jurídica separa Estado e sociedade, e identifica-se com o primeiro, e limita a participação social ao procedimento das eleições.

A teoria institucional constitui a representação como uma forma de erguer e fortalecer as instituições. A vontade eleitoral tida apenas como resultado é reflexo de uma soberania voluntarista e de uma nação que só possui voz por meio dos seus representantes eleitos. Esta teoria também abarca a concepção de que as questões do Estado e da representação ultrapassam o entendimento da sociedade e apenas ele pode garantir um Estado de direito.

A teoria política diverge das duas outras teorias, entendendo a representação de forma dinâmica, “uma forma de existência política criada pelos próprios atores (o eleitorado e o representante)” (idem, p.201). A representação não se restringe ao Estado ou às instituições, é um processo político que se estabelece dinamicamente entre a

sociedade, o Estado e as instituições, não se limitando à deliberação na assembleia. A importância dos representantes populares é de outra ordem para a teoria política, que enfatiza que a representação é um processo político vivo, no qual as relações estão sendo criadas e recriadas continuamente. Sendo assim, a relação e a comunicação entre Estado e sociedade é fundamental para o estreitamento de laços, ainda mais quando as duas partes estão intimamente ligadas por eleições livres e regulares. A teoria política da representação, aponta Urbinati (2006), mantém o povo como centro de uma sociedade democrática justamente por não reduzir os cidadãos em meros eleitores e assim dar mais importância ao processo de autorização do que ao simples ato de autorização, ou seja, à relação que estabelece entre a sociedade e seus representantes em detrimento da eleição.

Para Urbinati (2006a), a representação política tem potencial para instituir práticas democráticas como: a constituição de uma arena de opiniões; a ampliação da participação a partir da inclusão de novos atores e discursos nessas arenas; a substituição de eleitores por cidadãos; a supervisão da sociedade sobre o Estado, entre outras. Ela ressalva, todavia, que a participação desses atores se constitui em um jogo que não é neutro e as arenas são locais de disputas, onde concepções divergentes vem à tona.

Enquanto Urbinati está preocupada com a dimensão eleitoral e sua limitação em relação à representação política, Gurza Lavallo, Houtzager e Castello (2006) retomam a discussão sobre a dualidade inerente à representação. Essa dualidade se faz presente porque mesmo que a representação esteja instituída legalmente isso não significa que seu exercício seja representativo ou que corresponda às vontades e interesses dos que são representados. A relação estabelecida entre representante e representado oscila entre a proximidade e o afastamento entre ambos, de acordo com a representatividade que o primeiro consegue exercer em relação ao segundo. Dessa forma, as dualidades

estabelecidas entre representante e representado e entre representação e representatividade são intrínsecas à noção de representação política.

Existem poucas formas de garantir que o representante seja responsivo aos anseios de seu representado. Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) indicam que o direito encontra meio de responsabilizar o representante através do controle de prestação de contas que o mesmo faz aos representados. As eleições também seriam um momento em que representantes e representados se aproximariam, tornando-se uma forma de sanção dos representados em relação aos representantes que levariam estes a estarem mais atentos às demandas daqueles.

Esta dimensão da representação que envolve ambos, representante e representado, é pensada por Bobbio (1997) a partir de duas questões cruciais: os poderes que possui o representante e o conteúdo da representação. Assim, cabe fazer duas perguntas para que se compreenda como se constitui determinada relação de representação, “como o representa?” e “que coisa representa?”.

Em relação à primeira pergunta, duas possibilidades são descritas: uma corresponde à representação feita por alguém como um ‘delegado’, ou seja, um representante que tem um mandato limitado e revogável; enquanto a outra corresponde à representação feita por um ‘fiduciário’, que detém uma liberdade maior para agir, principalmente pela confiança depositada pelos representados, e decidir de acordo com o que julga ser os interesses dos mesmos, ou seja, entre eles não há vínculo de mandato ou, como Bobbio prefere, não há mandato imperativo. Em relação à segunda pergunta, ele aponta outras duas possibilidades, uma corresponde à representação dos interesses particulares e a outra corresponde à representação dos interesses gerais.

A perspectiva analisada por Bobbio (1997) está relacionada à controvérsia mandato-autonomia elaborada por Pitkin (1969). Há, no entanto, um aspecto ligado à

dimensão relacional estabelecida entre representante e representado que Bobbio analisa ao considerar que a pergunta “que coisa representa?” está relacionada à pergunta “quem o representante representa?”.

Este autor relaciona a representação restrita pela postura mandato àquela feita em relação a grupos específicos, como classes profissionais. Nesse caso, o fato da classe profissional ser representada faz com que a relação estabelecida seja próxima, a postura adotada seja do tipo ‘mandato’ e que os representantes sejam profissionais daquela categoria. Ao pensar em sistemas representativos utilizados para o governo de um Estado, em que os interesses que estão em jogo são gerais e os representados são os cidadãos, Bobbio considera que não deveria haver vínculo de mandato. Por fim, ele delimita duas características encontradas nos representantes que exercem essa função em democracias de sistema representativo: ao ser eleito representante e ao gozar da confiança depositada em si, ele não possui mais responsabilidade em relação aos eleitores e seu mandato passa a ser irrevogável e, além disso, ao não ter mais essa responsabilidade, passa a defender os interesses gerais e não os interesses particulares de seus eleitores.

Pitkin (1967) enxerga de outra forma a relação entre representante e representado. Para ela, o representante deve ser responsivo aos interesses dos seus representados e o conflito entre eles deve girar em torno desse interesse. Ela discorda de uma visão formalista de que, ao eleger o representante, os cidadãos dão o poder de veredicto a ele e a isso se limita a sua participação e que o processo de deliberação democrática se restringe aos representantes e serve apenas para autorizar quem foi eleito a tomar decisões de forma isolada. Dessa forma, as eleições serviriam apenas para que fosse feita a escolha de líderes e aos cidadãos caberia apenas participar dessa escolha. Assim, a partir do momento em que o poder é conferido ao representante é ele quem

deve deliberar e decidir sobre o que deve ser feito, sem a interferência dos cidadãos. Para ela, essa ideia acerca das funções de representantes e representados é equivocada. Pitkin afirma ainda, que os representantes, ao se candidatarem, têm consciência de que estão sujeitos ao crivo dos cidadãos. Portanto, uma vez eleitos, não caberia a eles o direito de decidir sozinhos, ainda mais sobre propostas que eles mesmos desenvolveram.

Para Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) a representação política mudou ao longo dos últimos séculos. Ela tem se tornado cada vez mais plural, na medida em que a participação dos mais diversos atores na formulação de políticas públicas aumentou e se diversificou. As análises dessas mudanças, entretanto, ainda se encontram centradas na questão da participação, desassociando-a da dimensão representativa que a acompanha, e entendendo sociedade civil de forma pouco diversificada. As reformas democráticas e as mudanças pelas quais a representação passa apontam para essa ampliação dos espaços e dos atores que participam desse processo, dessa forma, representação e participação são aspectos que devem ser pensados de forma conjunta.

Nesse sentido, Urbinati (2006b) afirma que pensar em representação apenas como autorização não é mais plausível a partir do momento em que há essa complexificação da representação, na qual existem outros atores que passaram a participar da formulação de políticas públicas. Ela conclui que as práticas políticas ligadas à representação progrediram. A eleição, apesar de ser uma delas, não abarca a complexidade das novas relações de representação estabelecidas entre Estado e atores sociais. No entanto, aponta Urbinati (2006a), a especificidade e a singularidade da democracia ainda se baseiam necessariamente na eleição. Ela diz ainda que a especificidade e singularidade da democracia “residem na *circularidade* que as eleições

criam entre Estado e sociedade e no *continuum* do processo de tomada de decisões que liga os cidadãos à assembleia legislativa” (idem, p.206, grifos do autor).

Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006) entendem a representação coletiva como um elemento da reforma da democracia, mas apontam problemas quanto à “ausência de mecanismos generalizados, formais e estáveis de ordenação da relação entre atores da sociedade civil e seus públicos, beneficiários ou comunidades” (idem, p.87/88). Somado a isso está o fato de existirem poucos modelos analíticos que dêem conta da pluralização de instâncias que passaram a integrar o aparato representativo, e que não vêm sendo discutidas em termos de seus limites e possibilidades. Assim, os autores sugerem que pensar um modelo analítico significa não perder de vista três questões essenciais: a manutenção do núcleo normativo da representação, que é agir em benefício do representado; o cuidado para que não seja feita uma análise apressada de que essas novas práticas são ilegítimas; a compreensão de que a análise dessas instâncias deve ser feita a partir dos resultados proporcionados por sua atuação política.

Avritzer (2007), ao analisar as obras de Pitkin (1967), Dryzek (2000), Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006), Urbinati (2006), sugere uma nova forma de conceituar representação, mais ampla, e que abarque tanto a dimensão eleitoral como a não-eleitoral que caracterizam a mesma. Essa revisão do conceito necessariamente implica no questionamento da relação ente soberania e representação. Para ele, ambos os conceitos estão em crise, o primeiro devido ao enfraquecimento do Estado e ao fortalecimento das instituições internacionais, principalmente no campo da economia. Quanto à representação, ele afirma ser essencial que o conceito abarque não só a dimensão eleitoral, mas também a dimensão extra-eleitoral, que conjuga diversas formas de advocacia e participação.

O conceito de representação proposto por Avritzer, ao articular as dimensões eleitoral e extra-eleitoral, leva em conta a ideia proposta por Urbinati (2006a) acerca da importância da eleição como um *continuum* entre Estado e sociedade, mas que também vê como fundamental a institucionalização de novas formas de discurso com a representação da sociedade civil. O autor reconhece que o conceito de representação proposto por ele não elimina, nem se propõe a eliminar, a condição do representante de “agir no lugar de” discutido por Pitkin (1967). Assim, sua maior contribuição é propor o debate de representação e participação de uma forma articulada, como ele percebe ser uma tentativa dos autores com os quais debate, que, segundo ele, dão um passo à frente na teoria política ao não oporem ambos os elementos, embora ainda tendam a se aproximar mais de um ou de outro.

3.2) As relações entre representação e participação

Tendo em vista essa breve revisão, conclui-se pela inevitabilidade da contradição que envolve a representação. Outra contribuição que surge da análise dos trabalhos revisados é a importância de analisar a representação de maneira relacionada à participação, articulando os dois conceitos e não opondo-os.

Nesta dissertação, considera-se que a articulação desses conceitos é fundamental para a análise dos conselhos municipais de saúde, instâncias nas quais os conselheiros participam como representantes de diferentes grupos e setores da sociedade brasileira. A articulação representação/participação e suas implicações serão discutidas no presente tópico.

Como já discutido, a democracia representativa consagrou-se como forma de governo nos países capitalistas ocidentais durante a segunda metade do século XX. Por outro lado, os movimentos sociais e políticos e as correntes teóricas que exigiam um

espaço maior para a participação social sempre se opuseram à ideia de que a participação deveria limitar-se ao período das eleições.

Carole Pateman (1992), em seu livro “Participação e Teoria Democrática”, chama a atenção para movimentos sociais que, nos anos 1960, principalmente por parte dos estudantes, reivindicavam o direito à participação e a implementação de direitos que, se na teoria vigoravam, na prática, eram inexistentes. Para ela, as reivindicações populares por maior participação iam na contramão do que a maior parte dos teóricos da política e sociólogos políticos da época entendiam por democracia e participação. Para estes, a participação teria um papel menor e seria até mesmo perigosa para a democracia e, portanto, prejudicial para a estabilidade do sistema político.

Pateman utiliza exemplos de autores clássicos como Schumpeter (1943), Berelson (1954), Sartori (1962) e Eckstein (1966), para analisar que o ponto em comum entre eles é a pouca importância dada à participação. Para Schumpeter, a participação deve se restringir ao momento do voto; Berelson entende que a participação limitada e apática exerce uma função positiva; Sartori afirma que não são as minorias que governam e sim as elites e que a participação ativa do povo se torna perigosa, pois pode levar ao totalitarismo; e, por fim, Eckstein radicaliza posições ao propor a ideia paradoxal de que para um sistema democrático se manter estável, a estrutura de autoridade do governo nacional não precisa ser democrática.

A autora questiona, então, qual seria o lugar da participação numa democracia da contemporaneidade. Ela acredita que a participação exerça um papel fundamental na democracia e que uma estrutura de governo baseada na participação reduziria a tendência de reprodução de atitudes não-democráticas por parte dos cidadãos.

Santos (2002) realizou uma pesquisa internacional na qual abordou o advento da democracia participativa ou de experiências participativas em diversos países,

principalmente nos anos 1980. Naquele momento, muitos países viviam sob regimes ditatoriais e por isso eram constantes as reivindicações pela democratização e pelo direito a participar. Ele aponta que a democracia representativa, modelo hegemônico de democracia, era o modelo triunfante e mais encontrado em diferentes países pelo mundo. Para o autor, este modelo produz a privatização do bem público, o aumento das desigualdades e uma maior distância entre representantes e representados. Ao mesmo tempo, a democracia participativa, comumente desacreditada, vem ganhando força desde os anos 1980 através de lutas de grupos e comunidades sociais contra a exclusão social e a ausência de cidadania, para a conquista de uma democracia que se opõe à meramente representativa.

Santos propõe, no entanto, que ambas as democracias são legítimas e se complementam. Nessa combinação, segundo ele, reside a possibilidade do aprofundamento de ambas e de uma abertura para a emancipação social. Ele afirma que existem duas formas possíveis de conjugar democracia representativa e democracia participativa: coexistência e complementaridade.

A coexistência significa a convivência, “em diversos níveis, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional” (idem, p.75). Assim, a democracia representativa em nível nacional coexistiria com a democracia participativa em nível local.

A complementaridade, por sua vez, envolve uma articulação maior entre as duas democracias, para além da coexistência. Dessa forma, é necessário que o governo reconheça o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento do governo e os processos de deliberação pública que podem ser utilizados substituindo os processos de representação e deliberação adotados pela democracia representativa.

Segundo Santos, o Brasil é um dos países nos quais existe a complementaridade entre representação e participação. Desde o fim dos anos 1980 e início dos anos 1990, os arranjos participativos presentes no país possibilitaram a transferência de prerrogativas do nível federal para os níveis estadual e municipal, bem como da sociedade política para os próprios arranjos participativos. No caso do Brasil, a complementaridade entre participação e representação ampliou a participação em nível local através da transferência para as instâncias participativas do poder de deliberação sobre decisões antes monopolizadas pelos governantes.

Lüchmann (2007) concorda com Santos no que diz respeito à complementaridade entre participação e representação na democracia brasileira. Ela afirma que, historicamente, os conceitos participação e representação foram contrapostos ao serem utilizados para a construção de diferentes modelos de democracia – a democracia participativa e a democracia representativa. Assim, se tornaram elementos centrais no debate sobre qual era a melhor forma de governo para um país, mas, na maioria das vezes, foram dicotomizados nas reflexões e proposições teórico-analíticas.

Esta autora analisa que, no plano teórico, as diferenças entre os conceitos e as formas de governo decorrentes deles são marcantes. No entanto, no plano prático, a instituição de mecanismos participativos que se propõem a transpor um tipo de participação meramente eleitoral, demonstram que a participação não prescinde da representação. As recentes experiências participativas no Brasil⁷ trazem à tona a inevitabilidade da dimensão representativa no interior da participação, ou seja, a participação social ocorre através da representação dos diversos segmentos da sociedade.

3.3) Representação e participação nos conselhos municipais de saúde

⁷Ela cita os conselhos gestores e orçamento participativo.

A redemocratização do país ocorreu em um momento no qual, além do reconhecimento de que mecanismos autoritários estavam enraizados na organização estatal brasileira, as instituições formais básicas da democracia não eram mais consideradas suficientes para responder às demandas relativas aos problemas crônicos de exclusão e desigualdade social (Dagnino, 2002).

Assim, houve uma abertura de campo necessária para que houvesse uma radicalização da proposta de democracia, que viria acompanhada pela reformulação dos conceitos de cidadania e controle social, sendo que este seria feito pela sociedade sobre o Estado. A demanda pela institucionalização de mecanismos participativos passou a estar presente nas agendas dos mais diversos movimentos sociais e segmentos da sociedade civil organizada.

Pinto (2004) analisa a relação entre participação e representação a partir de experiências ocorridas em diversos países, inclusive no Brasil, que, apesar de diferentes, têm uma característica em comum: o advento da gestão participativa.

Nessas experiências, a emergência de uma gestão participativa foi considerada um antídoto contra a democracia representativa, ou seja, apareceu para substituí-la. Novamente, o elemento participativo da democracia é compreendido como oposto ao representativo e não como complementar. Nesta perspectiva, a instituição da participação não busca melhorar a qualidade da representação, mas tende a “isolá-la ou reduzir seu poder, caracterizando-se como um pólo de tomada de decisão e de iniciativa política independente, que pressiona ‘de fora’” (idem, p.102).

Nessa linha, Pessoto, Nascimento e Heimann (2001) consideram que existe uma confusão comum em torno dos conselhos de saúde, que embora sejam instâncias participativas expressam a democracia representativa e não a democracia direta. Os autores - que apontam que a única forma de democracia direta possível nas sociedades

contemporâneas seria o referendo⁸ -, afirmam que os conselhos, por mais que instituem a participação, fazem-no por meio da representação de segmentos da sociedade civil. Eles apontam que há, portanto, uma falsa contradição entre participação e representação, já que elas não são excludentes, mas sistemas que necessitam um do outro para funcionar melhor.

O processo de democratização pelo qual o Brasil passou, segundo esses autores, gerou a expansão de um ‘poder ascendente’, que estende o poder popular da esfera das relações políticas, na qual o sujeito é visto como cidadão, para a esfera das relações sociais, na qual ele é visto como usuário, trabalhador, consumidor, e também como cidadão. Este processo não significou a passagem da democracia representativa para a democracia participativa e sim da democracia política para a democracia social. Esta passagem significa também que o foco de importância deixa de ser o quantitativo de eleitores para ser a produção de espaços nos quais os eleitores possam exercer seu próprio poder de eleitor. A constituição dos conselhos gestores, entre eles os conselhos de saúde, é resultado dessa mudança.

A redemocratização brasileira possibilitou a criação e a expansão de instâncias participativas por todo o país, bem como o aumento da presença da sociedade civil nessas instâncias. As reivindicações de diversos atores sociais foram fundamentais para que a participação social na formulação de políticas públicas se configurasse legalmente. Avritzer e Pereira (2005) chamam de instituições híbridas os novos arranjos institucionais que propiciam que representantes de atores estatais e da sociedade civil compartilhem espaços deliberativos e de tomada de decisão. Os conselhos de saúde são um exemplo de instituição híbrida, que possibilitam uma gestão participativa na qual

⁸A Constituição Federal de 1988, através do Artigo 14, institui além do referendo, o plebiscito e a iniciativa popular, mecanismos de participação direta da população.

Estado e sociedade civil formam uma parceria para discutir sobre as políticas públicas do setor.

Lüchmann (2007) chama atenção para o tipo de participação que caracteriza os conselhos, a ‘participação coletiva’, que ocorre através da representação de entidades da sociedade civil. Ela critica a existência de uma grande diversidade de regras e critérios de representação presentes nas instâncias participativas. Isso geraria dificuldade de compreensão acerca dos critérios de legitimidade política e legitimidade da própria representação dentro dos conselhos.

Nesse sentido, Moreira (2009) analisa as regras de elegibilidade e participação dos conselhos municipais de saúde definidas pela Lei nº 8.142/90, pelas resoluções do CNS 33/93 e 333/03, pelo ato ou lei de criação dos conselhos e pelos regimentos internos, também aprovados pelo mesmo. A primeira consideração que faz é quanto à Lei nº 8.142/90, que, com o intuito de conferir autonomia aos conselhos, não estabeleceu uma normatização unificadora para o funcionamento e organização dos mesmos, permitindo que cada conselho estabelecesse suas regras de elegibilidade. Isso gerou uma gama de possibilidades imensa no que diz respeito à participação das entidades nessas instâncias. Assim, existem conselhos que já possuem em suas leis de criação o nome das entidades incluídas e o número de conselheiros que cada uma pode ter; existem participações vitalícias; existem conselhos que dividem a sociedade organizada de acordo com o movimento social local e decidem quais entidades devem indicar seus conselheiros; existem conselhos que utilizam mais de uma dessas regras ao mesmo tempo; e existem os que criam regras ainda mais específicas. Além disso, o processo de escolha dos conselheiros também não é unificado, existindo casos em que se elege candidatos, casos em que se elege entidades e ainda casos em que não há eleição e sim indicação.

A Resolução 333/03, em vigor atualmente, prevê que a representação nos conselhos se dará pelo critério da representatividade, da abrangência e da complementaridade das forças sociais locais. Ela ainda sugere que podem ser contempladas as representações de associações de portadores de patologias; de associações de portadores de deficiências; de entidades indígenas; de movimentos sociais e populares organizados; de movimentos organizados de mulheres, em saúde; de entidades de aposentados e pensionistas; de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; de entidades de defesa do consumidor; de organizações de moradores; de entidades ambientalistas; de organizações religiosas; de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; da comunidade científica; de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; de entidades dos prestadores de serviço de saúde; de Governo. Dessa forma, a Resolução 333/03 sugere uma série de entidades que podem ser representadas nos conselhos, sem indicar, no entanto, obrigatoriedade de sua participação e que segmento – usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, governo – elas representariam no conselho.

Delgado e Escorel (2008), ao analisarem a Resolução 333/03 e a lista de entidades que esta apresenta, afirmam ser positiva a diversidade na representação dos usuários nas instâncias participativas. Para elas, essa diversidade possibilita que as singularidades regionais sejam respeitadas nos conselhos de saúde e, assim, que seja assegurada a representatividade de entidades que possuem expressão local em cada comunidade.

Já de acordo com Labra (2005), essa lista de entidades apresentada pela Resolução 333/03 reflete a abrangência e a heterogeneidade da representação dentro dos

conselhos de saúde, principalmente no que diz respeito à representação dos usuários. Ela critica ainda a pouca importância dada a entidades ligadas às associações de moradores, que segundo ela são as que mais representam os usuários. O alto grau de associativismo das associações de moradores se deve ao fato de que os interesses dos usuários são difusos e por isso eles têm grande dificuldade para se agruparem, assim elas possibilitam um canal de comunicação, para onde os mesmos podem dirigir demandas relacionadas aos problemas de saúde. O oposto ocorre com os portadores de patologias ou deficiências que têm interesses bem definidos e coesos e por isso têm mais facilidade para se agruparem e, por conseguinte, vocalizarem suas demandas. De acordo com Moreira *et al* (2008) a multiplicidade na representação dos usuários beneficia entidades mais organizadas, com maior capital social, recursos, que por isso acabam tendo mais espaço nos conselhos.

A participação nos conselhos de saúde via entidades que representam segmentos da sociedade traz à tona outra questão: a relação conselheiro-entidade-usuário.

A Lei nº 8.142/90 determinou que os conselhos devem ser compostos por representantes dos usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e governo e que a representação dos usuários deve ser paritária em relação aos outros segmentos. Em nenhum momento a Lei estabeleceu como a representação desses segmentos deveria ocorrer. Dois anos depois, a Resolução 33/92 resolveu algumas das brechas deixadas pela Lei nº 8.142/90, inclusive quanto à composição do conselho. Ela estabeleceu que os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente por suas entidades e lista (como também faria mais tarde a Resolução 333/03 que a substituiu) quais entidades devem representar os usuários: entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais; movimentos comunitários organizados na área da saúde; conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;

associações de portadores de deficiências; associações de portadores de patologias; entidades de defesa do consumidor (p.2-3). O texto da Resolução deixa claro, no entanto, que essa lista é apresentada como exemplo e que pode ser adaptada de acordo com a realidade local na qual o conselho se encontra.

As repercussões da relação conselheiro-entidade-usuário decorrente do formato de representação presente nos conselhos são discutidas por Tatagiba (2002) e Labra (2005). Tatagiba (2002) analisa que possibilidade do conselho efetivar a representação plural e paritária é através do vínculo entre os conselheiros e suas entidades. Ela afirma, no entanto, que esse vínculo é extremamente frágil e as pautas do conselho raramente são discutidas com as entidades. Além disso, as demandas das entidades dificilmente chegam ao conselho e por isso exercem pouca influência nas decisões do mesmo. Por sua vez, as entidades muitas vezes demonstram desinteresse em acompanhar os debates do conselho e uma vez eleito seu representante, afastam-se, tornando a representação do conselheiro individual. Ela aponta que esse afastamento e, por consequência, a falta de debate, é mais prejudicial para o segmento dos usuários por este ser um grupo com menor amadurecimento em torno das questões discutidas no conselho e que acaba aderindo às posições defendidas por grupos mais articulados e com poder maior de argumentação.

Labra (2005) analisa, assim como Tatagiba, o afastamento entre o conselheiro e a entidade, mencionando que muitas vezes o contato entre ambos é inexistente. Ao mesmo tempo chama atenção para as relações muito próximas entre conselheiro e entidade que também podem ser negativas para o bom funcionamento do conselho. Ela dá como exemplo casos em que o conselheiro é também membro da diretoria da entidade que representa. Por fim, ela afirma que ao passo em que o conselheiro raramente consulta sua entidade antes de uma reunião do conselho e raramente presta

contas de sua atuação para a mesma, mais exígua é a possibilidade dele consultar e prestar contas à comunidade. Dessa forma, ela toca em uma questão importante que é o afastamento dos usuários em relação aos seus representantes e em relação ao próprio conselho. Ao estabelecer uma representação através da relação conselheiro-entidade-usuário o conselho, instância criada para possibilitar a gestão participativa e a inclusão no processo decisório de atores sociais historicamente excluídos, afasta quem deveria ser o protagonista, o usuário.

Tatagiba (2002) discute o quão crucial é essa questão para o conselho. Por um lado, esse afastamento das entidades em relação a suas bases esvazia o conselho de usuários, sua presença nos fóruns é escassa. Ao mesmo tempo esse afastamento enfraquece a própria instituição conselho, levando-a ao isolamento. Escorel (2008), nessa mesma linha, afirma que por mais que os conselhos sejam espaços abertos para a população, esta ainda não se apropriou deles. O conhecimento acerca da existência desses fóruns, bem como de seus mecanismos de funcionamento, como eleições ou indicação de representantes, é muito baixo.

Esse afastamento proporcionado pela relação conselheiro-entidade-usuário mostra o quão segmentarizada essa relação é. Dessa forma, a instituição de uma democracia participativa a partir de mecanismos como os conselhos não resolve dilemas atribuídos e criticados na democracia representativa. Isso não significa que a gestão participativa não promova um avanço, já que ela possibilita o reconhecimento da articulação dos conceitos de participação e representação, ao mesmo tempo os dilemas não foram resolvidos, precisam continuar sendo discutidos para serem aperfeiçoados.

3.4) A representação do usuário

A Constituição Federal de 1988 define no artigo 196 que saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo o acesso às ações e aos serviços de promoção da saúde universal. É também na Constituição, no artigo 198, que pela primeira vez é mencionada a participação da comunidade como diretriz do SUS. Dois anos depois, a Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação social por meio dos conselhos e conferências de saúde e define a inclusão de novos atores políticos no processo decisório que comporiam 50% da representação dessas instâncias: os usuários dos serviços de saúde.

A Lei nº 8142/90, no entanto, especificou muito pouco como se daria a participação na prática, determinou apenas que a organização e as normas de funcionamento dos mesmos seriam definidas em regimento próprio, devendo este ser aprovado pelo respectivo conselho. Apenas a Resolução do CNS 33/92 especifica melhor a composição, a estrutura e a competência dos conselhos de saúde.

Nenhuma dessas normatizações, no entanto, exime o caráter controverso característico da representação dos usuários. A peculiaridade dessa representação se deve ao fato de que a Constituição Federal de 1988 determina que todos os brasileiros têm direito à saúde e acesso ao SUS, ou seja, a priori, todos os brasileiros são usuários. Isso significaria dizer que qualquer brasileiro poderia ser representante dos usuários. No entanto, a interpretação da lei tem sido a de que ser conselheiro significa estar associado a uma entidade que, ao representar a sociedade civil, representa os usuários. Além disso, a Lei nº 8.142/90 e a Resolução 33/92, substituída pela Resolução 333/03, especificam que a composição dos conselhos é feita pelo segmento dos usuários, mas também pelos segmentos dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviço e pelos próprios governantes. Assim, é feita uma clivagem na sociedade civil (Moreira *et al*, 2008), na qual pertencer a uma entidade de trabalhadores de saúde, a uma entidade de

prestadores de serviço ou pertencer ao governo significa estar excluído do universo dos usuários, dentro das instâncias participativas.

Carvalho (2007) discute que de fato existem controvérsias em torno do conceito de usuário. Ele aponta, no entanto, que a Lei nº 8.142/90, ao definir a paridade entre a representação dos usuários e as demais e ao reservar assentos para os outros segmentos, deixa claro que estes não podem se confundir. Ele afirma que a ocupação de um assento como conselheiro representante dos usuários por um membro de qualquer outro segmento é ilegal a partir do momento em que essa ação se configuraria como uma dupla categorização por parte do conselheiro. A paridade entre o segmento dos usuários e os segmentos dos profissionais, prestadores e governo implica que cada representação tem um peso dentro do conselho e o fato da representação dos usuários ter um peso maior foi estrategicamente pensado visando que os maiores beneficiários das políticas públicas deveriam ter um poder maior de decisão sobre elas. Assim, se um membro de outro segmento se infiltra no segmento dos usuários perde-se a independência entre eles e perde-se a paridade.

Alguns estudos (Labra, 2005; Escorel, 2008; Côrtes, 2010) apontam, no entanto, que é comum que outros segmentos representem os usuários, principalmente em uma tentativa de atenuar a paridade.

Até o momento não há nenhuma norma federal que determine a ilegalidade de um segmento representar outro nos conselhos de saúde. O estado de São Paulo em 1995, através de seu código de saúde sancionou a Lei nº 791/95, que afirma ser ilegal a representação de usuários por membros de outros segmentos. Ele é o único estado em que há uma previsão legal que diferencie as representações de cada segmento. De acordo com o Artigo 68

Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou

comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho (Lei nº 791/95, Art.68).

A partir do que foi apresentado neste capítulo pode-se afirmar que o aprofundamento teórico do conceito de representação e a interlocução do mesmo com o conceito de participação são fundamentais para o avanço da discussão acerca da gestão participativa.

O ato de representar, como foi visto, é extremamente controverso e vem sendo pensado por diferentes autores em termos das implicações que traz para as relações entre representante e representado. A democracia não prescinde da representação, assim a controvérsia inerente a ela, deve ser constantemente analisada para que se tenha dimensão da influencia que a mesma exerce sobre as relações que media.

No caso da gestão participativa não é diferente. Está claro que esta só pode funcionar através da representação, pois não é possível que todos os cidadãos participem e nem mesmo seria interessante que todos o fizessem. No entanto, faltam discussões dentro da própria gestão participativa que contemplem as questões de como essa representação tem sido exercida, como ela tem influenciado a relação conselheiro-entidade-usuário e que efeitos ela produz nas instâncias participativas.

No próximo capítulo será apresentado um mapeamento das entidades que representam os usuários em todos os conselhos municipais de saúde no Brasil. Ele permite o aprofundamento dessa discussão, tendo como base dados que refletem como está a participação social nas instâncias participativas brasileiras.

4) A representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde do Brasil

A participação social em ações e serviços públicos de saúde foi introduzida como uma das diretrizes do SUS na Constituição Federal de 1988. Naquele momento, o sistema de saúde brasileiro passava por uma reformulação e a criação de mecanismos de participação que incluíssem diversos setores da sociedade civil fazia parte do discurso que priorizava a democracia como elemento essencial da produção da saúde. A inclusão da participação social na gestão pública colocava em xeque a ideia hegemônica de democracia (Santos, 2003), ideia esta que restringia a participação ao momento das eleições como forma de legitimação de governos. Abria-se espaço para a concepção contra-hegemônica de democracia, que incluía a sociedade na gestão pública, apostava em uma redivisão de poder, além de investir na articulação entre a representação e a participação como sendo fundamental para aproximação do Estado e da sociedade.

A partir da Constituição Federal de 1988, das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e das Resoluções 33/1992 e 333/2003, a participação social foi regulamentada e passou a ser obrigatória através de conferências de saúde e conselhos de saúde nas três esferas de governo. A gestão participativa passou a fazer parte da nova forma de governo que estava sendo construída. Desde então, essas instâncias foram criadas e funcionam por todo o país.

As instâncias de participação social significam uma inovação em termos democráticos e possibilitam a inclusão de novos atores dentro da gestão pública, os chamados usuários. No entanto, há que se fazer uma ressalva quanto à participação dos usuários na gestão, já que ela não se dá de forma direta, mas sim através de representantes oriundos de entidades que representam os usuários. Essa cadeia participativa/representativa é crucial para que se compreenda o funcionamento da gestão

participativa dentro do SUS. Afinal, quem participa dessas instâncias, e assim, representa os usuários?

Sendo assim, neste capítulo, será apresentado o mapeamento que foi feito das entidades que representam os usuários em todos os conselhos municipais do país. O mesmo foi realizado através do banco de dados, o ParticipaNetSUS, que está disponível no endereço eletrônico http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo, que contém informações de todos os 5.564 conselhos municipais de saúde do Brasil. Este banco de dados é fruto da pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS” realizada por Moreira e Escorel entre os anos de 2003 a 2007 e financiada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS). Os dados publicados no banco de dados são referentes ao ano de 2007.

A análise das entidades que representam os usuários foi feita com base na lista de representações presente na Resolução 333/03 que cita como entidades que podem estar presentes nos conselhos de saúde: associações de portadores de patologias; associações de portadores de deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; Governo. Tendo em vista que a Resolução 333/03 aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde e que é o único documento que

lista representações que podem estar presentes nos mesmos, ela foi escolhida como critério de análise para o mapeamento feito nos conselhos municipais de saúde.

A seguir, os resultados da pesquisa serão apresentados e analisados. Eles foram divididos de acordo com os territórios. A primeira tabela apresenta o resultado do mapeamento nacional, logo depois estarão as tabelas que apresentam os resultados regionais e por último as tabelas que apresentam os resultados estaduais.

4.1) Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Brasil

A tabela 1 mostra o mapeamento das entidades que representam os usuários em todos os 5.564 conselhos municipais de saúde do Brasil.

Tabela 1 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Brasil, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	6.613	26,11
outros	5.336	21,07
organizações religiosas	5.221	20,61
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	5.131	20,26
associações de portadores de deficiências	1066	4,2
Governo	338	1,33
associações de portadores de patologias	314	1,23
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	292	1,15
não identificadas	231	0,91
movimentos organizados de mulheres, em saúde	213	0,84
entidades de usuários	152	0,6
entidades de aposentados e pensionistas	139	0,54
movimentos sociais e populares organizados	80	0,31
entidades indígenas	77	0,3
entidades ambientalistas	69	0,27
comunidade científica	21	0,08
entidades de defesa do consumidor	16	0,06
entidades dos prestadores de serviço de saúde	16	0,06
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0

total	25.325	100
-------	--------	-----

Fonte: ParticipaNetSUS

A representação dos usuários é feita majoritariamente por quatro grupos, as organizações de moradores, por entidades classificadas como “outros” por não serem citadas na Resolução 333/03, por organizações religiosas e por entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais. As demais entidades possuem representações menos expressivas e juntas alcançam 11,94% da representação dos usuários.

Em relação às entidades que mais representam os usuários, as entidades de moradores, as entidades religiosas e as entidades de trabalhadores configuram 66,98% dessa representação. A ampla participação das entidades de moradores já havia sido ressaltada por alguns estudos (Bravo, 2001; Bravo, Menezes e Moraes, 2007; Borges, 2004; Labra, 2005, 2008), no entanto, a participação de entidades religiosas e de entidades de trabalhadores não vinha sendo significativa.

O estudo de Carvalho (1995) realizado há mais de quinze anos sobre os conselhos de saúde foi a primeira pesquisa extensa sobre estas instâncias e que levantava dados sobre a composição dos conselhos municipais de saúde. Naquele momento, os movimentos comunitários e sociais dominavam a representação dos usuários, com 62%. O autor, no entanto, não distinguiu movimento comunitário de movimento social, dificultando a comparação com os dados atuais, que foram mapeados diferenciando essas duas formas de representação. Os trabalhadores representavam 21% dos usuários, porcentagem parecida com a apresentada por este estudo. Já as organizações religiosas representavam apenas 3% dos usuários, percentual muito mais baixo do que o apresentado atualmente. Os outros grupos citados pelo autor são os

portadores de patologias com 9%, os empresários com 3% e o poder legislativo com menos de 1% de representação.

Um aspecto que chama a atenção no mapeamento é a expressiva representação de entidades classificadas como “outros”, que foram agrupadas dessa forma por não se encaixarem em nenhuma das outras categorias citadas pela Resolução 333/03. Do grupo “outros”, fazem parte as entidades filantrópicas como Rotary, Lions, maçonaria; entidades comerciais e industriais como o Clube dos Dirigentes Lojistas (CDL); entidades ligadas à educação como associações de pais e mestres; entidades ligadas aos idosos, como casas de repouso; conselhos tutelares; entidades ligadas à clubes desportivos; clubes de mães; entidades ligadas à movimentos de minorias como movimento negro e movimento gay; entidades ligadas à cultura como centros culturais; rádios; entidades ligadas à música, como grupos musicais e bandas; entidades de donas de casa; entidades ligadas à imprensa; entidades de defesa da infância e da adolescência; entidades de direitos humanos e de luta pela cidadania; partidos políticos; grêmios estudantis; laboratórios de análises clínicas; ONGs; OABs; entre outras. A diversidade dessas entidades faz com que elas não se destaquem isoladamente, mas reunidas na categoria “outros” elas representam 21,07% dos usuários.

Ao mesmo tempo, da lista de entidades proposta pela Resolução 333/03, a maior parte não possui representação expressiva dentro dos conselhos municipais de saúde. Assim, as categorias associações de portadores de patologias, associações de portadores de deficiências, entidades indígenas, movimentos sociais e populares organizados, movimentos organizados de mulheres em saúde, entidades de aposentados e pensionistas, entidades de defesa do consumidor, entidades ambientalistas, trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe, comunidade científica, entidades públicas, de hospitais

universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento, entidades patronais, entidades dos prestadores de serviço de saúde, governo, entidades de usuários, além das entidades que não foram identificadas, representam juntas 11,94% da representação dos usuários.

A multiplicidade da representação dos usuários já havia sido apontada por Delgado e Escorel (2008) e Moreira (2009), apesar dos autores chamarem atenção para aspectos diferentes do mesmo fenômeno. A lista de entidades apresentadas pela Resolução 333/03 não abrange a totalidade de representações existentes no segmento dos usuários e por isso a categoria “outros” foi utilizada, incluindo pelo menos mais vinte tipos de entidades. Para Delgado e Escorel, a multiplicidade das entidades participantes dos conselhos é importante para que a singularidade das representações seja respeitada de acordo com especificidades de cada região do país. Assim, é possível que a discussão dentro do conselho seja pautada pelos interesses e pelo conhecimento da população local.

Moreira, ao analisar a existência dessa multiplicidade de entidades que representam os usuários, chega à conclusão de que são poucas as entidades que possuem missões institucionais originalmente voltadas para o SUS ou para políticas de saúde. Ele entende que há um elevado grau de dispersão no segmento dos usuários que não é encontrado nos outros segmentos, o que gera uma maior disputa por poder e hegemonia dentro do mesmo e produz uma dificuldade maior de articulação.

Os apontamentos feitos pelos autores são essenciais para a discussão em torno da participação e da representação presentes nos conselhos. Eles suscitam uma outra questão relevante: que interesses essas entidades estão defendendo? Esta pergunta está no cerne da controvérsia mandato-autonomia proposta por Pitkin (1969), dilema este que é enfrentado por qualquer relação entre representante e representado, presente

também nos conselhos. Sendo assim, por possuírem missões institucionais distintas, as entidades optariam por defender seus interesses, a disputa por poder dificultaria uma articulação que visasse a formulação de políticas voltadas para todos os usuários, segmento para o qual foram escolhidas para representar. Ao mesmo tempo, a diversidade de entidades presentes no conselho possibilitaria que interesses mais plurais fossem representados, interesses que seriam mais condizentes com as diferentes realidades de cada população. Pitkin não propõe que a controvérsia seja resolvida, mas garante que, independentemente da postura adotada, o representante deve estar atento aos interesses da população.

De qualquer forma, existem três tipos de entidades – entidades de moradores, organizações religiosas e entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais – que dominam a representação dos usuários, e que na maior parte das vezes estão em maior número dentro dos conselhos. Por mais que haja uma pluralidade de entidades sendo representadas, três delas se mantêm sendo representadas de forma muito mais significativa.

Além disso, essas entidades também exercem um protagonismo dentro dos conselhos municipais de saúde, ou seja, frequentemente elas estão presentes dentro do mesmo em maior número do que as demais entidades. Ao fazer o mapeamento das entidades presentes em cada conselho municipal de saúde do Brasil foi feito também um levantamento de quantas vezes cada entidade aparecia de forma majoritária em relação às outras dentro de cada conselho municipal de saúde. Pode-se citar como exemplo o caso do conselho municipal de saúde de São José do Vale do Rio Preto, município localizado no estado do Rio de Janeiro. O mesmo é composto pela Associação de Moradores de Floresta, pela Associação de Moradores da Rua Odete Freire, pela

Federação das Associações de Moradores, pelo Colégio Cenecista Júnior Preto, pela Igreja Católica e pelo Partido dos Trabalhadores. Dessa forma, as entidades que pertencem ao grupo de organizações de moradores aparecem em maior número do que as demais.

A tabela 2 apresenta o resultado do levantamento que foi feito do número de vezes que cada uma das entidades aparece como sendo maioria em relação às outras.

Tabela 2 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Brasil, segundo tipo, número absoluto, percentual e número de vezes que aparecem como maioria no conselho em relação às outras entidades

Entidades	N	%	Maioria
organizações de moradores	661 3	26,1 1	798
outros	533 6	21,0 7	0
organizações religiosas	522 1	20,6 1	714
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	513 1	20,2 6	591
associações de portadores de deficiências	106 6	4,2	0
Governo	338	1,33	30
associações de portadores de patologias	314	1,23	5
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	292	1,15	14
não identificado	231	0,91	0
movimentos organizados de mulheres, em saúde	213	0,84	2
entidades de usuários	152	0,6	0
entidades de aposentados e pensionistas	139	0,54	2
movimentos sociais e populares organizados	80	0,31	2
entidades indígenas	77	0,3	1
entidades ambientalistas	69	0,27	1
comunidade científica	21	0,08	1
entidades de defesa do consumidor	16	0,06	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	16	0,06	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0	0
entidades patronais	0	0	0

Fonte: ParticipaNetSUS

As três entidades que mais representam os usuários aparecem como sendo maioria nos conselhos municipais de saúde muito mais vezes do que as outras. As entidades classificadas como “outros” não aparecem como sendo maioria, apesar de sua alta representação justamente pelo fato de congregarem diversas representações dentro de uma, sendo que individualmente essas representações não se destacam.

Outro aspecto interessante é que em relação às demais representações, os números que apresentam as entidades como sendo maioria não variam de acordo com a porcentagem de representação de determinada entidade. Existem entidades que são mais representadas, mas que não são maioria em nenhum conselho, como as associações de portadores de deficiência. Já entidades do governo e dos trabalhadores de saúde são maioria dentro dos conselhos com mais frequência que todo o resto do grupo.

Dessa forma, chega-se a outra questão importante que o mapeamento também aponta: a presença de outros segmentos, sejam profissionais de saúde, governo ou prestadores de serviço de saúde representando usuários. Os representantes do governo são os que mais aparecem, configurando 1,33% do total de entidades. Os representantes mais comuns deste segmento são a Secretaria Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, Assembleias Legislativas, etc. Os representantes dos profissionais de saúde aparecem um pouco depois, configurando 1,15% do segmento dos usuários. São comuns sindicatos de trabalhadores da saúde, conselhos que regulam as profissões, profissionais de centros de saúde. Já os prestadores de serviço de saúde configuram apenas 0,06% do segmento dos usuários. A presença de outros segmentos representando o segmento dos usuários significa que a determinação da Resolução 333/03 sobre a composição do conselho não está sendo respeitada. A Resolução prevê que a composição dentro dos conselhos deve respeitar a seguinte divisão: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de

governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Assim, existem distorções na composição do segmento dos usuários, já que outros segmentos ocupam vagas destinadas exclusivamente para o mesmo.

Alguns autores (Bravo, 2001; Carvalho, 2007; Moreira *et al*, 2008) já haviam apontado para essas distorções na composição do segmento dos usuários. Carvalho (2007) e Moreira *et al* (2008) analisam que as controvérsias que o termo usuário abarca são desfeitas com a delimitação estabelecida pela Lei nº 8.142/90 e principalmente pela Resolução 333/03 que estabelecem uma clivagem na sociedade civil. Ao estabelecerem os grupos que podem ter assento nos conselhos e a proporção para cada um, fica claro que a representação deve seguir a divisão proposta para que os segmentos não sejam confundidos, caso contrário não haveria motivo para tal divisão. Somado a isso há o fato de que a representação do segmento dos usuários deve ser paritária em relação aos outros segmentos, ou seja, o espaço reservado para os usuários dentro dos conselhos é exatamente a metade dos assentos disponíveis para os conselheiros, o que significa que o poder decisório desse segmento poderá ter um peso maior. Bravo (2001) afirma que quanto à paridade algumas mobilizações vêm sendo feitas para garanti-la. Ela aponta alguns exemplos como processos no Ministério Público, mobilização popular nas conferências de saúde, articulação parlamentar, entre outros.

4.2) Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde por Regiões do Brasil

As tabelas 3, 4, 5, 6, 7 são um desmembramento da tabela 1. Elas mostram o mapeamento das entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde do Brasil, de acordo com cada região do país.

Tabela 3 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Norte, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	512	29,52
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	439	25,31
outros	264	15,22
organizações de moradores	259	14,93
não identificado	51	2,94
movimentos organizados de mulheres, em saúde	50	2,88
associações de portadores de deficiências	41	2,36
Governo	35	2,01
entidades indígenas	28	1,61
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	19	1,09
associações de portadores de patologias	12	0,69
movimentos sociais e populares organizados	8	0,46
entidades ambientalistas	5	0,28
entidades de usuários	5	0,18
entidades de aposentados e pensionistas	4	0,23
entidades de defesa do consumidor	1	0,05
entidades dos prestadores de serviço de saúde	1	0,05
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	1734	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 4 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Nordeste, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	2223	29,56
organizações religiosas	2122	28,22
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	1744	23,19
outros	821	10,91
Governo	145	1,92
associações de portadores de deficiências	112	1,48
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	97	1,29
não identificado	74	0,98
movimentos organizados de mulheres, em saúde	54	0,71
associações de portadores de patologias	46	0,61
entidades ambientalistas	20	0,26
movimentos sociais e populares organizados	19	0,25

entidades de usuários	14	0,18
entidades indígenas	12	0,15
entidades de aposentados e pensionistas	12	0,15
entidades de defesa do consumidor	3	0,03
entidades dos prestadores de serviço de saúde	1	0,01
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	7519	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 5 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Centro-Oeste, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	517	28,05
outros	402	21,81
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	390	21,16
organizações de moradores	320	17,36
associações de portadores de deficiências	62	3,36
Governo	38	2,06
associações de portadores de patologias	23	1,24
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	16	0,86
movimentos organizados de mulheres, em saúde	13	0,7
não identificado	13	0,7
entidades indígenas	12	0,65
entidades de aposentados e pensionistas	12	0,65
entidades de usuários	12	0,65
movimentos sociais e populares organizados	7	0,38
entidades dos prestadores de serviço de saúde	3	0,16
entidades ambientalistas	2	0,1
comunidade científica	1	0,05
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	1843	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 6 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Sudeste, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	2106	29,31
outros	1883	26,2

organizações religiosas	1189	16,54
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	1063	14,79
associações de portadores de deficiências	328	4,56
associações de portadores de patologias	122	1,69
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	110	1,53
entidades de usuários	104	1,44
entidades de aposentados e pensionistas	64	0,89
não identificado	62	0,86
Governo	35	0,48
movimentos organizados de mulheres, em saúde	34	0,47
movimentos sociais e populares organizados	33	0,45
entidades ambientalistas	27	0,37
entidades indígenas	7	0,09
entidades de defesa do consumidor	7	0,09
comunidade científica	6	0,08
entidades dos prestadores de serviço de saúde	5	0,06
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	7185	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 7 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da região Sul, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
outros	1966	27,91
organizações de moradores	1705	24,2
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	1495	21,22
organizações religiosas	881	12,5
associações de portadores de deficiências	523	7,42
associações de portadores de patologias	111	1,57
Governo	85	1,2
movimentos organizados de mulheres, em saúde	62	0,88
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	50	0,7
entidades de aposentados e pensionistas	47	0,66
não identificado	31	0,44
entidades indígenas	18	0,25
entidades de usuários	17	0,24
entidades ambientalistas	15	0,21
comunidade científica	14	0,19
movimentos sociais e populares organizados	13	0,18

entidades dos prestadores de serviço de saúde	6	0,08
entidades de defesa do consumidor	5	0,07
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	7044	100

Fonte: ParticipaNetSUS

O mapeamento das entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde de acordo com as regiões brasileiras mostra um cenário de certa forma parecido com o que se encontra em todo o Brasil. As entidades que mais participam ainda são as mesmas, mas a participação individual das entidades muda de acordo com a região. Isso significa que as organizações de moradores, as organizações religiosas, as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais e as entidades classificadas como “outros”, por não serem citadas na Resolução 333/03, são sempre as quatro primeiras representações em todas as regiões, no entanto, em cada região elas aparecem em uma ordem diferente.

Assim, de acordo com a tabela 2, na região norte, as entidades mais presentes na representação dos usuários são as organizações religiosas, logo depois aparecem entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, as entidades classificadas como “outros” aparecem apenas como a terceira maior representação e as organizações de moradores são a quarta maior representação. Sendo que as organizações religiosas e as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais se destacam com 29,52% e 25,31% de representação respectivamente, fazendo com que esses quatro primeiros grupos não sejam tão equilibrados. As entidades identificadas como “outros” configuram 15,22% da representação e as organizações de

moradores configuram apenas 14,93%, percentual mais baixo de representação dessas entidades em comparação com o mapeamento nacional e com as outras regiões.

As demais representações que se destacam na região são as de movimentos organizados de mulheres em saúde com 2,88% e as de entidades indígenas com 1,61%, elas apareceram de forma mais significativa no norte do que nas outras regiões e no Brasil, onde elas não atingem nem 1% de representação. A região norte foi a que mais apresentou entidades não identificadas somando 2,94% do total, esta porcentagem chega a ser seis vezes maior do que a encontrada na região sul que possui apenas 0,44% de entidades não identificadas. Esta dificuldade se deu porque as entidades só estavam identificadas no banco de dados por siglas, nesses casos foi feita uma pesquisa em sites de busca da internet, no entanto, nem sempre foi possível encontrar informações sobre determinada entidade.

A presença de outros segmentos representando os usuários na região norte segue a tendência apresentada no mapeamento nacional, governo com 1,92% de representação, trabalhadores da área da saúde com 1,29% e entidades prestadoras de serviço com 0,01%.

A região nordeste, apresentada na tabela 3, diferencia-se da região norte e assemelha-se ao resultado nacional na representação das organizações de moradores que configuram 29,56% do total. Logo depois essa situação muda, as organizações religiosas aparecem com 28,22% de representação. A organizações de moradores, as organizações religiosas, as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais configuram 23,19% de representação e as entidades classificadas como “outros” 10,91%, índice mais baixo de todas as regiões.

As demais representações somam 8,11% da representação total e assim como no mapeamento nacional as associações de portadores de deficiências são as entidades que se destacam dentre elas com 1,48%, assim como o governo com 1,92% e os trabalhadores da área de saúde com 1,29%. As entidades prestadoras de serviço de saúde aparecem com apenas 0,01%. As outras entidades não somam nem 1% da representação total.

Na região centro-oeste, apresentada na tabela 4, as organizações religiosas são as mais representadas com 28,05% do total. As entidades classificadas como “outros” aparecem logo depois com 21,81%, seguindo a tendência do mapeamento nacional e diferindo-se das regiões norte e nordeste. Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais possuem 21,16% da representação dos usuários e as organizações de moradores 17,36%.

As outras entidades somam 11,62%, dentre elas as associações de portadores de deficiências se destacam com 3,36% da representação, além do governo com 2,06%, associações de portadores de patologias com 1,24%. Os trabalhadores da área da saúde aparecem com uma porcentagem menor do que o comum, 0,86% e as entidades prestadoras de serviço mantêm o percentual baixo, 0,16%.

A região sudeste, apresentada na tabela 5, possui o resultado mais semelhante com o mapeamento nacional. As organizações de moradores com 29,31%, as entidades classificadas como “outros” com 26,2%, as organizações religiosas com 16,54% e as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais com 14,79% são os grupos que mais representam os usuários na região, assim como no Brasil.

Quanto às demais entidades, elas somam 13,16%. As associações de portadores de deficiências possuem 4,56% de representação, as associações de portadores de

patologias possuem 1,69%. O sudeste é a única região em que os trabalhadores da área da saúde aparecem com uma porcentagem maior do que o governo, os primeiros com 1,53% e o segundo com 0,48%, menor porcentagem para este segmento. Outro destaque da região são as entidades formadas por usuários que aparecem com 1,44% de representação, sendo que em nenhuma das outras regiões essas entidades chegam perto de alcançar 1% do total.

A tabela 6 apresenta os resultados da região sul. Ela apresentou o maior índice de entidades classificadas como “outros”, com 27,91% de representação. Esta região também apresentou a menor porcentagem de organizações religiosas, com 12,5% do total. Entre elas estão as organizações de moradores, com 24,2% e as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, com 21,22%.

As demais entidades contam com 14,17% da representação dos usuários. As associações de portadores de deficiências se destacam com 7,42%, maior porcentagem dessas entidades em todas as regiões. As associações de portadores de patologias aparecem logo depois com 1,57%. Também se destaca a presença de outros segmentos representando os usuários, governo com 1,2% de representação, os trabalhadores da área da saúde com 0,7% e as entidades prestadoras de serviço com 0,08%.

O mapeamento das entidades que representam os usuários de acordo com as regiões do Brasil aponta para um cenário parecido com o mapeamento nacional. As entidades que majoritariamente representam os usuários se mantêm, são as organizações de moradores, as organizações religiosas e as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais. O que muda de região para região é o percentual e a ordem de aparição de cada uma delas.

As entidades classificadas como “outros”, pelo menos vinte entidades, também aparecem em percentuais elevados, no entanto, isoladamente essas entidades não se destacam. A multiplicidade de entidades que representam os usuários é visível não apenas pela necessidade da categoria “outros”, mas também pela lista de entidades proposta pela Resolução 333/03 que aponta dezessete tipos de representação, mas destas apenas três apresentam altas porcentagens.

As variações que se destacaram de região para região foram: a) a presença maior de entidades indígenas e de movimentos organizados das mulheres, em saúde na região norte, o que não ocorreu em nenhuma outra região; b) a presença maior de entidades de usuários na região sudeste, o que também não foi visto em nenhuma outra região. Essas foram as duas exceções, a representação se manteve parecida de acordo com as regiões.

A presença de outros segmentos representando os usuários se manteve em todas as regiões, governo e trabalhadores da área da saúde são mais comuns. Já entidades prestadoras de serviço aparecem de forma pouco significativa.

4.3) Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde por Estados do Brasil

As tabelas que vão do número 8 ao 33⁹, apresentam o mapeamento das entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde em cada estado brasileiro.

Os estados mantêm resultados parecidos com os encontrados no mapeamento das regiões brasileiras. As organizações de moradores, as organizações religiosas e as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais permanecem como os grupos que mais representam os usuários.

⁹As tabelas que vão do número 8 ao 33 encontram-se no Anexo 1.

A extensa participação de entidades de moradores representando usuários já havia sido discutida em outros estudos sobre o tema (Bravo, 2001; Bravo, Menezes e Moraes, 2005; Correia, 2000; Côrtes, 2009; Labra, 2005, 2008). Chama atenção, no entanto, o aumento da participação de entidades religiosas e entidades de trabalhadores que não aparecem em destaque nas pesquisas realizadas ao longo dos anos 2000. Ao mesmo tempo, a participação de associações de portadores de deficiências e patologias representando os usuários é menor do que apresentam alguns desses outros estudos (Bravo, 2001; Labra, 2005, 2008).

Labra (2005; 2008) analisou a ampla participação das associações de moradores representando usuários pelo fato destes terem dificuldade de se organizarem em grupos por seus interesses serem difusos e heterogêneos. A associação de moradores oferece um canal de comunicação mais próximo para o usuário dirigir suas demandas. Além disso, os problemas de saúde ainda estão muito vinculados aos problemas da comunidade e a rede de atendimento de saúde também se divide de acordo com a organização espacial da cidade, essas duas questões fazem com que dentro desse espaço as demandas sejam mais coesas. De qualquer forma, as organizações religiosas e as entidades sindicais também possuem um histórico de participação nos conselhos de saúde representando os usuários. Essas entidades já estavam presentes nos primeiros esboços do que viriam a ser os conselhos (Brasil, 2006).

A presença de outros segmentos representando os usuários, seja de entidades do governo, de trabalhadores da área da saúde e de prestadoras de serviço, foi constatada em todos os estados brasileiros, com exceção do Acre, que não possui nenhuma dessas representações no segmento dos usuários. Essa distorção na representação dos usuários também foi apontada nos estudos mencionados de Côrtes (2009) e Labra (2005). Côrtes afirma que a sobre-representação de conselheiros oriundos do governo, juntamente a um

controle na construção de agendas e da coordenação das instâncias demonstra que ainda há uma grande concentração de poder neste segmento. Ao analisar esta situação, Pinto (2004) aponta a existência de uma distorção no processo participativo, que se caracteriza pela hipertrofia e a superparticipação do Estado na organização dessas instâncias.

A partir do mapeamento das entidades que representam os usuários em todos os conselhos municipais de saúde do Brasil pode-se afirmar que

a) existem três entidades que majoritariamente representam os usuários, as organizações de moradores, as organizações religiosas e as entidades de trabalhadores;

b) há uma grande quantidade de entidades que se fazem presentes nos conselhos municipais de saúde, que não são citadas na lista proposta pela Resolução 333/03, fazendo com que haja uma pluralidade na representação dos usuários que não é encontrada nos outros segmentos;

c) os usuários são representados em todos os Estados, com exceção do Acre por outros segmentos, especialmente pelo governo, fazendo com que haja uma hipertrofia de participação por parte do Estado nas instâncias participativas e que a paridade da representação dos usuários em relação os outros grupos seja de certa forma burlada.

Dessa forma, percebe-se a relevância do estudo da representação nas instâncias participativas, já que é por meio dela que a participação social ocorre. A interlocução entre os conceitos de representação e participação, e a articulação de ambos em governos democráticos, possibilita a inclusão de novos atores no processo decisório, a criação de espaços de deliberação de políticas públicas e, assim, uma outra relação entre Estado e sociedade. Nesse sentido, a discussão da representação dos usuários dentro dos conselhos de saúde é importante para o contínuo exercício do controle social dentro das instâncias participativas.

5) Conclusão

Ao longo desta dissertação os temas participação social e representação foram discutidos com o intuito de entender como se configura a representação dos usuários nos conselhos municipais de saúde de todo o Brasil.

A participação social, institucionalizada por meio da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi analisada em termos de sua importância histórica tanto para a saúde pública brasileira, como para o período de redemocratização em que o país se encontrava durante os anos 1980. Além disso, esta institucionalização era inovadora, já que obrigava a criação de instâncias participativas para a deliberação de políticas públicas, cujo público-alvo, os usuários, detinha 50% de representação.

Assim, as instâncias participativas citadas pela Lei nº 8.142/90 inauguraram uma nova forma de controle social, por meio da representação de segmentos da sociedade civil organizada. A relevância da representação para que a participação social aconteça faz com que seja de extrema importância discutir a relação entre esses conceitos, que recorrentemente são pensados como sendo opostos, mas que precisam se articular para que a gestão participativa em saúde ocorra.

Para avançar nessa discussão foi feito um mapeamento das entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde de todo o Brasil. Dessa forma, seriam obtidas informações de como se configurava a representação dentro das instâncias participativas. A partir da lista de entidades apresentada na Resolução 333/03 do CNS foi possível analisar as 25.325 entidades que representam os usuários, sendo que além dos 17 tipos de representação presentes na resolução, mais 20 foram identificados, ou seja, há uma grande pluralidade nessa representação.

Foi possível identificar ainda que existem três entidades que dominam a representação dos usuários, são elas: as organizações de moradores, as organizações religiosas e as entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e

federações de trabalhadores urbanos e rurais. Apesar das organizações de moradores já serem apontadas em outros estudos como sendo a principal entidade que representa os usuários, as organizações religiosas e as organizações de trabalhadores não apareciam com alta representação nos estudos mais recentes, realizados nos anos 2000.

Outro aspecto analisado foi a presença de outros segmentos representando os usuários, tais como governo, trabalhadores da área da saúde e prestadores de serviço, com destaque para o governo. Esta distorção leva a uma hipertrofia da participação do governo nas instâncias participativas e ao descumprimento da representação paritária dos usuários em relação aos demais segmentos.

A participação do segmento dos usuários, ou seja, a inclusão da sociedade civil no processo decisório é frequentemente discutida e questionada na literatura disponível sobre o tema. Alguns autores afirmam que por vezes os conselhos se tornam espaços de reprodução da cultura política brasileira. As distorções encontradas no mapeamento permitem afirmar que os outros segmentos, principalmente o governo, infiltram-se no grupo dos usuários. Assim, cabe pensar que a ausência de uma discussão substancial e de uma delimitação legal do que é ser usuário acaba por propiciar tais distorções.

A limitação inerente a uma dissertação de mestrado, especialmente centrada na questão do tempo de realização e na abrangência da delimitação do objeto, gera a necessidade de se fazer escolhas que delimitem a pesquisa. Uma delas foi o fato da relação conselheiro-entidade-usuário, inerente à representação que ocorre nos conselhos municipais de saúde, não ter sido aprofundada. Isso se deu porque esta dissertação se ateu à análise da representação dos usuários, assim, a questão da representatividade não foi abordada com mais profundidade. Outro aspecto relevante a ser registrado é que o ano de referência dos dados obtidos através do ParticipaNetSUS é 2007. Embora a riqueza dos dados mantenha uma atualidade capaz de retratar as diferentes

representações dos usuários nos conselhos municipais de saúde, uma renovação que dê conta da dinâmica das mudanças que ocorrem nas instâncias participativas aponta para a necessidade de novos estudos, no formato de observatório, na medida em que o banco de dados seja atualizado mais frequentemente.

A partir de tudo o que foi dito, alguns apontamentos podem ser feitos para futuras discussões. Dessa forma, a existência de pelo menos vinte entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde, mas que não são citadas na lista de entidades presente na Resolução 333/03 leva a crer que o mapeamento que originou tal lista não dá conta de corresponder à dinâmica representativa de cada nível local.

Ao verificar a composição do conselho nacional de saúde percebe-se que grande parte das entidades presentes nos conselhos municipais de saúde, inclusive entidades citadas pela Resolução 333/03, não estão representadas no mesmo. Assim, a composição do conselho nacional de saúde, eventualmente, pode não estabelecer sintonia representativa com o controle social e a gestão participativa no nível local. Soma-se a isso o fato de não existirem canais de comunicação entre as três esferas de gestão participativa, como acontece com as câmaras representativas da gestão executiva (Cosems e CIB e Conasems, Conass e CIT), o que pode gerar um descompasso entre as resoluções emitidas pelo conselho nacional de saúde e a realidade encontrada nos conselhos municipais de saúde. As plenárias dos conselhos podem estar sendo canais de comunicação insuficientes para retratar a dinâmica da representação e representatividade que ocorre na ponta do sistema.

A dificuldade de estabelecer um parâmetro de representação para todos os níveis da gestão participativa também pode estar ligada à formação e à capacitação de conselheiros. Ambas são marcadas pela preocupação em prepará-los para a discussão da

gestão executiva, mas não para a própria gestão participativa. Sendo assim, a formação e a capacitação não colocam em pauta uma questão central para a própria gestão participativa: a representação dentro dos conselhos de saúde.

A institucionalização da gestão participativa no Sistema Único de Saúde brasileiro significou uma inovação democrática, na qual as políticas de saúde passaram a ser discutidas pelos seus usuários. Esta dissertação teve por objetivo analisar a representação deste segmento nos conselhos municipais de saúde, ou seja, analisar um fenômeno que está em pleno funcionamento há vinte e um anos e, por isso, em constante movimento em termos de construção e consolidação. Nesse sentido, para além da constatação do quanto se avançou, era de nosso interesse disparar discussões em torno da relação estabelecida entre a participação social e a representação, bem como de sua importância para a gestão participativa do SUS e para a democracia brasileira.

Referências Bibliográficas

Avritzer, L. A participação social no Nordeste. In: Avritzer, L. (Org.). *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

_____. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443 a 464, 2007.

_____: Pereira, M.L.D. Democracia, Participação e Instituições Híbridas. *Teoria & Sociedade*, Belo Horizonte, número especial, 2005.

Azambuja, D. *Teoria Geral do Estado*. 44^aed. São Paulo: Globo, 2005.

Bobbio, N. *O Futuro da Democracia; Uma Defesa das Regras do Jogo*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____; Matteucci, N. e Pasquino, G. *Dicionário de Política*. 11^a ed. Brasília: Editora UnB, 1998. v. 1.

Borges, S. 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. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/91, Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/93, Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, 2007.

Bravo, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: Bravo, M. I. S. e Pereira, P. A. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____; Menezes, J. S. B. e Moraes, M. R. Perfil dos Conselheiros de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Carvalho, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

Carvalho, G. C. M. *Participação da Comunidade na Saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

Chauí, M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática, 2000.

Coelho, V. S. P. Conselhos de Saúde Enquanto Instituições Políticas: o que está faltando? In: Coelho, V. S. P. e Nobre, M. (Orgs.). *Participação e Deliberação – Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.

Cohen, J. L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, v. 46, n. 3, p. 419-459, 2003.

Cohn, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 33*. Brasília, 23 de dezembro de 1992.

_____. *Resolução nº 333*. Brasília, 4 de novembro de 2003.

Correia M. V. C. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

Côrtes, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, n. 7, p. 18-49, 2002.

_____. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, S. e Lobato, L. V. C. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____ *et al.* Conselho nacional de saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: Côrtes, S. M. V. (Org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

Dagnino, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: Dagnino, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

Dahl, R. A. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

Delgado, M. M. D. e Escorel S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 79-95, 2008.

Escorel, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, L.; Escorel S.; Lobato L. V. C.; Noronha J. C. e Carvalho A. I. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

_____; Nascimento, D. R. e Edler, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, N.T.; Gerschman, S.; Edler, F. C. e Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____; Delgado, M. M. Perfil dos conselheiros estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 62-78, 2008.

_____; Moreira, M. R. *Participação Social*. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C. e Carvalho, A. I. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

Faria, C. F. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais da Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste. In: Avritzer, L. (Org.). *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

Gerschman, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004a.

_____. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004b.

Gohn, M. G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*, v. 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Guizardi, F. L. e Pinheiro, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

Gurza Lavalle, A.; Houtzager, P. P. e Castello, G. Democracia, Pluralização da Representação e Sociedade Civil. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 49-103, 2006.

Labra, M. E. *Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios*. In: Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C. e Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 106-117, 2008.

_____. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury, S. e Lobato, L. V. C. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____; Figueiredo, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

Lattman-Weltman, F. Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 29-36, 2008.

Lessa, I. J. Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003 – 2007). Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2010.

Lobato, L. V. C. Apresentação. In: Fleury, S. e Lobato, L. V. C. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

Lüchmann, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*, São Paulo, n. 70, p. 139-170, 2007.

Manin, B.; Przeworski, A. e Stokes, S. Eleições e Representação. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 191-228, 2006.

Mill, J. Essay on Government. In: Lively, J. e Rees, J. (Orgs.). *Utilitarian Logic and Politics*. Oxford: Clarendon Press, 1978.

Moreira, M. R. *Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde*. Tese de doutorado. ENSP/FIOCRUZ, 2009.

_____. *et al.* Participação nos Conselhos municipais de Saúde nos Municípios Brasileiros com mais de 100.000 habitantes. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, 2008.

_____; Escorel, S. Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

Pessoto, U. C.; Nascimento, P. R e Heimann, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.89-97, 2001.

Pinto, C. R. J. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19, n. 54, p. 97-113, 2004.

Pitkin, H. F. *The Concept of Representation*. Berkeley: University of California Press, 1967.

_____. *Representation*. New York: Atherton Press, 1969.

_____. Representação: palavras, instituições e idéias. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 15-47, 2006.

Rousseau, J. J. *Do contrato Social*. Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores, 2001. Disponível em <http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/contrato.pdf>. Acesso em 20/10/11.

Santos, B. S. (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____; Avritzer, L. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos, B. S. (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

Serapioni, M. e Romaní, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.

Sposati, A. e Lobo, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, 1992.

Stralen, C. J. *et al.* Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 621-632, 2006.

Urbinati, N. Continuity and Rupture: The Power of Judgment in Democratic Representation. *Constellations*, v. 12, n. 2, p. 194-222, 2003.

_____. O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, São Paulo, v. 67, p. 191-228, 2006a.

_____. *Representative Democracy*. Chicago, The University of Chicago Press. 2006b.

Valla, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.

Vasconcellos, L. C. F. Saúde, trabalho e direito no SUS: por uma agenda de movimentos. In: Bravo, M. I. S.; D'Acari, V. e Martins, J. B. (Orgs.). *Movimentos sociais, saúde e trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

ANEXO 1

As tabelas abaixo, que vão do número 8 ao 33, apresentam o mapeamento das entidades que representam os usuários nos conselhos municipais de saúde em cada estado brasileiro.

Tabela 8 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Acre, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	18	24,65
organizações religiosas	18	24,65
outros	18	24,65
organizações de moradores	10	13,69
entidades indígenas	4	5,47
associações de portadores de patologias	2	2,73
movimentos organizados de mulheres, em saúde	2	2,73
associações de portadores de deficiências	1	1,36
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
Governo	0	0
não identificado	0	0
entidades de usuários	0	0
total	73	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 9 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Amazonas, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	63	31,34
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	44	21,89
organizações de moradores	40	19,9
outros	25	12,43
entidades indígenas	12	5,97
Governo	5	2,48
associações de portadores de patologias	4	1,99
movimentos organizados de mulheres, em saúde	3	1,49
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	3	1,49
associações de portadores de deficiências	2	0,99

não identificado	1	0,49
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
entidades de usuários	0	0
total	202	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 10 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Amapá, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	16	34,04
organizações religiosas	12	25,53
outros	9	19,12
organizações de moradores	3	6,38
movimentos organizados de mulheres, em saúde	3	6,38
associações de portadores de patologias	1	2,12
associações de portadores de deficiências	1	2,12
Governo	1	2,12
não identificado	1	2,12
entidades indígenas	0	0
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	
entidades ambientalistas	0	0
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
entidades de usuários	0	0
total	47	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 11 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Pará, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
-----------	---	---

entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	205	32,74
organizações religiosas	164	26,19
organizações de moradores	112	17,89
outros	61	9,74
movimentos organizados de mulheres, em saúde	30	4,79
não identificado	20	3,19
associações de portadores de deficiências	16	2,55
entidades indígenas	5	0,79
movimentos sociais e populares organizados	5	0,79
entidades ambientalistas	3	0,47
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	3	0,47
associações de portadores de patologias	1	1,51
entidades dos prestadores de serviço de saúde	1	1,51
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
Governo	0	0
entidades de usuários	0	0
total	626	100

Tabela 12 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Rondônia, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidade	N	%
organizações religiosas	69	28,39
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	50	20,57
outros	49	20,16
organizações de moradores	21	8,64
associações de portadores de deficiências	12	4,93
Governo	10	4,11
movimentos organizados de mulheres, em saúde	8	3,29
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	6	2,46
não identificado	6	2,94
entidades indígenas	4	1,64
entidades de aposentados e pensionistas	3	1,23
associações de portadores de patologias	2	0,82
movimentos sociais e populares organizados	2	0,82
entidades de defesa do consumidor	1	0,41
entidades ambientalistas	0	0

comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
entidades de usuários	0	0
total	243	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 13 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Roraima, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	8	21,05
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	7	18,42
organizações religiosas	7	18,42
outros	7	18,42
entidades indígenas	2	5,26
Governo	2	5,26
associações de portadores de patologias	1	2,63
associações de portadores de deficiências	1	2,63
movimentos organizados de mulheres, em saúde	1	2,63
não identificado	1	2,63
entidades de usuários	1	2,63
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	38	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 14 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Tocantins, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	179	35,44
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	99	19,6
outros	95	18,81
organizações de moradores	65	12,87

não identificado	22	4,35
Governo	17	3,36
associações de portadores de deficiências	8	1,58
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	7	1,38
entidades de usuários	4	0,79
movimentos organizados de mulheres, em saúde	3	0,59
entidades ambientalistas	2	0,38
associações de portadores de patologias	1	0,19
entidades indígenas	1	0,19
movimentos sociais e populares organizados	1	0,19
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,19
entidades de defesa do consumidor	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	505	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 15 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Alagoas, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	111	29,83
organizações de moradores	97	26,07
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	71	19,08
outros	60	16,12
associações de portadores de patologias	9	2,41
associações de portadores de deficiências	9	2,41
não identificado	6	1,61
movimentos organizados de mulheres, em saúde	4	1,07
Governo	2	0,53
entidades indígenas	1	0,26
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,26
entidades ambientalistas	1	0,26
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0

entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
entidades de usuários	0	0
total	372	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 16 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da Bahia, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	629	35,73
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	444	25,22
organizações de moradores	332	18,86
outros	208	11,81
Governo	35	1,98
associações de portadores de deficiências	29	1,64
não identificado	25	1,42
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	21	1,19
associações de portadores de patologias	13	0,73
entidades ambientalistas	10	0,56
movimentos organizados de mulheres, em saúde	5	0,28
entidades de aposentados e pensionistas	4	0,22
entidades de defesa do consumidor	2	0,11
movimentos sociais e populares organizados	1	0,05
entidades dos prestadores de serviço de saúde	1	0,05
entidades de usuários	1	0,05
entidades indígenas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	1760	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 17 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Ceará, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	706	66,47
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	137	12,9
organizações religiosas	132	12,42
outros	34	3,2
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	20	1,88
associações de portadores de deficiências	8	0,75
movimentos organizados de mulheres, em saúde	7	0,65

Governo	5	0,47
não identificado	5	0,47
associações de portadores de patologias	3	0,28
entidades indígenas	3	0,28
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,09
entidades de usuários	1	0,09
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	1062	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 18 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Maranhão, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	274	29,81
organizações religiosas	272	29,59
organizações de moradores	195	21,21
outros	110	12
associações de portadores de deficiências	17	1,84
Governo	15	1,63
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	11	1,19
movimentos organizados de mulheres, em saúde	10	1,08
não identificado	7	0,76
associações de portadores de patologias	3	0,32
entidades indígenas	1	0,1
movimentos sociais e populares organizados	1	0,1
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,1
entidades ambientalistas	1	0,1
entidades de usuários	1	0,1
entidades de defesa do consumidor	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	919	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 19 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde da Paraíba, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	216	31,71
organizações religiosas	192	28,19
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	148	21,73
outros	74	10,86
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	9	1,32
Governo	9	1,32
não identificado	7	1,02
associações de portadores de deficiências	6	0,88
movimentos organizados de mulheres, em saúde	6	0,88
associações de portadores de patologias	5	0,73
entidades de aposentados e pensionistas	3	0,44
entidades ambientalistas	3	0,44
entidades de usuários	3	0,44
movimentos sociais e populares organizados	2	0,29
entidades indígenas	1	0,14
entidades de defesa do consumidor	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	684	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 20 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Pernambuco, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	230	26,01
organizações de moradores	222	25,11
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	216	24,43
outros	129	14,59
Governo	27	3,05
associações de portadores de deficiências	18	2,03
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	17	1,91
movimentos organizados de mulheres, em saúde	16	1,8
não identificado	7	0,79
entidades indígenas	5	0,56
associações de portadores de patologias	4	0,45
entidades de usuários	3	0,33

entidades ambientalistas	2	0,22
movimentos sociais e populares organizados	1	0,11
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,11
entidades de defesa do consumidor	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	898	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 21 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Piauí, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	261	30,49
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	227	26,51
organizações de moradores	183	21,37
outros	89	10,39
Governo	41	4,78
associações de portadores de deficiências	15	1,75
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	13	1,51
movimentos sociais e populares organizados	9	1,06
não identificado	6	0,71
movimentos organizados de mulheres, em saúde	5	0,59
entidades de usuários	4	0,47
associações de portadores de patologias	3	0,35
entidades indígenas	0	0
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	856	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 22 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Rio Grande do Norte, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	228	35,5
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e	160	25,15

federações de trabalhadores urbanos e rurais		
organizações de moradores	137	21,65
outros	79	12,26
associações de portadores de deficiências	8	1,27
não identificado	6	0,95
associações de portadores de patologias	5	0,79
Governo	5	0,79
entidades ambientalistas	3	0,47
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	3	0,47
movimentos sociais e populares organizados	1	0,15
movimentos organizados de mulheres, em saúde	1	0,15
entidades de defesa do consumidor	1	0,15
entidades indígenas	0	0
entidades de aposentados e pensionistas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
entidades de usuários	0	0
total	637	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 23 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Sergipe, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	135	41,15
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	67	20,42
organizações religiosas	67	20,42
outros	38	11,58
Governo	6	1,82
não identificado	5	1,52
movimentos sociais e populares organizados	4	0,6
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	3	0,91
associações de portadores de deficiências	2	0,6
associações de portadores de patologias	1	0,3
entidades indígenas	1	0,3
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,3
entidades de usuários	1	0,3
movimentos organizados de mulheres, em saúde	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0

comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	331	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 24 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Goiás, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	278	30,08
outros	199	21,53
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	178	19,26
organizações de moradores	170	18,39
Governo	29	3,13
associações de portadores de deficiências	25	2,7
associações de portadores de patologias	18	1,94
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	9	0,97
entidades de usuários	6	0,64
não identificado	4	0,43
movimentos sociais e populares organizados	3	0,32
entidades de aposentados e pensionistas	3	0,32
entidades ambientalistas	1	0,1
entidades dos prestadores de serviço de saúde	1	0,1
entidades indígenas	0	0
movimentos organizados de mulheres, em saúde	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	924	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 25 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Mato Grosso do sul, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
outros	92	27,38
organizações religiosas	74	22,02
organizações de moradores	72	21,42
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	59	17,55

associações de portadores de deficiências	13	3,86
movimentos organizados de mulheres, em saúde	5	1,48
entidades de usuários	5	1,48
entidades indígenas	4	1,19
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	4	1,19
entidades de aposentados e pensionistas	3	0,89
associações de portadores de patologias	2	0,59
não identificado	2	0,59
Governo	1	0,29
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades ambientalistas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	336	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 26 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Mato Grosso, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações religiosas	165	28,3
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	153	26,24
outros	111	19,03
organizações de moradores	78	13,37
associações de portadores de deficiências	24	4,11
entidades indígenas	8	1,37
movimentos organizados de mulheres, em saúde	8	1,37
Governo	8	1,37
não identificado	7	1,2
entidades de aposentados e pensionistas	6	1,02
movimentos sociais e populares organizados	4	0,68
associações de portadores de patologias	3	0,51
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	3	0,51
entidades dos prestadores de serviço de saúde	2	0,34
entidades ambientalistas	1	0,17
comunidade científica	1	0,17
entidades de usuários	1	0,17
entidades de defesa do consumidor	0	0

entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	583	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 27 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Espírito Santo, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	96	28,31
organizações religiosas	86	25,36
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	67	19,76
outros	61	17,99
associações de portadores de deficiências	13	3,83
movimentos sociais e populares organizados	4	1,17
associações de portadores de patologias	3	0,88
movimentos organizados de mulheres, em saúde	3	0,88
entidades ambientalistas	3	0,88
entidades de aposentados e pensionistas	1	0,29
Governo	1	0,29
entidades de usuários	1	0,29
entidades indígenas	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
não identificado	0	0
total	339	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 28 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Minas Gerais, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	1142	34,74
outros	787	23,94
organizações religiosas	604	18,37
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	467	14,2
associações de portadores de deficiências	105	3,19
associações de portadores de patologias	37	1,12

não identificado	32	0,97
entidades de usuários	31	0,94
entidades de aposentados e pensionistas	24	0,73
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	21	0,63
movimentos organizados de mulheres, em saúde	10	0,3
entidades ambientalistas	10	0,3
movimentos sociais e populares organizados	7	0,21
entidades indígenas	4	0,12
comunidade científica	3	0,09
entidades de defesa do consumidor	2	0,06
Governo	1	0,03
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	3287	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 29 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de São Paulo, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
outros	912	29,82
organizações de moradores	714	23,34
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	462	15,1
organizações religiosas	417	13,63
associações de portadores de deficiências	186	6,08
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	87	2,84
entidades de usuários	71	2,32
associações de portadores de patologias	63	2,06
entidades de aposentados e pensionistas	30	0,98
Governo	30	0,98
não identificado	28	0,91
movimentos sociais e populares organizados	22	0,71
movimentos organizados de mulheres, em saúde	16	0,52
entidades ambientalistas	6	0,19
entidades de defesa do consumidor	5	0,16
entidades dos prestadores de serviço de saúde	5	0,16
entidades indígenas	3	0,09
comunidade científica	1	0,03
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0

entidades patronais	0	0
total	3058	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 30 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Rio de Janeiro, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	154	30,73
outros	123	24,55
organizações religiosas	82	16,36
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	67	13,37
associações de portadores de deficiências	24	4,79
associações de portadores de patologias	19	3,79
entidades de aposentados e pensionistas	8	1,59
entidades ambientalistas	8	1,59
movimentos organizados de mulheres, em saúde	5	0,99
Governo	3	0,59
não identificado	3	0,59
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	2	0,39
comunidade científica	2	0,39
entidades de usuários	1	0,19
entidades indígenas	0	0
movimentos sociais e populares organizados	0	0
entidades de defesa do consumidor	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	501	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 31 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Paraná, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
outros	568	29,06
organizações de moradores	480	24,56
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	383	19,6
organizações religiosas	320	16,37
associações de portadores de deficiências	116	5,93
associações de portadores de patologias	23	1,17
Governo	18	0,92

movimentos sociais e populares organizados	8	0,4
movimentos organizados de mulheres, em saúde	8	0,4
não identificado	8	0,4
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	6	0,3
entidades de aposentados e pensionistas	5	0,25
entidades de usuários	5	0,25
entidades indígenas	3	0,15
entidades dos prestadores de serviço de saúde	2	0,1
entidades de defesa do consumidor	1	0,05
entidades ambientalistas	0	0
comunidade científica	0	0
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
total	1954	100

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 32 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde do Rio Grande do Sul, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
organizações de moradores	1010	27,51
outros	911	24,81
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	842	22,93
organizações religiosas	324	8,82
associações de portadores de deficiências	324	8,82
associações de portadores de patologias	58	1,57
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	43	1,17
Governo	38	1,03
entidades de aposentados e pensionistas	32	0,87
movimentos organizados de mulheres, em saúde	25	0,68
não identificado	17	0,46
entidades ambientalistas	14	0,38
entidades indígenas	13	0,35
comunidade científica	7	0,19
entidades dos prestadores de serviço de saúde	4	0,1
movimentos sociais e populares organizados	3	0,08
entidades de defesa do consumidor	3	0,08
entidades de usuários	3	0,08
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0

total	3671	100
-------	------	-----

Fonte: ParticipaNetSUS

Tabela 33 – Entidades participantes dos conselhos municipais de saúde de Santa Catarina, segundo tipo, número absoluto e percentual

Entidades	N	%
outros	487	34,31
entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	270	19,02
organizações religiosas	237	16,7
organizações de moradores	215	15,15
associações de portadores de deficiências	83	5,84
associações de portadores de patologias	30	2,11
movimentos organizados de mulheres, em saúde	29	2,04
Governo	29	2,04
entidades de aposentados e pensionistas	10	0,7
entidades de usuários	9	0,63
comunidade científica	7	0,49
não identificado	6	0,42
entidades indígenas	2	0,14
movimentos sociais e populares organizados	2	0,14
entidades de defesa do consumidor	1	0,07
entidades ambientalistas	1	0,07
trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe	1	0,07
entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento	0	0
entidades patronais	0	0
entidades dos prestadores de serviço de saúde	0	0
total	1419	100

Fonte: ParticipaNetSUS