

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Relações entre Representação e Participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”

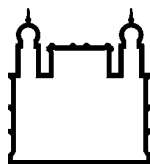
por

Raphael Batista de Rezende

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

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Rio de Janeiro, abril de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Relações entre Representação e Participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”

apresentada por

Raphael Batista de Rezende

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira – Orientador

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

R467r Rezende, Raphael Batista de
 Relações entre Representação e Participação no Conselho
 Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários,
 2013-2014. / Raphael Batista de Rezende. -- 2015.
 120 f. : graf.

 Orientador: Marcelo Rasga Moreira
 Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
 Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

 1. Conselhos de Saúde. 2. Participação Social. 3. Inovação
 Organizacional. 4. Políticas Públicas. 5. Representação. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1042098153

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à Renata,
por seu afeto genuíno e sua companhia segura no dia-a-dia.

E a minha mãe, Ana Cristina,
pelo incondicional e carinhoso apoio em todos os momentos da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Marcelo Rasga, por suas orientações precisas e dedicadas e por apostar em meu potencial ao longo de todo percurso desta Dissertação.

Aos professores José Mendes Ribeiro e Vera Lucia Luiza, pelo empenho na organização de um agradável ambiente de ensino na subárea de Políticas Públicas e Saúde e pelo ótimo acompanhamento do projeto de pesquisa.

À professora Lenaura Lobato, por suas valiosas contribuições ao estudo.

Aos conselheiros de saúde que, de forma muito gentil e responsável, colaboraram com a pesquisa. Sem esta participação, seria impossível cumprir os propósitos traçados para o trabalho.

Aos membros da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que se mostraram sempre solícitos aos pedidos relativos ao estudo, facilitando a realização de tarefas fundamentais para sua condução.

Aos usuários do SUS com os quais tive o prazer de me relacionar ao longo da vida profissional. Em essência, vem deste convívio a motivação para pesquisar, refletir e lutar pela concretização do direito à saúde para todas as pessoas.

Aos grandes amigos, que (como sempre) estiveram marcadamente presentes na trajetória deste Mestrado. É inesquecível o apoio carinhoso e cotidiano de Beth, Erick, Rodrigo e Bruno. É inseparável o afeto verdadeiro de Cauam, Moreno, Karla, Hugo e Pedro.

Aos companheiros de trabalho do INTO e do CEAPD de Duque de Caxias (principalmente, à Irene e Célia) pela irrestrita compreensão e apoio nos últimos anos.

Aos amigos da turma 2013 de Mestrado Acadêmico de Políticas Públicas e Saúde da ENSP (incluindo Lucas Bronzatto), pelas enriquecedoras conversas e pelo compartilhamento dos desafios deste processo de formação.

A minha família e, em especial a minha mãe, por ensinar-me, através de suas atitudes, que a vida sempre segue em frente.

A minha mulher, Renata, por permanecer integralmente ao meu lado com sua radiante confiança, mesmo nos momentos mais adversos.

Certamente, foi o convívio com vocês que construiu o sentido afetivo desta Dissertação!

RESUMO

O presente estudo teve como objeto as relações entre Representação e Participação no segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Para tal, buscou-se analisar a influência da “Configuração Representativa” do Conselho na atuação de seus membros em 2013 e 2014. A “Configuração Representativa” é definida como a combinação de dois eixos de regras institucionais: o *Eixo 1* é composto por regras de elegibilidade e participação e o *Eixo 2*, por regras de representação. Esta Configuração é a base do modelo analítico desta pesquisa, que foi desenvolvido a partir da Teoria da Poliarquia (Robert Dahl, 1972) e da concepção de Representação definida pela controvérsia mandato-autonomia (Hanna Pitkin, 1967). A discussão teórica do estudo contemplou as relações entre Representação e Participação nas inovações institucionais da democracia brasileira, com destaque para os Conselhos Municipais de Saúde. Os estudos sobre estes conselhos concentram-se em abordagens descritivas dos avanços e limites da participação, com raras articulações de questões da representação. Para desenvolver o tema, a metodologia do presente estudo utilizou a análise dos documentos do Conselho, o acompanhamento de suas reuniões através de atas e de Observação Participante, além da realização de entrevistas com os conselheiros. Os achados indicaram que a “Configuração Representativa” do Conselho incentiva uma divisão na representação dos usuários entre conselhos distritais de saúde e entidades municipais, que apresentaram diferenças em seu padrão de atuação. Por um lado, os representantes dos conselhos distritais revelaram ser pautados pela tendência *mandato* de representação, pois sua atuação é definida pelas relações que estabelecem com tais instituições. Por outro lado, os conselheiros das entidades municipais mostraram ter tendência para *autonomia* em sua representação, que é caracterizada por relações mais tênues entre atores e instituições. A postura *mandato* dos representantes distritais associou-se a uma participação mais expressiva nas reuniões e motivou a formação de alianças, resultando no protagonismo destes atores no Conselho. Desta maneira, no período coberto pelo estudo, foram os interesses dos usuários do SUS estabelecidos nos domínios distritais os efetivamente representados no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Pelos resultados deste estudo, concluiu-se que a “Configuração Representativa” exerce influência na atuação dos conselheiros dos usuários, impactando suas características de representação e participação.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Participação Social. Representação.

ABSTRACT

The present study analyzes the relationship between Representation and Participation by users' representatives in the Municipal Health Council of Rio de Janeiro. It analyzes the influence of the Council's "Representative Configuration" on its members' participation in 2013 and 2014. "Representative Configuration" is defined as the combination of two axes of institutional rules: *Axis 1* is composed by rules of eligibility and participation and *Axis 2* is composed by rules of representation. This Configuration characterizes the analytical framework of the research, which was developed based on Polyarchy Theory (Robert Dahl, 1972) and the concept of representation defined by the *mandate-autonomy* controversy (Hanna Pitkin, 1967). The theoretical discussion of the study explored the relationship between representation and participation that took place within innovative institutions of Brazilian democracy and, particularly, in the Municipal Health Councils. While the existing literature focuses on descriptive accounts of the advances and limits of participation, only few of them account for issues of representation. As a result, the methodology adopted by the present study combined the analysis of Council's documents, meeting records, as well as participant observation and interviews with Council members. The research results indicated that the "Representative Configuration" of the Council reinforces a division in the users' representation between District Health Councils and Municipal Associations, which are characterized by distinctive behaviors. On one hand, the representatives of district councils proved to be guided by their respective mandates, because their performance is defined by the relationship they establish with these institutions. On the other hand, the representatives of municipal associations seemed to exercise greater autonomy of representation, characterized by a more tenuous relationship between actors and institutions. The mandate-led action by the district representatives was associated with a more active participation in the meetings, and led to the formation of alliances, resulting in a more prominent role of these actors within the Council. Thus, during the period analyzed by the study, it was observed that the interests of the users of the Public Health System, established at the district level, were the ones effectively represented in the Municipal Health Council of Rio de Janeiro. The results of this study concluded that the "Representative Configuration" influences the performance of Council members representing users, impacting the characteristics of its representation and participation.

Key words: Health Councils. Social Participation. Representation.

SUMÁRIO

I	Introdução	8
II	Considerações Metodológicas	13
II.I	Objeto e Objetivos	13
II.II	Sobre os objetivos	14
II.III	A pesquisa de campo: especificidades e técnicas aplicadas	17
II.IV	Universo da Pesquisa	19
II.V	Considerações sobre a Ética em pesquisa	20
III	Relações entre Representação e Participação	23
III.I	Democracia: Ponto de Partida para o Estudo das Relações entre Representação e Participação	23
III.II	Relações entre as dimensões de Participação e Representação	30
III.III	Participação e Representação nos conselhos gestores de políticas públicas	35
III.IV	Conselhos Municipais de Saúde: Participação e Representação	40
III.V	Um modelo de análise para estudos de CMS específicos: a proposta desta dissertação	50
IV	Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Estrutura, Funcionamento e Configuração Representativa	53
IV.I	Estrutura e organização do Conselho Municipal de Saúde do Janeiro	53
IV.II	Entidades dos usuários no CMS-RJ: missão institucional, interesses e ações	57
IV.III	Caracterização da Configuração Representativa do CMS-RJ: Eixo 1 - Regras de Elegibilidade e Participação	58
IV.IV	Caracterização da Configuração Representativa do CMS-RJ: Eixo 2 – Regras de Representação	65
IV.V	Configuração Representativa do CMS-RJ: a articulação dos eixos	71
V	Relações entre Representação e Participação no segmento dos usuários do CMS-RJ	74
V.I	Pautas das reuniões do CMS-RJ: ponto de partida para a análise da participação	74
V.II	Atuação dos usuários nas reuniões plenárias do CMS-RJ	77
V.III	Alianças e Conflitos relacionados aos usuários no CMS-RJ	81
V.IV	Relações entre Representação e Participação nos usuários do CMS-RJ	85
V.V	A influência da Configuração Representativa na atuação dos usuários no CMS-RJ	88
VI	Conclusões	93
	Referências Bibliográficas	98
Anexo I	Roteiro para entrevista com representantes das entidades municipais no CMS-RJ	103
Anexo II	Roteiro para entrevista com representantes dos conselhos distritais no CMS-RJ	105
Anexo III	Roteiro para Observação Participante das reuniões do CMS-RJ	107
Anexo IV	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	108
Anexo V	Descrição detalhada das Regras de Representação e Relações entre as entidades e conselheiros dos usuários no CMS-RJ (2013-2014)	112

Capítulo I - Introdução

O Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), organizado em seus aspectos ideológicos, teóricos e práticos a partir dos anos 1970, adotou a participação dos cidadãos nas decisões referentes às políticas de saúde como importante componente de seu ideário. Intimamente ligada às lutas pela redemocratização do Estado Brasileiro na década de 1980, a intensa mobilização política desenvolvida por este Movimento foi capaz de reunir o apoio de diversas forças sociais do País, alcançando seu apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), cujo relatório final serviu de base para a elaboração do capítulo de Saúde da Constituição Federal de 1988.

Como resultado deste período de grande efervescência política, o texto constitucional estabeleceu a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser assegurado mediante a construção de um sistema de saúde público e organizado através dos princípios de atendimento integral, igualitário e universal à população, de descentralização político-administrativa e de participação da comunidade. Este conjunto de princípios foi consagrado em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90.

Desde então, o SUS tem protagonizado avanços palpáveis não limitados à esfera jurídico-legal. Neste ponto, merecem destaque a organização, em âmbito nacional, de uma rede assistencial composta por todos os níveis de atenção (com considerável expansão das ações e serviços de atenção primária e oferta de serviços de excelência no campo da assistência terciária de alta complexidade), o controle de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, a extensão e diversificação dos programas de vacinação, a redução da mortalidade materno-infantil, a ampliação do acesso a medicamentos para doenças crônicas e a responsabilidade de adotar estratégias de vigilância sanitária, epidemiológica e farmacêutica.

Apesar de tais avanços, a incapacidade do SUS em cumprir efetivamente suas propostas é percebida por usuários, trabalhadores, gestores e demais atores envolvidos no setor. O sistema é constrangido por restrições orçamentárias em todos os níveis administrativos, dificuldades de coordenação entre as esferas de poder, descompromisso de alguns gestores, condução indevida de verbas públicas e limitações no envolvimento de grupos profissionais. Em conjunto, tais fatores prejudicam a qualidade da prestação de serviços e se traduzem em muitos casos de cidadãos desassistidos, prolongamento do sofrimento e mortes evitáveis.

Para os fins desta dissertação, o panorama de tensionamentos multilaterais, realizações e dificuldades do SUS traz à tona a dimensão relacionada ao processo decisório das políticas públicas de saúde. Isto é, o SUS como arena de disputa pela condução de tais políticas – e, portanto, pelos recursos do fundo público – ocupada por grupos com diferentes origens, demandas, interesses e orientações político-ideológicas, competindo em um arranjo institucional de bases democráticas.

Não obstante a existência de diferentes concepções de democracia e das distintas noções de participação a elas atreladas, com a implantação do SUS, o ideário participativo do Movimento pela Reforma Sanitária foi traduzido em princípio fundamental do sistema, ganhando novos contornos para assumir o formato de participação da sociedade no processo deliberativo das políticas de saúde. A organização prática deste princípio na estrutura político-administrativa do SUS envolveu a institucionalização no aparelho estatal de um sistema de órgãos colegiados de participação social, composto pelas Conferências e Conselhos de Saúde.

Estes conselhos assumem posição de destaque por conjugar, de forma oficial e permanente, a participação da sociedade com atribuições deliberativas relativas às políticas de saúde em todas as etapas de seu ciclo. Neste contexto e em ritmos que variam de acordo com os ambientes políticos locais, os conselhos de saúde vêm possibilitando a inclusão de representantes de diferentes segmentos da sociedade no processo decisório do setor. Por conta desta ampliação na participação, estes órgãos ainda procuram se legitimar como instâncias de negociação e decisão, uma vez que passam a concorrer com outras instituições que tradicionalmente detêm a prerrogativa de orientar os rumos das políticas públicas.

Criados em todos os 5.565 municípios do país, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) agregam as potencialidades vinculadas à participação de atores sociais nas decisões do SUS com as possibilidades de aprimoramento na gestão proporcionadas pela descentralização. A organização deste robusto conjunto de conselhos reúne um contingente de mais de 72.000 conselheiros e envolve um considerável investimento de recursos provenientes dos fundos públicos, além de uma vigorosa dedicação por parte de movimentos sociais, entidades da sociedade organizada e cidadãos, que depositam nestas instâncias grandes expectativas quanto ao seu papel na condução das políticas de saúde.

Por tais características, os CMS representam uma arrojada iniciativa institucional de distribuição de poder político. Apresentam-se igualmente como um fenômeno singular nos aspectos político, social e cultural, riquíssimo em desdobramentos, dilemas, avanços e entraves suficientemente intrigantes para atrair o interesse de pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento e para justificar a realização de estudos sobre o tema.

As análises deste cenário, por um lado, valorizam avanços na democratização das políticas de saúde incentivadas pela ampliação da participação social nestes conselhos. Por outro, indicam entraves na atuação dos órgãos e dificuldades no cumprimento de suas atribuições deliberativas, apontando, no limite, para uma possível estagnação funcional. Embora muitos estudos tenham força descritiva acerca das realidades locais ou regionais avaliadas (sobretudo no que tange aos problemas levantados), pouco avançaram na produção de elucidações sobre as relações entre representação e participação que se conformam no domínio dos conselhos.

Entendendo que as reflexões sobre este assunto são importantes para apurar os conhecimentos sobre a dinâmica política nos CMS, as relações entre representação e

participação constituem o tema da presente dissertação, que estabelece o foco no segmento dos usuários do SUS do Conselho Municipal do Rio de Janeiro (CMS-RJ).

A seleção deste conselho como universo de estudo buscou garantir o adequado cumprimento das tarefas de pesquisa envolvidas na elaboração de uma dissertação comprometida com a produção de análises proveitosas para o desenvolvimento da temática. Além disso, este recorte possibilitou abordar o assunto em um dos principais e mais antigos conselhos de saúde do país que, ao mesmo tempo, recebe alguns questionamentos.

Por sua vez, o enfoque nos usuários fundamenta-se na premissa de que a inclusão dos CMS e, por conseguinte, de representantes deste segmento no *policy making* do setor Saúde representa o mais ousado avanço democrático motivado pelos conselhos. Isto porque permite que grupos sociais tradicionalmente excluídos do processo político institucional passem a participar das decisões relacionadas às políticas públicas. Ademais, segundo o princípio de paridade que orienta a composição dos conselhos, os representantes dos usuários detêm metade dos assentos disponíveis nos órgãos, configurando-se como segmento majoritário. Tais características respaldam grande parte das expectativas relativas à atuação dos conselhos sustentadas pelos atores envolvidos na trajetória de implementação do SUS.

A vinculação do autor com o tema apresentado fundamenta-se, acima de tudo, no entendimento de que a concretização de um sistema público de saúde com acesso universal é essencial para a efetiva afirmação do direito à saúde aos cidadãos. Valorizando uma concepção ampliada de saúde, que abrange a influência dos determinantes sociais nesta condição, torna-se claro que a garantia deste direito para toda a população relaciona-se intrinsecamente com a igualdade e a justiça social, alcançadas através de políticas públicas.

Sendo assim, a saúde apresenta-se como valor a ser permanentemente conquistado no cotidiano de vida social, o que qualifica a participação da sociedade nas decisões das políticas do setor – ambientada nos conselhos de saúde – como elemento imprescindível para este fim. Em palavras sucintas, nesta dissertação, o direito de participar das deliberações das políticas públicas será tratado como aspecto essencial para a concretização do direito à saúde.

Diante disto, a compreensão de uma convivência intrínseca entre representação e participação na dinâmica política dos conselhos será projetada para o contexto do CMS-RJ, na análise do segmento dos usuários.

Observando as relações representação-participação sob a perspectiva das regras institucionais, é importante considerar um primeiro eixo de regras que definem quais entidades e conselheiros participam do conselho (regras de elegibilidade) e como os conselheiros podem atuar no órgão (regras de participação). É igualmente relevante destinar atenção, em outro eixo, às regras de representação das entidades do CMS-RJ, pois elas determinam as relações entre tais entidades e seus representantes, influenciando o caráter da representação no órgão.

Nesta dissertação, considera-se que os eixos acima destacados compõem a “*Configuração Representativa*” do CMS-RJ da seguinte maneira: o eixo 1 abrange as regras de elegibilidade e participação, tanto do conselho quanto das entidades que o integram; e o eixo 2 abarca as regras de representação internas destas entidades.

A partir desta definição, chega-se a **pergunta-problema** que pretende desencadear as reflexões desenvolvidas na presente pesquisa: de que maneiras esta “*configuração representativa*” influencia a atuação dos conselheiros dos usuários no CMS-RJ?

O **raciocínio hipotético** que orientou o percurso metodológico da investigação – inspirado nos resultados de um estudo sobre os CMS brasileiros (MOREIRA e ESCOREL, 2009) – indica que as regras de elegibilidade dos CMS motivam a seleção de entidades representantes dos usuários com características heterogêneas e interesses institucionais distintos entre si, conformando uma condição de *multiplicidade dispersa*. Isto dificulta a atuação em bloco desse segmento e a formação de alianças com os demais atores, o que limita sua capacidade de emplacar propostas.

Quando presentes, as articulações internas dos usuários são preferencialmente conformadas por meio de vetos às políticas elaboradas pelos outros segmentos, notadamente o dos gestores. Neste cenário, a condição de *multiplicidade dispersa* incentiva que a atuação dos representantes dos usuários seja manifestada através de vetos às políticas elaboradas pelo Poder Executivo, caracterizando uma postura *veto player*.

Este raciocínio hipotético, baseado em conclusões desenvolvidas para o âmbito nacional, foi testado no Conselho Municipal do Rio de Janeiro a fim de se compreender em que medidas estes argumentos explicam sua realidade.

No sentido de desenvolver explicações para a situação exposta, esta dissertação foi organizada em seis capítulos, cujos conteúdos almejam apresentar, de forma encadeada, um conjunto de dados, reflexões e argumentos, articulando aspectos teóricos e empíricos. Sendo assim, após esta Introdução, o **Capítulo II – Considerações Metodológicas** – dá seguimento à construção do percurso metodológico da pesquisa, expondo seus objetivos e a descrição detalhada das técnicas de pesquisa efetuadas para atingi-los.

A elaboração teórica do estudo é apresentada no **Capítulo III – Relações entre Representação e Participação** – que abriga uma discussão sobre as dimensões de Representação e Participação aplicada às instituições democráticas contemporâneas e aos conselhos de saúde. A fim de articular estas categorias, é exposto o conjunto de noções e conceitos envolvidos no desenvolvimento do estudo, com destaque para as concepções de democracia e de representação política, que fornecem as bases para a construção do modelo teórico empregado na análise das relações entre representação e participação relativas ao segmento dos usuários no CMS-RJ.

Em sequência, o **Capítulo IV – Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Estrutura, Funcionamento e Configuração Representativa** – expõe as aplicações do modelo analítico do estudo à realidade do conselho. Desta forma, apresenta-se a caracterização detalhada dos eixos da configuração representativa do CMS-RJ, revelando o arranjo das regras de elegibilidade, participação e representação destinadas aos representantes dos usuários no órgão. Isto conflui para a definição das peculiaridades das relações entre entidades e conselheiros, que embasam a representação do segmento.

Partindo do cenário de representação traçado, o **Capítulo V – Relações entre Representação e Participação no segmento dos usuários do CMS-RJ** – apresenta uma análise da atuação dos representantes dos usuários nas reuniões do conselho realizadas em 2013 e 2014, considerando as práticas de participação e as alianças e conflitos delineados no curso do processo decisório do órgão. Com isso, são estabelecidas as correlações da configuração representativa com a atuação dos conselheiros dos usuários, cumprindo a missão de articular as dimensões de representação e participação neste segmento.

Por fim, no **Capítulo VI – Conclusões** – são retomados os principais resultados da dissertação de modo a expor um panorama conciso das relações entre representação e participação no CMS-RJ, sinalizando as repercussões práticas para a representação dos interesses dos usuários do SUS no Rio de Janeiro. Desta maneira, são pontuadas algumas propostas para qualificar esta representação por meio dos conselhos de saúde e definidas situações para futuras pesquisas relacionadas ao tema. Além disso, são avaliados os avanços e os limites do modelo analítico adotado na presente pesquisa.

Capítulo II – Considerações Metodológicas

Uma vez apresentados, no capítulo introdutório, a pergunta-problema e o raciocínio hipotético que orientam a presente pesquisa é impreterível exibir o percurso metodológico que possibilitou o levantamento dos dados do estudo e desencadeou as reflexões, debates e resultados nele contidos.

Situada no domínio das abordagens qualitativas da realidade, a pesquisa aqui apresentada teve seu desenho metodológico desenvolvido ao longo de 2013 e primeiros meses de 2014. A fim de realizar as atividades projetadas no desenho metodológico respeitando os prazos estabelecidos pelo Regimento Interno do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), adotou-se o seguinte cronograma:

Quadro 1. Cronograma de Pesquisa

	Meses de realização da pesquisa*												
Etapas da pesquisa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Qualificação do projeto	X												
Submissão do projeto ao CEP/ENSP		X											
Realização OE I			X	X	X								
Realização OE II			X	X	X								
Realização OE III			X	X	X	X	X	X	X	X			
Realização OE IV						X	X	X	X	X			
Análise dos dados			X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Redação final da dissertação												X	
Defesa da dissertação													X

Elaboração do Autor

**Exposição dos meses em ordem cronológica, sendo o mês 1 correspondente a março/2014 e o mês 13 a março/2015*

II.I) Objeto e Objetivos

Isto posto, é possível progredir no recorte metodológico da pesquisa, definindo o **objeto do estudo** como: a influência da “configuração representativa” do CMS-RJ na atuação dos conselheiros titulares que representam o segmento dos usuários, no período entre 2013 e 2014.

Conforme indicado na Introdução deste trabalho, a configuração representativa é constituída por dois eixos, sendo o eixo 1 composto pelas regras de elegibilidade e de participação do CMS-RJ e das entidades que o integram e o eixo 2, composto pelas regras internas de representação que definem as relações entre as entidades e seus conselheiros municipais.

A partir disso, o **objetivo geral** desta pesquisa é analisar a influência da “configuração representativa” do CMS-RJ na atuação dos conselheiros titulares que representaram o segmento dos usuários no período entre 2013 e 2014.

No intuito de alcançar tal objetivo, foram traçados os seguintes **objetivos específicos (OE)**, que expressam as tarefas a serem realizadas ao longo da investigação proposta:

OE I: Analisar as regras de elegibilidade do CMS-RJ, com ênfase naquelas que definem as entidades e conselheiros representantes dos usuários, e as regras de participação, que orientam as formas de atuação destes representantes no órgão.

OE II: Analisar as regras de representação que orientam as relações das entidades dos usuários no CMS-RJ com seus conselheiros titulares.

OE III: Analisar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no processo decisório do CMS-RJ no período entre 2013 e 2014, considerando as posturas de representação por eles adotadas.

OE IV: Relacionar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no CMS-RJ às regras de elegibilidade e participação aplicadas ao segmento e às regras de representação das entidades que o integram; isto é, correlacionar os achados do OE III com as informações apuradas em OE I e OE II.

II.II) Sobre os Objetivos

Para cumprir de forma bem sucedida esta lista de objetivos específicos, faz-se necessário selecionar um abrangente e diversificado conjunto de técnicas de pesquisa, combinando-as apropriadamente para atingir os propósitos de cada objetivo específico isoladamente, bem como para articulá-los de modo a alcançar o objetivo geral. Este tópico busca descrever minuciosamente os processos envolvidos na seleção e aplicação das técnicas de pesquisa, para os objetivos específicos da pesquisa.

Objetivo Específico I

O OE I (*analisar as regras de elegibilidade do CMS-RJ, com ênfase naquelas que definem as entidades e conselheiros representantes dos usuários, e as regras de participação, que orientam as formas de atuação destes representantes no órgão*) envolveu, inicialmente, a pesquisa em fontes secundárias públicas de livre acesso. Com uma consulta no endereço eletrônico do CMS-RJ (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>) foi possível levantar dois importantes documentos normativos: a Lei Municipal nº 5104/2009 – que dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde – e o Regimento Interno do CMS-RJ, elaborado em 2010, com base na referida lei.

O Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde de 2011 também foi identificado como documento relevante porque o fórum ambientou a eleição de metade das entidades que representam os usuários no CMS-RJ (a outra metade dos assentos é destinada de forma vitalícia aos conselhos distritais de saúde da cidade). O acesso ao relatório foi possível graças ao fornecimento de uma cópia do documento pela Secretaria Executiva do Conselho, uma vez que não foi encontrada uma cópia digital em pesquisas realizadas na internet. Sobre isto, destaca-se a atenção desta Secretaria em atender as solicitações do pesquisador.

Após o devido levantamento, esses três documentos foram analisados no intuito de identificar e destacar as regras de elegibilidade e participação do CMS-RJ que afetam o segmento dos usuários.

Por sua vez, a coleta de informações sobre as regras de elegibilidade e participação das entidades dos usuários no órgão foi efetuada por meio de entrevistas com os conselheiros, especificamente, através das questões da parte II dos roteiros apresentados nos anexos I e II. Uma descrição mais detalhada da execução das entrevistas para os fins deste estudo e do tratamento dos dados delas resultantes é apresentada no tópico II.III deste capítulo.

Objetivo Específico II

Por sua vez, para realizar o OE II (*analisar as regras de representação que orientam as relações das entidades dos usuários no CMS-RJ com seus conselheiros titulares*) foi programada a pesquisa em fontes secundárias, tanto pelo acesso aos endereços eletrônicos das entidades como pela busca de seus estatutos nos arquivos no CMS-RJ. Isto, no intuito de captar os principais objetivos das instituições e seus interesses relacionados às políticas municipais de saúde e ao SUS.

A estratégia de acessar os endereços eletrônicos das entidades representantes dos usuários no CMS-RJ mostrou-se algo improdutivo para o cumprimento dos propósitos elencados, especialmente porque poucas delas contam com *sites* efetivamente operantes na atualidade. A busca por outras formas de comunicação virtual, como *blogs* e perfis em redes sociais permitiu apenas a produção de discretos avanços na identificação da missão institucional das entidades e das ações desempenhadas para este fim.

Por sua vez, a estratégia de pesquisar os registros das entidades arquivados no conselho permitiu o levantamento dos Estatutos Sociais das 10 entidades municipais que atualmente representam os usuários, contribuindo para sua caracterização geral. Entretanto, não foi possível acessar os Regimentos Internos dos 10 conselhos distritais que ocupam os demais assentos dos usuários no CMS-RJ.

Na verdade, grande parte do OE II foi concretizada através da realização de entrevistas com os conselheiros dos usuários no CMS-RJ. Isto permitiu a coleta de dados primários proveitosos para caracterizar as entidades, especialmente nos quesitos referentes às regras de representação das entidades e às relações firmadas entre tais entidades e seus conselheiros (questões localizadas nas partes III e IV dos roteiros de entrevistas apresentados nos anexos I e II).

As descrições relacionadas ao desenvolvimento dos objetivos específicos I e II compõem o conteúdo do Capítulo IV desta dissertação (Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Configuração Representativa com enfoque no segmento dos usuários).

Objetivo Específico III

O OE III (*analisar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no processo decisório do CMS-RJ no período entre 2013 e 2014, considerando as posturas de representação por eles adotadas*) demandou um acompanhamento assíduo das reuniões do conselho e uma combinação de técnicas de pesquisa para o seu adequado desenvolvimento.

A propósito, este acompanhamento foi iniciado em maio de 2013, quando o autor desta dissertação passou a comparecer às plenárias mensais do CMS-RJ no intuito de aproximar-se do objeto de estudo. As impressões advindas dessa vivência foram importantes para a construção do projeto de pesquisa e para a elaboração dos instrumentos de coleta adotados no trabalho. Também proporcionaram uma compreensão mais fundamentada do funcionamento do CMS-RJ e colaboraram para consolidar o interesse de progredir no estudo do tema.

Em relação à condução prática do OE III, como o período de análise abrange os anos de 2013 e 2014, o intervalo antecedente à aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) – ou seja, de janeiro de 2013 até maio de 2014 – foi coberto pela análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS-RJ. Tais atas foram levantadas mediante pesquisa no *site* do CMS-RJ (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>).

A análise dessas atas foi orientada para examinar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários nas reuniões do CMS-RJ, contemplando as alianças e conflitos gerados no andamento das deliberações em tais encontros. Os produtos desta análise foram destacados para compor um conjunto de dados que foi sistematizado para possibilitar sua combinação com o material levantado através de outras técnicas de pesquisa.

Por sua vez, o período final do OE III (iniciado em maio de 2014, com a aprovação do projeto pelo CEP/ENSP) foi coberto, principalmente, pela realização de Observação Participante, sob a orientação do roteiro apresentado no anexo III. Portanto, esta técnica foi aplicada em todas as plenárias mensais do CMS-RJ realizadas entre maio e dezembro de 2014. Neste intervalo, a análise das atas de reuniões nos moldes mencionados acima foi utilizada para complementar os dados primários levantados pela Observação Participante. Uma descrição detalhada da condução desta técnica e do tratamento dos dados produzidos é exposta no tópico II.III deste capítulo.

Além disso, o cumprimento deste objetivo específico contou com contribuições das informações prestadas pelos os sujeitos da pesquisa nas entrevistas, especificamente nas questões localizadas na parte IV dos roteiros (anexos I e II).

Objetivo específico IV

Finalmente, as reflexões e análises motivadas pelo OE IV (*relacionar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no CMS-RJ às regras de elegibilidade e participação*

aplicadas ao segmento e às regras de representação das entidades que o integram; isto é, correlacionar os achados do OE III com as informações apuradas em OE I e OE II) foram construídas ao longo do desenvolvimento do estudo na medida em que as demais tarefas foram sendo cumpridas. Este objetivo específico articula os dados levantados nas diferentes etapas da pesquisa, contribuindo para conferir coerência e consistência aos seus resultados.

Desta forma, acredita-se que a execução bem sucedida dos quatro objetivos específicos acima enunciados permitiu o cumprimento do objetivo geral desta pesquisa, ou seja, *analisar a influência da “configuração representativa” do CMS-RJ na atuação dos conselheiros titulares que representaram o segmento dos usuários, no período entre 2013 e 2014.*

Os conteúdos referentes ao desenvolvimento dos objetivos específicos III e IV são apresentados no Capítulo V desta dissertação (Relações entre Representação e Participação no segmento dos usuários do CMS-RJ).

II.III) A pesquisa de campo: especificidades e técnicas aplicadas

Logo após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/ENSP, as etapas da pesquisa de campo foram iniciadas no dia 20 de maio de 2014, quando o pesquisador, após solicitação junto à Secretaria Executiva do CMS-RJ, apresentou o estudo ao pleno do colegiado em sua reunião ordinária do mês e forneceu duas cópias impressas do projeto para o presidente em exercício do órgão. Neste dia, foram expostos publicamente os principais objetivos da dissertação e foi efetuado o convite aos conselheiros dos usuários para participar da pesquisa, além de ter sido iniciada a aplicação da Observação Participante nas reuniões plenárias.

É importante destacar que, desde este primeiro contato, os membros da Secretaria Executiva do CMS-RJ e os conselheiros dos usuários se mostraram sempre muito receptivos a realização da pesquisa, o que contribuiu bastante para sua boa condução. Já ao fim da reunião de maio, algumas entrevistas foram agendadas e outros contatos telefônicos obtidos, auxiliando no rápido início das entrevistas, seis dias após a apresentação do projeto ao conselho.

No transcorrer da execução das tarefas da pesquisa foi percebida a ausência permanente de dois conselheiros dos usuários às reuniões do colegiado. O fato foi confirmado pela Secretaria do CMS-RJ, que inclusive havia encaminhado às entidades a solicitação de substituição de tais representantes, o que não ocorreu no intervalo da pesquisa. Entendendo que a ausência persistente inviabiliza a análise da atuação desses atores, este critério foi adotado para considerá-los como casos perdidos. Desta forma, o estudo que apresentava em seu desenho original um conjunto total de 20 conselheiros, terminou por abranger um universo de 18 sujeitos.

As entrevistas

A estratégia geral adotada pelo pesquisador para conduzir agilmente as entrevistas envolveu, em primeiro lugar, a obtenção dos contatos telefônicos dos sujeitos de pesquisa de modo a facilitar a comunicação com os mesmos e a resolução de eventuais problemas relacionados ao agendamento dos encontros. Foi possível conseguir, logo no dia de apresentação da pesquisa à plenária, grande parte dos contatos necessários, sendo os restantes fornecidos pela Secretaria do CMS-RJ após simples solicitação.

Apesar da intenção do pesquisador de visitar o máximo de entidades possíveis, as considerações acerca da exequibilidade dessa tarefa evidenciaram uma segunda preocupação para a condução das entrevistas: o estabelecimento, em tempo e custos razoáveis, de locais adequados para entrevistar, levando em conta os aspectos técnicos e éticos da atividade, bem como quesitos mais práticos para a concretização dos encontros, como disponibilidade dos entrevistados e do pesquisador e os endereços de moradia e trabalho dos primeiros.

No planejamento das entrevistas, o pesquisador contou novamente com o apoio da Secretaria Executiva do conselho, que gentilmente cedeu a sala de reuniões do órgão para a realização de seis entrevistas (um terço do total). Outras dez entrevistas foram efetuadas nas sedes de entidades integrantes do CMS-RJ (quatro delas em sedes de conselhos distritais) e as duas restantes nas residências de conselheiros, conforme indicado no quadro 2. Neste contexto, a etapa de execução desta técnica envolveu o período entre 26 de maio e 21 de julho de 2014.

As entrevistas foram compostas por questões exclusivamente abertas, sendo aplicadas aos 18 conselheiros titulares envolvidos na pesquisa sob a orientação de roteiros exatamente idênticos aos expostos nos anexos I e II. Todas as entrevistas foram executas pelo próprio autor e devidamente gravadas para possibilitar adequada análise do material produzido.

É necessário destacar que em certo momento do desenvolvimento da estrutura metodológica da pesquisa – logo após o exame de qualificação do projeto – foi necessário estabelecer roteiros de entrevista específicos para os representantes dos conselhos distritais de saúde e para os conselheiros das entidades municipais. Isto se justificou pela observação preliminar de características distintas entre os dois grupos de conselheiros dos usuários que, por serem relevantes para o objeto de estudo, demandaram a inclusão de algumas questões e a discreta adaptação de outras no roteiro destinado aos representantes dos conselhos distritais a fim de que tais impressões iniciais fossem analisadas em detalhe.

Em todas as ocasiões, o autor apresentou apropriadamente a pesquisa aos entrevistados tanto verbalmente quanto através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) elaborado especificamente para este fim (anexo IV) de modo a demonstrar de forma transparente o teor do estudo e sanar eventuais dúvidas dos participantes. Com a adoção de tais procedimentos, todos os 18 conselheiros procurados aceitaram participar da pesquisa, assinando

os respectivos TCLEs, que foram armazenados pelo autor em local seguro. Por sua vez, os arquivos eletrônicos produzidos pela execução das entrevistas também se encontram seguramente armazenados de maneira que apenas o pesquisador possua acesso.

Após a gravação e armazenamento dos arquivos, todas as 18 entrevistas foram integralmente transcritas também pelo autor, o que permitiu uma profunda imersão no conteúdo das informações. Em um segundo momento, o material produzido foi dividido por questões e filtrado no intuito de selecionar as partes mais interessantes para o cumprimento dos objetivos da investigação, criando um *corpus* de dados para ser utilizado nas análises desenvolvidas no estudo.

Quadro 2. Resumo da condução das entrevistas com os conselheiros dos usuários

Grupo de conselheiros (n)	Quantidade	Local	Intervalo
Representantes dos conselhos distritais (10)	4	Sede de conselho distrital	29/05/14 a 09/06/14
	4	Sala de reuniões do CMS-RJ	03/06/14 a 10/06/14
	2	Residência de conselheiro	27/05/14 a 09/06/14
Representantes das entidades municipais (8)	6	Sede de entidade	26/05/14 a 14/07/14
	2	Sala de reuniões do CMS-RJ	05/06/14 a 21/07/14

Elaboração do Autor

A Observação Participante

Destinada ao cumprimento do OE III (*analisar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no processo decisório do CMS-RJ no período entre 2013 e 2014, considerando as posturas de representação por eles adotadas*), a técnica de Observação Participante foi praticada nas oito reuniões ordinárias do CMS-RJ realizadas entre maio e dezembro de 2014.

Como os principais aspectos analisados já foram descritos no tópico II.II (Sobre os objetivos), nesta parte afirma-se que a Observação Participante foi sempre realizada pelo autor, que esteve presente em tempo integral durante o intervalo de todas as reuniões mencionadas. O procedimento consistiu em anotar no caderno de campo da pesquisa as impressões acerca da atuação dos conselheiros titulares dos usuários e da formação de alianças e conflitos envolvendo esses atores, utilizando o roteiro apresentado no anexo III. Isto produziu um amplo material que, posteriormente, foi refinado para selecionar as partes mais relevantes para as análises propostas.

II.IV) Universo da Pesquisa

A opção de selecionar o CMS-RJ como universo de pesquisa deve-se à importância de sua trajetória de 25 anos de participação nas deliberações das políticas municipais de saúde. Considerando que o autor reside no Rio de Janeiro e que as atividades envolvidas na execução das tarefas do estudo foram custeadas pelo mesmo, este recorte possibilitou uma adequada

mobilização de recursos para acompanhar regularmente as reuniões do órgão e para realizar as entrevistas com os conselheiros.

Pensando na viabilidade de concluir o estudo no tempo disponível, fica ratificada a escolha de analisar unicamente o segmento dos usuários, que se fundamenta principalmente pelo caráter inovador para a democratização do processo decisório das políticas de saúde que a inclusão deste segmento nos conselhos do SUS representa.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi fundado em 1991 e, portanto, figura como um dos mais antigos em atividade no País. A presente composição do conselho está estabelecida para o período entre 2012 e 2015, sendo a primeira vez que a duração do mandato é quadrienal.

Atualmente o órgão conta com sede própria situada no bairro da Cidade Nova, no mesmo prédio onde se localiza a sede da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. As reuniões ordinárias do colegiado são agendadas mensalmente, enquanto as extraordinárias são convocadas por iniciativa de seus membros para tratar de assuntos de interesse do conselho.

Cumprindo as orientações do Conselho Nacional de Saúde, todas as reuniões são públicas e abertas à população, sendo preservado o direito de voz aos cidadãos, mesmo que não detenham a prerrogativa de votar nas matérias do órgão. O CMS-RJ também pratica uma composição paritária entre os segmentos, destinando metade de seus 40 assentos às entidades representantes dos usuários, um quarto aos trabalhadores e o restante aos gestores e prestadores de serviço.

Para sua organização funcional, o CMS-RJ possui Secretaria Executiva para assessorar suas atividades e Comissão Executiva, constituída também paritariamente, que elabora as pautas das reuniões e dirige os encontros através de uma mesa coordenadora. Além disso, o conselho possui 9 comissões temáticas para assuntos específicos, com a finalidade de debater e sugerir pautas para as reuniões plenárias.

Este tópico pretende apontar algumas características básicas do universo da pesquisa, já que uma descrição pormenorizada do conselho será apresentada no Capítulo IV.

II.V) Considerações sobre a Ética em pesquisa

Considerando que metodologia é, em essência, reflexão sobre o método aplicado pelo pesquisador, este deve sempre considerar a ética como uma das dimensões de seu método. Assume-se, portanto, o compromisso de conduzir todas as etapas desta investigação e de aplicar as técnicas de levantamento, armazenamento e análise das informações sob a orientação dos princípios da bioética afirmados na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Para isto, foram cumpridas todas as exigências estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Primeiramente, a pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil permitindo o adequado encaminhamento ao CEP/ENSP da cópia do projeto de pesquisa aprovado no exame

de qualificação e contendo as modificações sugeridas. Juntamente, foram enviados os instrumentos de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) construídos exclusivamente para os fins deste estudo e apresentados em seus anexos. Ainda seguindo as orientações do Comitê, foram igualmente informados o cronograma e o orçamento da pesquisa. Evidentemente, a execução das técnicas de investigação só teve início após a aprovação do projeto, divulgada através da Plataforma Brasil em maio de 2014.

Atendo-se aos objetivos específicos (OEs) do estudo, cuja consecução consiste exatamente na aplicação das técnicas de pesquisa, faz-se necessário estabelecer as relações entre as técnicas aplicadas e os princípios da bioética.

Em primeiro lugar, nas partes do OE I alcançadas por meio da pesquisa em fontes secundárias, os princípios da bioética foram garantidos porque tais fontes são públicas e de livre acesso a todos os cidadãos que desejarem e, em especial, porque seu armazenamento foi feito pelo pesquisador, guardando-as por cinco anos, período em que somente ele terá acesso aos documentos e utilizando-os unicamente para os objetivos aqui propostos.

A mesma situação ocorre com parte dos objetivos específicos II e III. No caso do OE II, as informações e documentos referentes às entidades também são públicos e de acesso livre a todos os cidadãos, bem como as atas das reuniões plenárias do CMS-RJ consultadas para a realização do OE III.

Para atingir o OE III, foi aplicada a técnica de Observação Participante, na qual o pesquisador esteve presente nas reuniões do CMS-RJ entre maio e dezembro de 2014. Neste quesito, é importante compreender que as reuniões dos conselhos de saúde brasileiros apresentam caráter público, sendo a participação nas mesmas um direito dos cidadãos. Mesmo assim, o ingresso do pesquisador no CMS-RJ foi comunicado ao substituto do presidente e ao secretário executivo e, no mesmo dia deste anúncio, os objetivos do estudo foram apresentados na reunião ordinária do conselho. Além disso, duas cópias impressas do projeto de pesquisa foram disponibilizadas para o órgão.

Por outro lado, a aplicação de entrevistas abertas com os conselheiros titulares dos usuários do CMS-RJ, utilizada para o cumprimento de partes do OE I, OE II e do OE III, é uma técnica de levantamento primário de dados, que demanda um relacionamento direto do pesquisador com os sujeitos do estudo. Preferencialmente, o contato inicial com esses sujeitos foi efetuado pessoalmente no próprio ambiente onde são realizadas as reuniões do conselho, antes ou após tais encontros, sempre com a preocupação de evitar constrangimentos e de preservar a integridade dos indivíduos. Apenas quatro conselheiros entrevistados foram inicialmente contatados por meio de telefonemas.

Independentemente no tipo de contato inicial, o pesquisador sempre realizou a apresentação do estudo com linguagem clara e acessível para iniciar o processo de consentimento livre e esclarecido dos convidados. Antes do início de todas as entrevistas, a pesquisa foi novamente

exposta de forma detalhada e todas as dúvidas elucidadas no intuito de garantir apropriado entendimento quanto à decisão de participar da pesquisa. Desta forma, os 18 entrevistados puderam livremente refletir acerca de sua colaboração na pesquisa e, depois disso, todos concordaram voluntariamente em participar, expressando este consentimento através da assinatura do TCLE.

Durante a condução da investigação, foi igualmente garantido aos sujeitos da pesquisa, mesmo depois do fornecimento de informações, o direito de solicitar a supressão integral ou parcial do texto produzido. Também foi assegurado aos mesmos o direito de obter informações sobre o andamento do estudo mediante contato com o pesquisador responsável. Para garantir sigilo e segurança aos participantes, o material resultante da aplicação dos instrumentos desse estudo foi acessado apenas pelo pesquisador e por seu orientador, além de permanecer armazenado em arquivo durante, no mínimo, cinco anos, conforme determinado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo CEP/ENSP.

Por fim, o tratamento dos dados e a elaboração do texto, inspirada nas informações coletadas pela pesquisa, também seguiu os princípios éticos aqui mencionados. O produto final desta pesquisa será apresentado no formato de uma dissertação de mestrado a uma Banca Examinadora e, após aprovação e realização das alterações sugeridas por esta, será disponibilizada para o acesso público através do acervo de teses e dissertações da ENSP.

Capítulo III – Relações entre Representação e Participação

III.1) Democracia: Ponto de Partida para o Estudo das Relações entre Representação e Participação

O debate histórico sobre a democracia acompanha a trajetória humana desde a Grécia Antiga, atravessando os séculos subsequentes e sendo (re)formulado sob a influência de um vasto conjunto de ideias e movimentos políticos. Este longo período foi marcado por permanentes e vigorosas disputas relativas ao ‘ideal democrático’ que, ao perdurarem até os dias de hoje, revelam a relevância do tema em diversas conjunturas sociais.

Por mais instigante que seja contemplar as particularidades históricas deste debate, considerando os objetivos e o tempo disponível para o desenvolvimento desta dissertação, torna-se necessário focar nas questões atuais relacionadas à democracia contemporânea, em especial no que concerne à recente experiência democrática brasileira. Por isto, a opção por trazer a discussão para esta realidade.

As circunstâncias históricas do século XX conferiram significativa importância à ideia-força de democracia, tanto nos campos teóricos das ciências humanas quanto na dimensão prática da formação dos regimes de governo, sobretudo nos países ocidentais. Neste cenário, uma vez concretizada a desejabilidade da democracia, o período pós-guerra ambientou um intenso debate sobre a questão democrática, concentrado nas suas relações com a distribuição dos bens sociais e na configuração estrutural do sistema político, que envolveu autores de variadas correntes de pensamento (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Esta complexidade de visões, valores e ideologias, bem como a variedade de conjunturas empíricas às quais se aplicam, tem origem e, simultaneamente, motiva o surgimento de múltiplas correntes explicativas e militantes de democracia que disputam a hegemonia em torno do ‘ideal democrático’ que melhor organize a sociedade e a política. Como apontam Moreira e Escorel (2009), neste contexto polissêmico, o termo ‘democracia’ já não basta para expressar os interesses em disputa, demandando uma “adjetivação”, que resulta na identificação de perspectivas como: ‘democracia representativa’, ‘democracia participativa’, ‘democracia deliberativa’ e etc.

Para o intuito desta dissertação, serão trabalhadas ‘democracia participativa’ e ‘democracia representativa’, uma vez que as noções teórico-práticas sobre ‘participação’ e ‘representação’ apresentam-se como elementos fundamentais das concepções democráticas contemporâneas, embora sua concretização possa ocorrer de diferentes formas e em diferentes arranjos políticos.

Em termos gerais, ‘participação’ relaciona-se ao contingente de cidadãos que detém o direito de participar dos processos políticos de formação do governo e de outros dispositivos que amparam a tomada de decisões públicas (DAHL, 1972/2012; ESCOREL; MOREIRA, 2012). Por sua vez, a ‘representação’ figura como mecanismo que possibilita a

operacionalização da participação nas instâncias dos sistemas democráticos nacionais, nos quais a participação direta de extensa parcela dos cidadãos é impraticável. Isto é concretizado através da seleção de um grupo de representantes da população, responsáveis por atuar nos espaços decisórios onde são definidas as políticas públicas (DAHL, 1972/2012; PITKIN, 1967).

Assim, as ideias e práticas vinculadas à participação e representação, bem como as combinações e tensões entre elas, despontam como questão central do debate histórico sobre a democracia. Isto porque ao mesmo tempo em que integram o núcleo organizativo dos sistemas representativos das democracias de massas, abrigam uma disputa ideológica, teórica e prescritiva acerca do modelo democrático mais virtuoso, envolvendo democracia representativa e democracia participativa.

Ao longo do século passado, a democracia representativa firmou-se como modelo predominante de organização política das grandes e complexas sociedades, contribuindo para a valorização dos dispositivos eleitorais e de preocupações realistas com o arranjo institucional e com a estabilidade dos regimes democráticos. Este modelo possibilitou, através da instituição de mecanismos representativos, a legitimação de um tipo de participação da sociedade no processo político, simbolizada pelo voto universal e marcada pela extensão de direitos políticos, como formação de associações partidárias e candidatura aos cargos do governo.

Autor central neste debate, Robert Dahl (1972/2012) desenvolveu o modelo poliárquico de democracia, que será tomado, nesta dissertação, como ponto de partida para o estudo sobre as relações entre representação e participação.

O Modelo Poliárquico

Dahl (1972/2012) destaca como característica central da democracia, a capacidade do governo de ampliar contínua e progressivamente sua responsividade às demandas dos cidadãos. Esta definição traduz um ideal democrático cujo alcance envolve transformações históricas amplas, ainda não desenvolvidas plenamente por nenhum sistema político real. Por isso, ao trazer a discussão da questão democrática para a dimensão prática dos regimes de governo de Estados Nacionais, o autor considera que o desenvolvimento institucional no sentido da democracia conduz estes regimes a exemplares empíricos denominados *poliarquias*.

Nesta concepção, o valor do regime poliárquico é justificado por sua habilidade em ampliar o número e a variedade de cidadãos que tem seus interesses passíveis de serem representados nas instâncias decisórias que definem as ações governamentais. Essencialmente, isto envolve a afirmação dos direitos políticos de votar, de ser votado e de exercer oposição ao governo.

Apesar da ênfase nos aspectos objetivos da configuração dos sistemas representativos, Dahl indica que os efeitos mais permanentes da democratização não estão relacionados à organização institucional dos regimes, mas sim às transformações produzidas no plano da cultura e das atitudes presentes na sociedade. Por tais razões, a democratização apresenta-se como trajetória

frequentemente desejável, embora não represente uma lei fundamental de desenvolvimento dos regimes políticos.

O processo de transição dos regimes nacionais para a poliarquia é orientado pelo alcance de garantias institucionais para a igualdade política distribuídas em duas dimensões principais, denominadas *inclusividade* (ou *participação*) e *liberalização* (ou *institucionalização*).

Enquanto a primeira diz respeito à extensão de cidadãos que detém o direito de participar da competição política, a segunda relaciona-se às condições e regras institucionais para viabilizar esta competição (contestação pública). Quando combinados, avanços nesses dois eixos favorecem a democratização por elevar as possibilidades de participação de grupos de cidadãos que têm seus interesses levados em consideração nas decisões políticas do governo. Assim, é possível indicar que as relações entre os eixos mencionados colaboram para a construção de uma concepção de democracia representativa que valoriza a ampliação da participação de grupos sociais de forma articulada ao poder decisório nas políticas públicas.

A estruturação de sistemas competitivos com a inclusão de amplos segmentos da sociedade envolve também o estabelecimento de mecanismos capazes de equilibrar tolerância e oposição entre os grupos participantes. Neste quesito, as regras e condições institucionais favorecem a consolidação de um regime poliárquico na medida em que conseguem elevar os custos de supressão do regime acima dos custos de tolerância ao mesmo, formando um *sistema de segurança mútua*, que uma vez legitimado pelos atores participantes – tanto do governo quanto de oposição – garante ao menos que seus interesses não sejam violados no andamento da competição política, estabelecendo condições mais justas para a disputa.

Ao analisar o processo histórico de desenvolvimento dos regimes políticos, Dahl afirma que as variações nos eixos de inclusividade e liberalização, apesar de apresentarem caráter complementar, podem transcorrer de forma razoavelmente independente, permitindo a existência de várias alternativas de trajetórias democratizantes. Porém, atendo-se às finalidades práticas do estudo dos sistemas políticos existentes, o autor identifica três caminhos principais, todos eles tendo como situação inicial a *hegemonia fechada*.

Partindo desta condição, um primeiro caminho diz respeito ao atalho que combina o desenvolvimento simultâneo dos dois eixos descritos, permitindo o estabelecimento direto da poliarquia. Neste percurso, experimentado na prática por pouquíssimas nações, o principal desafio para a transição democrática estável é o curto tempo disponível para o aprendizado de práticas e acordos necessários para a legitimação das instituições do sistema político, o que predispõe à instabilidade e regressões para regimes autoritários.

O segundo trajeto, trilhado pelas poliarquias tradicionais, tem o eixo da institucionalização desenvolvido previamente ao da inclusividade, promovendo a passagem da hegemonia fechada para a *oligarquia competitiva* como etapa intermediária. Este movimento possibilita o desenvolvimento de regras, práticas e valores culturais democráticos através de um processo

político com conflitos razoavelmente baixos, uma vez que envolve apenas as elites dos países. Posteriormente, a ampliação da participação de novos grupos políticos para o alcance da poliarquia transcorre com a preservação da estrutura do sistema político em virtude da legitimidade adquirida pelas instituições e pelo sistema de segurança mútua perante os atores. Dahl considera este caminho como o mais exitoso para produzir uma transição estável para o regime democrático.

Por sua vez, no terceiro caminho, a evolução no eixo da inclusividade precede a institucionalização, formando *hegemonias inclusivas*, que são regimes dotados de um número extenso de grupos participantes nos quais o sistema de segurança mútua ainda é imaturo para instituir uma competição política com preservação das garantias de atuação para todos os atores. Isto prejudica a estabilidade de tais regimes, tornando-os suscetíveis a retrocessos autoritários. Nesta situação, o desafio que se impõe à transição para a poliarquia envolve o desenvolvimento e legitimação das condições institucionais e do sistema de segurança mútua em um ambiente de grande conflito político em função da ampla quantidade e diversidade de atores participantes e da considerável heterogeneidade de interesses por eles representados.

Segundo Dahl, as limitações no eixo da liberalização resultam da existência de regras institucionais ambíguas e incapazes de elevar os custos de tolerância ao regime democrático para um nível suficientemente superior aos custos de supressão, o que restringe a legitimidade do sistema político e, por conseqüência, prejudica sua estabilidade. Portanto, o êxito no estabelecimento da poliarquia requer a configuração de um formato institucional consolidado, com estruturas legítimas para promover condições igualitárias de competição política entre os atores participantes.

Neste ponto, é possível situar a trajetória democrática brasileira no contexto do terceiro percurso para a poliarquia acima mencionado. Isto porque, a redemocratização do Estado iniciada no final dos anos 1980 ampliou consideravelmente a participação dos segmentos da sociedade na vida política do país, tanto pela concretização de eleições com sufrágio universal para os cargos do governo, quanto pela criação de mecanismos institucionais inovadores, como os conselhos de saúde. Contudo, a estrutura macro institucional do sistema político não permite a organização de uma competição pelo direcionamento das políticas públicas que envolva os diferentes atores e instituições em igualdade de condições. É justamente nesta conjuntura que despontam as reflexões desenvolvidas neste trabalho.

Dando prosseguimento ao tema, os limites da democracia representativa motivaram alguns autores a produzirem críticas ao modelo poliárquico que, de diferentes maneiras, contribuem para a discussão das relações entre representação e participação. Desta forma, o próximo tópico apresenta um conjunto destes argumentos organizados de forma gradual desde os mais ligados à poliarquia até aqueles vinculados diretamente às correntes de democracia participativa.

Críticas ao Modelo Poliarquico: da ‘Poliarquia em 3D’ a ‘Democracia Participativa’

Com inspiração na teoria da poliarquia e entendendo a manutenção dos regimes democráticos como algo inconstante, imprevisível e frequentemente suscetível a retrocessos autoritários, Wanderley Guilherme dos Santos (1998) destaca a elegibilidade como elemento decisivo para a estabilidade desses regimes, adicionando, assim, um terceiro eixo ao modelo poliarquico bidimensional. Este autor valoriza o sentido forte de elegibilidade, associando a definição do termo ao conjunto de cidadãos que podem ser votados para os cargos do governo.

Desta forma, apresenta-se uma visão tridimensional (“Poliarquia em 3D”) dos sistemas políticos, em que a estabilidade dos regimes democráticos é determinada essencialmente pelo desenvolvimento dos eixos de elegibilidade e participação e não pela precedência cronológica da liberalização em relação à participação, conforme assinalado por Dahl (1972/2012). Sobre isso, Santos (1998) argumenta que, ao longo do processo de democratização, muitos regimes nacionais primeiramente evoluíram de forma consistente na dimensão da elegibilidade para depois avançar na participação até o patamar de sufrágio universal.

Uma vez estabelecida a poliarquia, o eixo de participação (direito de votar) tende a permanecer praticamente intocável, enquanto as variações no eixo da elegibilidade (direito de ser votado) influenciam objetivamente o grau de estabilidade dos regimes, sem elevações consistentes nos custos de supressão do sistema ou abalos nas demais dimensões.

Isto ocorre através de mudanças nas regras de elegibilidade, que impactam na estrutura do sistema político, desencadeando deslocamentos tanto no sentido democrático, ou seja, ampliando o número de competidores, quanto no sentido oposto, restringindo-os. Então, para o autor, a dimensão da elegibilidade concentra grande parte dos conflitos presentes nos sistemas representativos contemporâneos.

Nadia Urbinati (2006) renova o debate sobre o modelo representativo ao não interpretá-lo como substituto imperfeito da democracia direta. Propondo uma diferenciação entre democracia representativa e democracia eleitoral, as ideias da autora estão centradas na configuração de variadas formas de participação política pós-eleitorais que, integradas às eleições, estruturam a representação democrática.

A autora considera a representação política um processo circular e contínuo, que se situa na ampla esfera das conexões entre as instituições estatais e as práticas sociais e, assim, possibilita a reorganização dinâmica da pluralidade de ideias e questões relativas à vida política de uma sociedade. Neste ciclo, as eleições não são compreendidas como simples instrumento de delegação de poder para elites políticas, mas como importante mecanismo de sinalização da agregação de convicções ideológicas, demandas e opiniões em torno das plataformas dos partidos políticos.

Entretanto, as votações periódicas não esgotam a expressão de ideias que permeiam o ambiente político-social, razão pela qual a representação democrática envolve o estabelecimento de condições para manifestações dos assuntos públicos que afetam os cidadãos e para o estreitamento das relações entre representantes e representados.

Na verdade, Urbinati apresenta uma concepção de democracia representativa baseada na representação de ideias – e não de pessoas – na qual os partidos políticos têm papel importante na conjugação de longo prazo do fluxo de valores, demandas e interesses presentes na sociedade que, por sua vez, assume uma posição de participação ativa e permanente no processo político. Por tais argumentos, as alusões a uma suposta crise da democracia representativa tendem a excluir o papel da atuação partidária do debate democrático contemporâneo.

As considerações sobre os rumos atuais da democracia representativa envolvem também as dificuldades de seus dispositivos institucionais habituais para concretizar a representatividade de sociedades caracterizadas por contínuas transformações na esfera econômico-social. Neste contexto, a reconfiguração democrática delineia-se pela ampliação e pluralização de formas institucionais inovadoras de representação da sociedade adicionais às instâncias estatais, com o objetivo não de substituí-las, mas de reforçá-las no sentido de promover ações governamentais mais representativas (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006).

Em perspectivas mais críticas, o modelo representativo vem, de modo geral, sendo questionado justamente por conta de dificuldades em praticar adequada representação dos variados segmentos sociais, em especial das minorias privadas de recursos econômicos e políticos. Isto sinaliza insatisfações com o nível de participação dos cidadãos nos processos decisórios e com a atuação dos representantes, incluindo o caráter de suas relações com os representados. Além disso, existem frustrações relativas aos resultados promovidos pelos governos representativos, vinculados à capacidade das políticas públicas de contemplar as demandas concretas dos diferentes fragmentos da população no sentido de materializar seus direitos sociais.

As críticas à democracia representativa adquiriram, nas últimas décadas, proporções internacionais, expondo as fragilidades das instituições tradicionais para dar conta da crescente complexidade dos cenários políticos. O monopólio da representação popular concentrado nos partidos políticos vem sendo considerado incapaz de viabilizar os anseios dos cidadãos e de efetivar sua participação no governo. No sentido inverso das prescrições de correntes políticas conservadoras, uma das alternativas para a ampliação do teor democrático dos sistemas representativos envolve a criação de mecanismos participativos que integrem o processo decisório das políticas. Isto contribui para complementar a representação praticada pelas instituições tradicionais e promover o aprimoramento incremental do sistema democrático através do experimentalismo institucional (LIMA JR., 1997).

De forma ainda mais contundente, Boaventura de Souza Santos e Leonardo Avritzer (2002) criticam o modelo hegemônico de democracia representativa por sua baixa intensidade democrática, caracterizada por uma “dupla patologia”, que se manifesta através de limitados níveis de participação dos cidadãos nas decisões políticas e de insatisfações com a qualidade da representação. Uma das razões centrais para isto é a exaltação dos dispositivos eleitorais como único meio de efetuar a representação da população nas democracias de amplas escalas, o que resulta no estabelecimento de relações frágeis entre representantes e cidadãos e na restrita representatividade de grupos minoritários.

Segundo os autores, a revitalização do campo político contemporâneo envolve a valorização de experiências inovadoras de ‘Democracia Participativa’, que não suprimem as instituições da Democracia Representativa, mas as aperfeiçoam por meio da intensa ampliação da participação social de variados grupos de cidadãos com reconhecimento da pluralidade cultural no âmbito de uma “nova institucionalidade democrática”. Em essência, os arranjos participativos reúnem como potencialidades a articulação da participação ativa ao nível local com a dimensão política nacional e o aprofundamento democrático através do experimentalismo institucional complementar à democracia representativa. Nas próprias palavras dos autores, esta complementaridade:

Pressupõe o reconhecimento pelo governo de que o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação e deliberação tais como concebidos no modelo hegemônico de democracia (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Portanto, esta argumentação crítica da democracia representativa indica a possibilidade de revitalização e aprimoramento democrático através do convívio das instituições tradicionais de representação com experiências políticas inovadoras voltadas para ampliar e qualificar a participação e a representação dos segmentos sociais nas decisões das políticas públicas.

Uma vez expostas as balizas teóricas sobre democracia que embasam esta dissertação, é fundamental articulá-las diretamente ao objeto de estudo. Os elementos conceituais da poliarquia, apesar de desenvolvidos para o contexto dos sistemas representativos nacionais, foram recentemente adotados para analisar os conselhos municipais de saúde brasileiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009; MOREIRA, 2009), revelando seu valor analítico no âmbito das políticas setoriais. O trabalho destes autores caminha no mesmo sentido das elaborações de Santos e Avritzer (2002), valorizando a articulação entre instâncias participativas e representativas como o caminho para o que chamam de ‘radicalização da democracia’.

Inspirado nesta perspectiva de estudo dos conselhos de saúde, o presente trabalho busca aplicá-la à realidade do CMS-RJ, com enfoque nas relações entre representação e participação

no segmento dos usuários. Pretende-se, portanto, ampliar o conhecimento de tais relações através do estudo detalhado da situação municipal, indo além das análises em dimensão nacional produzidas por Moreira e Escorel (2009) e Moreira (2009). Para isto, é destinada ênfase adicional ao eixo da elegibilidade – destacado por Santos (1998) – sendo as regras de elegibilidade um dos componentes centrais da categoria de “configuração representativa” que será contemplada neste debate no tópico final do capítulo.

Antes, a discussão teórica aqui conduzida será encaminhada para averiguar certas particularidades das relações entre participação e representação que, além de constituírem o cerne das concepções democráticas postas em diálogo, orientam objetivamente as reflexões deste trabalho.

III.II) Relações entre as dimensões de Participação e Representação

A tarefa de relacionar categorias políticas requer, primeiramente, a apresentação das definições que sustentam a abordagem proposta. O termo participação tem evidente natureza polissêmica, mas os sentidos a ele relacionados confluem para as situações do convívio em sociedade. Sendo assim, boa parte dos significados atribuídos à participação vincula-se à dimensão das relações públicas, sendo as características e rumos concretos da participação condicionados por aspectos peculiares ao ambiente sócio-cultural e do sistema político.

Quando situada em contextos democráticos, a ideia de participação incorpora possibilidades para o direcionamento dos anseios de diferentes grupos sociais na esfera política, ainda que expressadas mediante variadas formas e intensidades (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Neste cenário, o conceito de participação passa a ser adequadamente compreendido quando acompanhado de um complemento capaz de conferir-lhe um sentido mais objetivo. Portanto, este trabalho contempla a noção de participação social, que também carece de uma definição específica, sendo aqui considerada como:

Um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais e coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implantação, execução, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição de bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Ao longo da construção deste capítulo, a participação social será situada no contexto do processo decisório das políticas do SUS ambientado nos conselhos de saúde. Por ora, no intuito de avançar na compreensão das relações entre participação e representação alinhadas à temática

da democracia, faz-se necessário elencar uma concepção abrangente de representação que se articule firmemente com a participação dos atores em situações políticas reais.

Representação política como atividade concreta: a controvérsia mandato-autonomia

Nos domínios da discussão conceitual sobre o tema, Hanna Pitkin (1967) considera a representação uma ideia humana presente em diversas situações da vida, que abriga diferentes sentidos e significados a depender da concepção adotada e das circunstâncias às quais se aplica. Neste cenário, a elaboração de uma definição adequada do termo representação envolve a ponderação das diferentes versões, buscando identificar similaridades nas teorias conflitantes para compor um panorama conceitual comum.

Desta forma, a autora indica que representação, em termos gerais, significa “fazer presente algo ou alguém que, apesar de tudo, não pode estar presente literalmente” (PITKIN, 1967). Isto expõe um paradoxo fundamental da representação, que abarca uma série de questões teóricas e práticas, dentre as quais aquelas vinculadas às instituições democráticas contemporâneas serão destacadas nos próximos parágrafos.

A noção de representação de pessoas nos moldes atualmente conhecidos é uma ideia moderna, que foi incorporada à esfera das instituições políticas apenas a partir do século XVII. Desde então, a representação adquiriu significativa importância para a organização política das grandes sociedades em praticamente todos os tipos de regime. Na trajetória de constituição das democracias ocidentais, o conceito de representação passou a ser relacionado com a ideia-força de democracia e tratado como direito de cidadania.

Estabelecendo o foco de suas análises na representação política de pessoas ou grupos em ambientes democráticos, Pitkin entende esta categoria de representação como uma *atividade concreta* que envolve uma relação entre representantes e representados de modo que os últimos se fazem presentes (ainda que não em termos literais) através da própria ação de representar desempenhada pelos primeiros. Portanto, nesta concepção a representação não se efetiva meramente pela presença de virtudes ideais dos representantes, tampouco pelo estabelecimento de arranjos formais que definem as atribuições desses atores.

De fato, a visão da representação como atuação substantiva por outras pessoas ou grupos firma a atividade de representar em si como elemento determinante da efetividade e da qualidade da representação. Em outras palavras, as atitudes dos representantes são tratadas como meio para concretizar a representação de tais pessoas ou grupos nas arenas políticas. Isto explicita as intrínsecas relações entre representação e participação existentes nas situações práticas que ocorrem nas instituições democráticas e delineiam uma noção dinâmica de relacionamento entre representantes e representados tanto na construção do conjunto de interesses dos grupos políticos quanto na definição do papel dos representantes.

No debate histórico relacionado ao tema, várias concepções consistentes de representação foram elaboradas, sempre vinculadas às visões políticas gerais de seus autores. Considerando a grande diversidade dessas perspectivas e os vários sentidos e significados para a atividade de representar a elas atrelados, Pitkin (1967) identifica duas concepções principais que, apesar de reunirem aspectos coerentes e aplicáveis à vida política, compartilham divergências persistentes e inconciliáveis em diferentes quesitos teóricos e práticos.

Como a autora conceitua a representação política como uma atividade substancial, o tipo de atuação desempenhada pelos representantes e o caráter das relações que estabelecem com seus representados despontam como elementos centrais da comparação entre tais correntes.

De um lado, as ideias sobre representação vinculadas à *corrente mandato*, em suas expressões mais radicais, indicam que os representantes devem atuar expressamente de acordo com os anseios e instruções de seus representados, que são concebidos como atores com grande capacidade para elaborar seus interesses e projetá-los politicamente. No limite, esta visão aponta para um processo decisório efetuado pelos representados fora da arena política onde atuam seus representantes que, assim, assumiriam a posição de meros agentes. Combinado a isto, a noção de interesse geral decorre do somatório dos variados interesses particulares dos indivíduos. Neste esquema, a impossibilidade de encontrar respostas objetivas e gerais para as questões políticas relega o representante a uma posição coadjuvante na tomada de decisões públicas, que transcorre, essencialmente, através de mecanismos de pressão e barganha orientados pelos interesses fragmentados dos cidadãos participantes da competição política.

De outro lado, nas interpretações extremas da *corrente autonomia* os representantes integram um conjunto restrito de pessoas dotadas de um conhecimento qualificado acerca dos assuntos políticos que afetam a sociedade. Por isso, eles devem ser independentes para atuar conforme seus julgamentos sobre o bem-estar da população, mesmo porque os anseios dos representados assumem um caráter excessivamente subjetivo e volátil, capaz de desviar o processo político para rumos contrários ao interesse comum. Assim, os representantes são isentos de obrigações diretas com os representados, aos quais cabe unicamente eleger a classe política. Nesta visão, a atuação livre do representante é a única forma de coordenar os diversos interesses dos representados e de perseguir o interesse geral que, por sua vez, não é interpretado como a soma das demandas particulares dos cidadãos. Logo, o governo torna-se muito mais uma questão a ser resolvida pela deliberação racional entre os representantes do que um processo influenciado pela vontade popular dos representados.

Ainda que ambas as concepções apresentem idéias corretas nos respectivos domínios específicos, elas estão situadas em pólos opostos de uma disputa teórica insolúvel centrada no próprio significado da representação, configurando uma controvérsia fundamental da representação, a qual Hanna Pitkin nomeia de *controvérsia mandato-autonomia*.

Para a autora, nenhuma das versões radicais pode realmente ser considerada representação como atividade concreta porque prescindem da relação entre representantes e representados. Na visão de puro mandato, o representante não participa da elaboração das decisões endereçadas às instâncias políticas de maneira que sua atuação torna-se um simples instrumento dos representados, enquanto no extremo da visão autonomia o representante atua livremente com base em seus atributos cognitivos e morais, sem a necessidade de articular-se com os representados na busca de seus interesses.

Entre esses dois extremos, foram elaboradas muitas concepções de representação, que englobam diferentes visões sobre as posturas dos representantes, ora mais influenciadas pela corrente mandato, ora mais pela perspectiva da autonomia. Isto permite uma interpretação da controvérsia mandato-autonomia como um gradiente no qual as posturas e as responsabilidades dos representantes variam desde a posição de mandato puro até a de integral autonomia. O aspecto comum a todas as versões não radicais de representação política é a existência de relações entre representantes e representados, embora seu caráter tenha variações dentro das perspectivas específicas. Isto significa que de alguma forma e com certa intensidade, as duas partes desta relação devem ser atuantes para que a representação se concretize.

Em outras palavras, a controvérsia mandato-autonomia expõe um dilema para a atuação dos representantes: perseguir os interesses particulares de seus representados através da *postura de representação mandato* ou buscar o interesse geral segundo suas interpretações, assumindo a *postura autonomia*?

Este dilema é potencializado na medida em que os sistemas políticos se tornam mais abrangentes e complexos. A ampliação do número de cidadãos participantes contribui para elevar a heterogeneidade das demandas dos grupos políticos, o que impõe desafios à sinalização de um interesse comum capaz de nortear a atuação dos representantes. Por sua vez, a diversificação do arranjo institucional promove maior interação entre os representantes e incentiva a necessidade de formar acordos e responsabilidades mútuas entre os grupos políticos, limitando as possibilidades de participação autônoma.

Diante da impossibilidade de resolver a controvérsia mandato-autonomia através da defesa de uma das perspectivas polares, Pitkin afirma que a atividade de representar pessoas ou grupos envolve a atuação razoavelmente independente de representantes que conjuguem suas interpretações do interesse geral aos interesses de representados dotados de capacidades de julgamento e ação política suficientes para configurar seu conjunto de interesses com base em seus anseios e demandas. Este esquema torna viável a associação dos aspectos subjetivos e objetivos envolvidos na formação dos interesses de grupos políticos e possibilita, no contexto do interesse geral, um tipo de atuação dos representantes responsiva aos representados e orientada por seus interesses, sem a obrigatoriedade de segui-los expressamente. Desse modo, a

representação materializada pela concreta participação dos representantes adquire também legitimidade por parte dos representados.

Tais características são importantes para viabilizar a representação em um cenário dinâmico da composição de interesses dos segmentos sociais, bem como nas diversas situações do cotidiano político, inclusive quando os representados não têm uma posição concreta sobre os assuntos da agenda decisória ou quando os mesmos sequer têm sua atenção mobilizada para tais temas. Também contribuem para o adequado equacionamento dos eventuais conflitos entre as atitudes dos representantes e os interesses dos representados, que ocorre através do fornecimento de explicações dessas atitudes e do estreitamento das relações entre as partes.

Neste contexto, considerando os aspectos práticos envolvidos na participação dos representantes, a postura mais proveitosa para efetivar a representação dos interesses de seus representados de forma legítima e articulada com o interesse geral encontra-se no equilíbrio entre as tendências mandato e autonomia, ou seja, na *postura mandato-autonomia*.

Dadas as múltiplas alternativas de combinação destes dois elementos, Pitkin indica ser impossível elaborar uma receita ideal e unívoca para a formação da postura mandato-autonomia, pois é fundamental que este equilíbrio seja adequado às diversas situações da realidade política e às condições de relacionamento entre representantes e representados.

Deslocando a discussão para uma perspectiva macro-política, a autora afirma que a representação dos diferentes segmentos sociais não pode ser adequadamente garantida pela atuação isolada dos representantes, sendo necessária a estruturação institucional de um sistema de representação que seja permanente e sistematicamente responsivo às demandas reais dos cidadãos. Deste modo, a autora conjuga uma sólida teoria de representação política aplicada em situações objetivas com a arquitetura dos sistemas representativos necessária para produzir desfechos sociais democráticos que, por sua vez, constitui aspecto central da concepção de democracia afirmada por Robert Dahl (1972/2012).

Ainda segundo Hanna Pitkin (1967), a configuração institucional é fundamental para oferecer condições que viabilizem a participação dos cidadãos e a atuação dos representantes nos processos políticos, de modo que o ideal da representação política – e seu conteúdo substantivo – possa ser traduzido concretamente em práticas representativas voltadas para os interesses públicos construídos no cotidiano. Sendo assim, o funcionamento exitoso do sistema de representação envolve um contínuo processo de aprimoramento e renovação institucional capaz de acompanhar as transformações presentes na dimensão social.

Os elementos conceituais apresentados delineiam uma concepção de representação política em que a atuação dos representantes assume um papel central, indicando que as dimensões de participação e representação estão indissociavelmente relacionadas no funcionamento das instituições democráticas. Também afirmam a relevância do envolvimento de representantes e

representados na formulação dos interesses projetados para as arenas decisórias e na adequação de posturas de representação legítimas e efetivas na promoção dos interesses públicos.

Inserindo os conselhos de saúde neste contexto, o arcabouço teórico-conceitual da controvérsia mandato-autonomia embasou a análise do panorama representativo dos conselhos municipais de saúde em perspectiva nacional (MOREIRA, 2009), cujos achados serão debatidos no último tópico deste capítulo. Nesta dissertação, tais referenciais serão aplicados à realidade do CMS-RJ, no sentido de refinar as análises das relações entre representação e participação que se configuram no segmento dos usuários.

Uma vez encadeada a discussão contemporânea sobre democracia – que confluiu para as possibilidades de conjugação das instituições representativas e participativas – aos aspectos específicos das relações entre as dimensões de representação e participação, fica estabelecido o marco teórico deste estudo. É, portanto, no debate envolvendo elegibilidade, participação, representação e controvérsia mandato-autonomia na atuação dos representantes que estão amparadas as análises dos conselheiros dos usuários no CMS-RJ.

Para avançar neste debate, é preciso situar os conselhos municipais de saúde no contexto dos conselhos gestores presentes no atual arranjo democrático brasileiro.

III.III) Participação e Representação nos conselhos gestores de políticas públicas

No Brasil, a promulgação da Constituição Federal de 1988, além de definir o desenho do regime democrático do País, simboliza o resultado de um processo de mobilização de diversos segmentos da sociedade nas lutas contra o regime autoritário (1964-1985) e pela redemocratização do Estado. Conhecida como Constituição Cidadã por qualificar os direitos sociais como questão de cidadania a ser assegurada por políticas de responsabilidade estatal, ela estabelece também mecanismos institucionais para promover a participação social dos cidadãos na vida política do País. A partir disso, foi constituído o sufrágio universal para os cargos dos poderes Executivo e Legislativo em todas as esferas federativas e instituídos dispositivos como o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

No âmbito setorial da gestão pública, a Constituição delineou a criação de inovadores espaços de participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais, que são genericamente denominados como conselhos gestores (ESCOREL; MOREIRA, 2012). Estes, apoiados por um conjunto de leis federais próprias de cada setor, passaram a desempenhar funções de proposição, formulação, controle e fiscalização das políticas públicas nas três esferas de governo. Outra peculiaridade dos conselhos gestores é o caráter permanente e oficial que embasa sua existência independentemente da orientação política dos partidos que ocupam os postos do Poder Executivo (AVRITZER; PEREIRA, 2005).

Os principais exemplos de tais legislações são a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Orgânica da Assistência Social, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto da Cidade que, além de

instituírem os respectivos conselhos no nível nacional, estabelecem diretrizes para sua formação nos demais entes federativos (AVRITZER, 2009). Desse modo, os conselhos de saúde, de assistência social e da criança e do adolescente, apesar das diferenças em seus formatos institucionais, tornaram-se proeminentes no cenário brasileiro em razão de sua atuação política nos diferentes níveis de governo (LÜCHMANN, 2007; AVRITZER, 2009; ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

Os conselhos gestores, juntamente com as experiências de Orçamento Participativo, são considerados os principais exemplos vivos das novas formas de participação ampliada no Brasil, também denominadas de instituições híbridas por conjugarem a atuação de atores sociais e estatais nas discussões, negociações e decisões relativas às políticas públicas (AVRITZER; PEREIRA, 2005). Com efeito, o conjunto oficial de responsabilidades na gestão setorial e, sobretudo, as atribuições deliberativas colocam as inovações institucionais brasileiras em evidência na conjuntura contemporânea de renovação democrática (SANTOS; AVRITZER, 2002; FUNG, 2004; LÜCHMANN, 2007).

A proposta central dos conselhos gestores é favorecer a institucionalização da participação de segmentos da sociedade na gestão das políticas setoriais e, assim, facilitar o estreitamento das relações entre Estado e sociedade e vitalizar o regime democrático. O valor da participação social nesses espaços é justificado pelo princípio de modelagem da vida pelas políticas públicas. Isto porque são elas que determinam a produção dos bens sociais e o acesso dos cidadãos aos mesmos, representando, em muitas ocasiões, o único meio de suprir necessidades essenciais de grupos populacionais. Sendo assim, a efetiva democratização do Estado demanda que as pessoas que têm a vida modelada por tais políticas possuam o direito de participar de seu processo decisório, em condições justas e igualitárias de vocalização de interesses e deliberação (MOREIRA, 2009).

Em decorrência disso, surgem possibilidades de tensionar o padrão tradicional de composição das instituições políticas brasileiras, caracterizado pelo predomínio quase integral de grupos da sociedade que pouco utilizam os bens e serviços públicos, uma vez que têm condições de acessá-los através do mercado. Paradoxalmente, os segmentos que de fato dependem das políticas públicas para viver têm acesso restrito e representação limitada nas instâncias que definem os rumos das mesmas (MOREIRA, 2009). A ideia de promover maior equilíbrio dessa situação ampliando o poder decisório dos segmentos historicamente excluídos através da institucionalização de sua participação reflete uma das propostas democratizantes mais inovadoras dos conselhos gestores.

Almeida e Tatagiba (2012) indicam que, nas últimas décadas, tais conselhos tiveram marcante institucionalização no cenário político dos níveis federal, estadual e municipal, em diversas áreas temáticas de políticas. Esta trajetória expressa um fenômeno de considerável envergadura na democratização da gestão pública, sobretudo em razão da ampliação da

participação de novos atores da sociedade. Contudo, os conselhos apresentam limitações para influenciar concretamente as decisões das políticas públicas, ou seja, para desempenhar suas funções deliberativas.

Efetivamente, as discussões sobre o caráter deliberativo concentram boa parte das expectativas e frustrações direcionadas aos conselhos. Não sendo restrita às disputas internas, esta questão envolve as formas de inserção desses órgãos nas arenas político-institucionais dos setores em que atuam. Tais arenas são compostas por instâncias dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, que também reúnem responsabilidades deliberativas (por vezes concorrentes) na condução das políticas públicas. Neste cenário de competição pelo poder de definir os rumos políticos, o fortalecimento das capacidades deliberativas dos conselhos gestores requer a consolidação de sua legitimidade institucional perante as demais instâncias do Estado e não a busca por autonomia decisória (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

Sendo assim, as autoras sugerem que a concretização do papel democratizante dos conselhos gestores passa pela revisão de suas rotinas práticas. Isto significa repensar as tendências burocráticas de atuação – caracterizadas pelo desempenho de tarefas técnico-administrativas concentradas nas fases tardias do ciclo de políticas e de atividades de organização interna dos órgãos – e valorizar a participação mais ativa nos processos deliberativos das fases de elaboração das políticas. Para tal, é importante que os conselhos estabeleçam articulações mais firmes com as instâncias estatais e construam relações mais amplas e densas com os segmentos da sociedade.

Este quesito traz à tona a discussão central deste tópico, as relações participação-representação em instâncias políticas inovadoras. O campo de estudo sobre os conselhos gestores no Brasil tem sido majoritariamente influenciado por referenciais da democracia participativa, conferindo primazia aos seus elementos como distintivos dessas experiências. Isto se traduz na própria denominação dos conselhos como instituições participativas. As críticas de tais concepções democráticas em relação do modelo representativo incentivaram leituras dicotômicas de participação e representação, ofuscando reflexões profundas sobre a última no contexto dos conselhos, além de limitar a consideração das relações existentes entre as duas categorias (ALMEIDA; TATAGIBA 2012; GURZA LAVALLE, HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; LÜCHMANN, 2007).

Entretanto, trabalhos recentes apresentam uma visão mais articulada entre representação e participação ao contemplarem tanto a reconfiguração da representação da sociedade através das novas formas de participação social quanto o papel da representação política como dispositivo relevante para a viabilização e para a efetividade desta participação (GURZA LAVALLE, HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; LÜCHMANN, 2007, 2011; AVRITZER, 2007). Nessas análises, os autores buscam aplicar elementos conceituais consagrados do campo da democracia representativa para interpretar as novas modalidades de participação-representação.

Vínculos entre participação e representação nos conselhos gestores

Nos conselhos gestores, a representação dos segmentos da população ocorre através da participação de um conjunto variado de organizações da sociedade civil que possuem trajetória de atuação voltada para as políticas sociais. Geralmente, a configuração dessas instâncias é orientada pela premissa da paridade entre representantes da sociedade e do Estado. Esta modalidade de representação possui caráter voluntário, sendo os representantes definidos por processos internos das próprias entidades. Assim, a efetiva ampliação da representação da sociedade requer a formação de vínculos firmes entre representantes e segmentos da população mediante o estabelecimento de mecanismos formais e estáveis de relacionamento público (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; LÜCHMANN, 2007).

Com isso, estes estudos levantam questionamentos sobre a suposta conexão natural e invariável entre os valores e práticas das organizações da sociedade civil e os interesses gerais da população, em oposição às ideias originais da democracia participativa. Isto não significa que tais organizações são incapazes de representar as demandas de segmentos da sociedade; apenas indica que a legitimidade e efetividade desta representação envolvem a realização articulada de práticas de participação e representação. Desse modo, é aberto espaço para considerar a natureza heterogênea das necessidades, objetivos e interesses conjugados por diferentes grupos da sociedade que são representados pelas entidades e atores no âmbito dos conselhos gestores.

Neste contexto, apresentam-se algumas leituras sobre as interações entre participação e representação nas experiências institucionais inovadoras da democracia brasileira. Uma das visões adotadas para compreender o cenário de pluralização e diversificação da representação da sociedade envolve o conceito de *representação virtual* proveniente da obra de Edmund Burke (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006), que apesar de ressaltar a importância da confluência harmoniosa de ideias e valores entre representantes e representados, demonstra limitações para ser aplicada às conjunturas democráticas contemporâneas.

Em outro trabalho, a legitimidade da representação nas instituições participativas da gestão de políticas públicas está vinculada ao exercício da *representação por afinidade*. Esta é caracterizada pela atuação de associações selecionadas por grupos sociais de maneira a agregar identidades e interesses relacionados a temas específicos, configurando uma forma de representação complementar aos mecanismos eleitorais que incentiva a renovação democrática (AVRITZER, 2007).

Além disso, a qualificação das práticas de participação e representação nas novas instâncias democráticas do País envolve a mobilização dos segmentos da sociedade no sentido de participar da escolha dos representantes e acompanhar sua atuação. Este estreitamento de relações possibilitaria o estabelecimento das ideias a serem representadas mediante mecanismos de agregação de preferências orientados pelo debate público (LÜCHMANN, 2007).

Considerando que são as associações da sociedade que efetivamente ocupam os assentos nos conselhos gestores, o êxito na articulação entre participação e representação também se relaciona com transformações nas funções desempenhadas por tais associações, especialmente no quesito representação institucional. Sendo assim, o potencial democratizante da representação da sociedade nesses conselhos envolve certas qualidades das entidades, como relacionamento íntimo com as bases representadas e transparência de atuação, participação voltada para assuntos de interesse público e posse de estrutura organizacional e conhecimentos para a atuação (LÜCHMANN, 2011).

Ainda que as visões acima pontuadas não estejam fundamentadas na mesma concepção de representação utilizada nesta dissertação, elas despertam questões relevantes para o debate das relações entre participação e representação nos conselhos gestores e outras inovações democráticas. Isto porque, mediante diferentes construções teóricas, deslocam o foco da discussão do campo da disputa entre democracia participativa e democracia representativa para o campo das possibilidades de articulação dos elementos destes modelos. Assim, incentivam reflexões mais concretas acerca da representação política sem reproduzir dualidades com a participação nesses espaços institucionais.

Apesar dos avanços produzidos na discussão teórica, as práticas de participação e representação nos conselhos gestores ainda carecem de estudos empíricos para analisar em que medida as noções e proposições apresentadas explicam as realidades institucionais (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; LÜCHMANN, 2007). Em função da afinidade deste debate com o tema do presente trabalho – relações entre representação e participação nos conselhos de saúde – e guardadas as devidas proporções e limitações de estudos locais como este, as análises aqui suscitadas almejam contribuir para o desenvolvimento do assunto, sobretudo através da combinação teórico-empírica.

Considerando o destaque dos conselhos de saúde dentre o conjunto de conselhos gestores brasileiros em virtude de sua plena difusão pelos níveis administrativos do SUS e do exercício de atribuições deliberativas nas políticas setoriais (MOREIRA; ESCOREL, 2009), o tópico seguinte pretende descrever as peculiaridades das instâncias do SUS, enfatizando as dimensões de participação e representação e direcionando a discussão para os conselhos municipais.

III.IV) Conselhos Municipais de Saúde: Participação e Representação

Conselhos de Saúde: especificidades e perspectivas

As ideias de participação dos cidadãos na gestão das políticas públicas acompanharam o projeto da Reforma Sanitária Brasileira desde suas origens, revelando os anseios de conquistar a democratização do poder decisório na Saúde em compasso com a democratização do acesso aos serviços do setor (CARVALHO, 1997). Ao longo dos anos 1970, o ideário participativo do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) foi influenciado pelas noções de *participação da*

comunidade – originadas nos programas de extensão da cobertura e utilizadas como ponto de partida para as ações participativas deste Movimento – e de *participação popular*, que embasaram a articulação das lutas pela democratização da saúde com aquelas voltadas para a democratização do País (CORTES, 2002; ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Nos anos 1980, a intensificação da reunião de forças políticas e sociais em torno do MRS culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em 1986, cujo relatório final definiu as bases do projeto de reforma do sistema de saúde brasileiro. As orientações referentes à participação popular na gestão do setor indicavam a reformulação do Conselho Nacional de Saúde e a criação, nos níveis local, municipal, regional e estadual, de conselhos de saúde compostos por representantes de usuários e trabalhadores. Desta forma, os conselhos seriam órgãos externos ao Poder Público, voltados para garantir o *controle social* por parte das entidades da população das políticas elaboradas pelo Estado e das atividades da iniciativa privada na Saúde (RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS, 1986).

Como principal desdobramento da Reforma Sanitária, o SUS foi criado pela Lei 8080 de 1990, tendo fundamento nos princípios de acesso universal, integral e igualitário dos cidadãos às ações e serviços de saúde, bem como nas diretrizes de descentralização político-administrativa e participação da comunidade na gestão das políticas públicas (BRASIL, 1990a). Contudo, em virtude dos vetos presidenciais aos artigos referentes à participação, os conselhos de saúde foram institucionalizados no SUS através da Lei 8142/90 (BRASIL, 1990b) como órgãos compostos pelos segmentos da sociedade diretamente vinculados às políticas de saúde: usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço.

Assim, diferentemente das instâncias idealizadas na VIII CNS, os conselhos do SUS abrangem segmentos da sociedade com diferentes trajetórias, recursos, interesses e projetos para a saúde, alinhando-se à concepção de *participação social*, que reconhece o Estado como arena privilegiada de negociação política. Neste contexto, tais conselhos têm o potencial de atuar na elaboração do interesse público na Saúde, contribuindo para o fortalecimento da agenda do setor e para influenciar as políticas adotadas pelo governo (CARVALHO, 1997). As maiores potencialidades destas instâncias devem-se ao estabelecimento de atribuições deliberativas, distribuídas por todas as etapas do ciclo das políticas de saúde.

O arcabouço normativo dos órgãos é complementado por uma série de resoluções do Conselho Nacional de Saúde (33/92, 333/03 e 453/12), que definem recomendações para a organização funcional dos conselhos estaduais e municipais (BRASIL, 1992, 2003, 2012). Na verdade, este arcabouço confere grande autonomia para os conselhos estaduais e municipais ao facultar-lhes a prerrogativa de elaborar suas próprias regras institucionais que, portanto, adquirem relevante papel orientador da dinâmica política das instâncias e de suas possibilidades para incentivar a democratização do processo decisório no SUS.

A alocação dos conselhos no circuito político-institucional responsável pela gestão do SUS em todas as esferas de governo viabilizou o ingresso de um novo e heterogêneo grupo de atores nos processos decisórios das políticas de saúde, configurando uma experiência participativa ímpar nos campos político, social e cultural (LABRA, 2005). A magnitude desta experiência e a ousadia de suas propostas democratizantes motivaram a produção de muitos trabalhos, que abordam os avanços, potencialidades, problemas e desafios através de diferentes perspectivas.

Para Bravo e Correia (2012), as dificuldades dos conselhos de saúde para promover o *controle social* do Estado por parte das classes subalternas são explicadas pelas transformações do movimento social brasileiro a partir da década de 1990 decorrentes do avanço do projeto neoliberal no País. Neste cenário, a participação institucionalizada da sociedade se limita à luta pela ampliação dos direitos sociais, sem sequer tangenciar as possibilidades de controle social efetivo que, por sua vez, envolveriam a reorganização das classes populares no sentido de configurar e hegemonizar um projeto político capaz de transformar a estrutura social capitalista.

Apesar de ancorada em respeitáveis concepções político-ideológicas, esta visão critica a participação institucionalizada no SUS em função da sua impossibilidade de incentivar transformações na organização econômico-social. Este argumento sinaliza que a atuação dos conselhos deveria ser orientada por ideias e finalidades definidas, o que dificilmente se observa na prática, pois os órgãos são compostos por uma considerável variedade de entidades que representam segmentos com distintos interesses relacionados às políticas de saúde. Desta forma, enquanto tais críticas apontam, no limite, para a dissolução dos conselhos, este trabalho busca valorizar suas possibilidades e refletir sobre os desafios presentes no contexto atual da democratização do processo decisório no SUS.

Outra perspectiva sobre a atuação dos conselhos de saúde se baseia nos aspectos da cultura política e cívica nacional, relacionando os entraves de funcionamento das instâncias com a tradição autoritária da história política brasileira, composta por curtos e instáveis períodos democráticos. Assim, a recente democratização e a breve experiência dos conselhos se mostram incapazes de alterar uma matriz cultural caracterizada por valores políticos tradicionais e elitistas que reproduzem relações assimétricas de poder entre os segmentos sociais e práticas clientelistas e corporativistas (LABRA, 2005).

Embora a participação social incentive o associativismo, o desenvolvimento de valores cívicos e o acúmulo de *capital social*, a intensidade deste processo ainda não possibilita a superação das influências da cultura política tradicional nos ambientes institucional, social e das associações, o que limita a democratização das políticas de saúde (LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Neste cenário, os avanços na inclusão de novos atores no processo deliberativo de tais políticas convivem com limites práticos dos conselhos como: baixa publicidade e reconhecimento pela população; condições de funcionamento precárias e reduzida autonomia;

afastamento dos conselheiros de suas bases e prejuízos na qualidade da representação da sociedade; autoritarismo dos gestores na condução dos trabalhos e desrespeito às decisões colegiadas; relações de poder assimétricas entre os representantes dos diferentes segmentos; burocratização das funções; e limitada capacidade deliberativa (LABRA, 2005, 2007).

Apesar dos avanços na descrição dos desafios práticos enfrentados pelos conselhos, perspectivas generalizantes tendem a não abordar as especificidades das múltiplas experiências existentes no Brasil. Além disso, é difícil projetar modificações consistentes na dimensão cultural em tão curto tempo de democracia, independentemente da capacidade dos conselhos para incentivar o desenvolvimento de valores democráticos (SCOREL; MOREIRA, 2009).

De certa forma, as visões inspiradas na cultura política condicionam o êxito do funcionamento dos conselhos de saúde às capacidades de induzir transformações culturais amplas na sociedade e de efetivar o controle social. Embora não seja possível questionar a persistência de valores tradicionais nas instituições políticas brasileiras, parece inapropriado deslocar preferencialmente para os conselhos a tarefa de modificar este panorama cultural, já que isto envolve a atuação de muitos atores e instituições do Estado e da sociedade.

Neste contexto, as possibilidades democratizantes dos conselhos vinculam-se ao “caráter dialético” da participação social, que apesar de ser influenciada pela cultura política nacional, abriga o potencial de, no longo prazo, transformá-la através do desenvolvimento da dimensão político-pedagógica relacionada ao exercício da participação (SCOREL; MOREIRA, 2012).

De outra perspectiva, alguns estudos concentram as reflexões nos impasses relacionados às atribuições deliberativas dos conselhos. A ideia de cumprimento dessas atribuições inspirada pelo “ideário normativo” que considera os órgãos como definidores das políticas de saúde tem motivado leituras frustrantes sobre a capacidade deliberativa, obscurecendo as demais funções desempenhadas no processo decisório do SUS (CÔRTEZ, 2009a). Por exemplo, no Conselho Nacional de Saúde, os atores sociais (conselheiros dos usuários e trabalhadores) ocupam cargos importantes e influenciam as decisões internas, contribuindo para que a instância desempenhe relevante papel na vocalização de demandas da sociedade e na deliberação e fiscalização das políticas de saúde (CÔRTEZ, 2009b).

Na verdade, a própria definição pouco assertiva do termo “caráter deliberativo” nos documentos normativos do SUS abre espaço para interpretações de tais prerrogativas como decisões finais a serem acatadas pelo governo, o que incentiva conflitos com as responsabilidades do Poder Executivo na gestão da Saúde e estimula reações dos gestores que acabam por limitar as deliberações dos conselhos a posições coadjuvantes (SCOREL; MOREIRA, 2009). Sendo assim, a afirmação do potencial deliberativo requer a consolidação institucional dessas instâncias na arena macro política do setor, que está condicionada ao reconhecimento e legitimidade perante os demais atores participantes (MOREIRA, 2009).

Em suma, o conjunto de estudos sobre os conselhos de saúde projeta um cenário de avanços relacionados à ampliação da participação e desafios, concentrados na concretização das funções deliberativas. Neste panorama, os mecanismos de representação – que viabilizam o exercício da participação e a vocalização dos interesses dos segmentos para as deliberações dos conselhos – têm sido timidamente problematizados. De fato, os atores que participam dos conselhos são representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, indicando que o cumprimento das propostas democráticas destas instâncias requer a concretização da representação política.

Inclusive, é possível pontuar que tal participação está condicionada a um “duplo mecanismo de representação” (MOREIRA, 2009). Isto porque, primeiramente, entidades são selecionadas como representantes dos segmentos e, depois, elas próprias elegem os conselheiros para representá-las (e apenas desse modo, também representar os segmentos). A afirmação aponta para a existência de níveis de interação interpostos entre conselheiros e segmentos que impõem desafios ao desempenho da representação. Para os usuários, os desafios são aguçados por motivo das assimetrias no nível de conhecimento dos assuntos técnico-administrativos em relação aos atores dos demais segmentos (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Essas ideias também apontam que participação e representação são dimensões indissociáveis na atuação dos conselhos, de modo que a ampliação da participação social reflita um notório movimento de inclusão de representantes de diversas organizações da sociedade e do governo, que incorpora um variado conjunto de interesses à competição política travada nessas instâncias (MOREIRA, 2009).

Tais argumentos incentivam reflexões sobre a habitual classificação dos conselhos de saúde como instituições participativas. Segundo as próprias regras institucionais, a participação nesses espaços não ocorre de forma direta, mas por meio da atuação de representantes (conselheiros) de entidades. Então, reconhecendo a relevância da representação nestas experiências sem negligenciar seus êxitos na ampliação da participação, é possível propor uma classificação dos conselhos como instituições representativas com elementos de participação.

Neste cenário, as principais adversidades práticas que prejudicam a representação no âmbito dos conselhos relacionam-se com a baixa transparência e publicidade de suas ações e a limitada articulação entre conselheiros, entidades e comunidade (CARVALHO, 1997; LABRA, 2005). Embora ocasionalmente pontuadas nos estudos como um dos entraves cotidianos do funcionamento dos conselhos, as questões da representação raramente são incluídas neste debate de maneira a contemplar seus complexos dilemas e divergências teóricas. Esta pesquisa tem o objetivo de contribuir neste sentido ao abordar as relações entre participação e representação sob a perspectiva conceitual da *controvérsia mandato-autonomia* (PITKIN, 1967).

O desenvolvimento das propostas democráticas no SUS – traduzidas pela ampliação da permeabilidade do Estado às demandas de saúde dos cidadãos – envolve também a

descentralização político-administrativa (CARVALHO, 1997). Sua conjugação com o princípio de participação social se materializa com a formação dos Conselhos Municipais de Saúde que, assim, reúnem potencialidades próprias para incentivar a democratização das políticas do setor.

O panorama de potencialidades e desafios dos Conselhos Municipais de Saúde

A instituição dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) pelo País, sucedida principalmente durante os anos 1990, acompanhou o processo de criação de municípios e a estratégia de descentralização da gestão do SUS incentivada pelas Normas Operacionais Básicas (ESCOREL; MOREIRA, 2012). A magnitude da disseminação destes órgãos pode ser demonstrada por números: em 2009, todos os 5.565 municípios brasileiros haviam criado seus conselhos que, em conjunto, abrigavam um enorme contingente de 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representavam o segmento dos usuários. À época, o número total de conselheiros superava a quantidade de vereadores no País (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A força desses números deixa poucas dúvidas quanto ao êxito da institucionalização dos CMS em promover a ampliação e diversificação da participação nos processos decisórios do SUS. Isto indica, sobretudo, uma consistente inclusão de grupos da sociedade que efetivamente utilizam os serviços de saúde nas instituições que decidem as políticas do setor. Portanto, esta participação ampliada cria possibilidades para que os novos atores incluídos expressem seus interesses na Saúde e disputem com os demais atores historicamente estabelecidos os recursos do fundo público destinado ao custeio de tais políticas, no sentido de influenciar seus rumos.

Deste modo, a envergadura desta experiência e o elenco de atribuições deliberativas reunidas pelo CMS constituem um fenômeno político e social que atraiu (e continua a atrair) o interesse de muitos autores do campo da Saúde Pública. Isto se traduz em uma extensa produção de estudos que contemplam diversos aspectos relacionados ao funcionamento e às condições de atuação desses conselhos em distintas conjunturas municipais, apontando seus avanços, problemas e desafios.

Alguns trabalhos direcionam as análises para a esfera da participação, destacando: a influência da atuação dos conselheiros com base na posse de variados recursos (FUKS, 2005); as restrições à participação dos usuários decorrentes do predomínio do discurso técnico dos gestores (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002); e as limitações à concretização da participação social em razão da persistência de elementos da cultura política autoritária no ambiente dos CMS (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Outros estudos enfocam o caráter deliberativo e o papel destas instâncias no âmbito das políticas de saúde, relacionando este debate a questões como a dinâmica de atuação dos conselheiros estatais e sociais (CÔRTEZ *et al.*, 2009), a trajetória de formação do associativismo em regiões do país (AVRITZER, 2009) e entraves na efetividade de atuação na gestão de programas de saúde decorrentes de características do arranjo institucional dos

conselhos (VAN STRALEN *et al.*, 2006). Há ainda trabalhos que sugerem modelos de avaliação do desempenho funcional dos CMS com base em suas condições de atuação (VIEIRA; CALVO, 2011).

Os aspectos vinculados à representação política nos CMS têm despertado pouca atenção das pesquisas, exceto quando abordados mediante perspectivas prescritivas. Entretanto, um dos aspectos debatidos é a tendência de composição dos conselhos preferencialmente por entidades dotadas de maiores recursos políticos, de modo a limitar a participação de entidades atuantes na Saúde e outras que representam grupos minoritários. Assim, avanços na inclusão destas últimas e na legitimação da representação praticada pelos CMS envolvem maior publicização dos mecanismos de seleção e a adoção de processos deliberativos internos capazes de equilibrar a assimetria de recursos (COELHO, 2004).

Além disso, uma quantidade significativa de trabalhos concentra-se na descrição dos problemas e desafios relacionados ao exercício do *controle social*, ressaltando situações como: dificuldades na representação dos usuários em função da fragilização dos movimentos sociais pela conjuntura neoliberal (GERSHMAN, 2004); direcionamento da agenda decisória pelos interesses da administração pública (LANDERDHAL *et al.*, 2010); restrições na atuação dos CMS na elaboração dos instrumentos de gestão em virtude de seu funcionamento burocrático (GONÇALVES; ALMEIDA, 2002); reduzido nível de deliberação nas etapas de formulação de políticas associado à elitização e burocratização da representação (MORITA *et al.*, 2006); e baixa divulgação das ações dos conselhos e afastamento dos representantes de suas bases (COTTA *et al.*, 2010).

Recentemente, um estudo realizado em três capitais estaduais (Rio de Janeiro, Recife e Porto Alegre) associou as dificuldades de efetivação do controle social à persistência de práticas e valores da cultura política tradicional, descrevendo relações clientelistas e patrimonialistas entre conselheiros dos usuários, bases comunitárias, entidades e membros de partidos políticos. Neste trabalho, a motivação para a participação nos CMS vincula-se exclusivamente aos interesses particulares dos conselheiros e entidades. Estes seriam atingidos através da “troca de favores” com atores estatais de modo a garantir acesso privilegiado aos serviços de saúde e empregos nas unidades do SUS para os conselheiros e financiamento público para as entidades. Os argumentos apontam os representantes dos usuários não como vítimas de cooptação pelo Estado, mas como cúmplices do esquema de vantagens mútuas, que compromete a legitimidade da representação e, no limite, atenta contra a sobrevivência dos conselhos (PEREIRA NETO, 2012).

Esta visão explicitamente crítica e frustrante sobre a atuação dos CMS está amparada no entendimento normativo de controle social como atividade na qual as decisões dos conselhos devem ter poder vinculante às ações do governo. A constatação do funcionamento inadequado associa-se também à interpretação dos conselhos de saúde como órgãos preferencialmente

responsáveis por induzir transformações no panorama cultural da política. Uma vez que tais noções inspiram boa parte dos estudos sobre o tema, o argumento adicional é a explicação das impossibilidades de efetivação do controle social através da configuração de uma trama de relações pessoais clientelistas envolvendo os atores participantes dos CMS, reduzindo-os à qualidade de sujeitos que buscam meramente maximizar vantagens particulares.

As reflexões desenvolvidas nesta dissertação não se restringem ao domínio das relações interpessoais dos atores, tampouco se orientam por referenciais da cultura política por compreender que tais perspectivas tendem a mascarar a riqueza de possibilidades e desafios relacionados às práticas de participação e representação no âmbito dos CMS. Sem desconsiderar a influência da esfera cultural nas experiências políticas, tais conselhos são aqui encarados como instituições integrantes da arena política do SUS e, por isso, reúnem potencialidades para alavancar a democratização do processo decisório no setor.

Participação e Representação nos Conselhos Municipais de Saúde

Conforme exposto, a maioria dos estudos sobre os CMS concentra-se em trabalhos locais que, embora sirvam para retratar a diversidade de situações encontradas no Brasil, não permitem generalizações de abrangência nacional sobre a atuação dos órgãos.

Esta pontuação é pertinente para a identificação das possibilidades e restrições deste estudo, que tem como universo de pesquisa o CMS-RJ e, portanto, não pretende oferecer explicações que contemplem a multiplicidade de cenários existentes nos conselhos do País. Contudo, os esforços teóricos e os procedimentos analíticos buscam relacionar elementos empíricos do CMS-RJ com aspectos comuns às instituições políticas, de modo que as reflexões suscitadas possam ser confrontadas com outras realidades.

Ao revisar os estudos sobre os CMS no país, inspirados por diferentes perspectivas teóricas ou baseados em estudos de casos locais e regionais, Moreira e Escorel (2009) indicam que as análises concordam que:

[...] a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório. Porém, *per si*, é insuficiente para que tais atores protagonizem este processo decisório, tornando-o efetivamente democratizado (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Buscando avançar na compreensão das razões explicativas deste panorama, os autores analisaram o conjunto nacional de conselhos municipais utilizando dados da pesquisa censitária *Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa no SUS* (2007). Esta tarefa foi desenvolvida mediante a elaboração de um modelo analítico inspirado na teoria da poliarquia de Robert Dahl (1972/2012), cujos aspectos relevantes foram apresentados no primeiro tópico deste capítulo.

Embora o foco das reflexões e análises desta teoria esteja voltado para os regimes representativos dos Estados Nacionais, Dahl indica que os conhecimentos acerca das dimensões do processo de democratização podem ser aplicados às realidades das “unidades subnacionais”, como os demais níveis de governo e as esferas das políticas setoriais. Desta forma, o percurso de desenvolvimento dos eixos de participação e institucionalização no âmbito das “unidades subnacionais” reflete o grau de distribuição do poder em determinado regime político, que se associa ao nível de democratização do mesmo (DAHL, 1972/2012).

Este assunto é especialmente relevante para o contexto brasileiro em virtude do modelo federativo de organização político-administrativa, composto por três esferas de governo. Neste cenário, os rumos da democratização nos municípios influenciam as trajetórias do sistema político nacional. Então, a combinação de descentralização de atribuições de gestão para o nível municipal com a criação de instâncias atuantes nas políticas setoriais posiciona os CMS como órgãos cruciais para a democratização do processo decisório no SUS.

Segundo Moreira e Escorel (2009), os avanços no eixo da inclusividade, ilustrados pela ampliação da participação de novos e diversificados atores nos CMS, embora relevantes para a democratização do setor, são insuficientes para incentivar a consolidação institucional de tais instâncias (e dos novos atores incluídos) na arena decisória das políticas municipais de saúde. Isto ocorre porque as regras institucionais são exitosas para elevar a participação no setor, porém incapazes de promover a formação de um sistema de segurança mútua através da elevação dos custos de supressão dos conselhos e da redução dos custos de tolerância aos mesmos, o que limita avanços no eixo da institucionalização.

Em virtude da fragilidade do sistema de segurança mútua, os diferentes atores ficam desprovidos de garantias quanto a não violação de seus interesses no curso da disputa política. Esta conjuntura estimula os CMS a assumirem uma postura *veto player* no âmbito do processo decisório do setor. Em resposta a isto, gestores de práticas autoritárias, cientes da impossibilidade de simplesmente desintegrar os CMS (pois sua existência é uma condição fundamental para a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde), adotam reações menos custosas, privando tais conselhos de recursos estruturais, financeiros e humanos, o que compromete sua organização e autonomia (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Este travamento no eixo da institucionalização limita a capacidade dos CMS de influenciar a condução das políticas de saúde, impedindo sua efetiva democratização. Considerando as restrições mencionadas sobre a institucionalização e os concretos avanços no eixo da participação, os autores consideram que o nível municipal do processo decisório da Saúde brasileira encontra-se no patamar da *hegemonia inclusiva*. Nesta condição, avanços democratizantes envolvem o aprimoramento das regras institucionais e a qualificação do processo deliberativo no intuito de reduzir as tensões entre os atores participantes e facilitar o estabelecimento de acordos e consensos estáveis. Isto facilitaria a consolidação das decisões

internas como um legítimo conjunto de interesses dos CMS, contribuindo para aprimorar a efetividade de sua atuação.

O raciocínio desenvolvido neste modelo analítico destaca as regras institucionais aplicadas aos CMS como aspecto central das explicações para sua baixa efetividade. Além disso, em função da posição dos conselhos na estrutura político-institucional do SUS, seus atores adquirem uma condição de “dupla participação”: uma ambientada nos próprios colegiados e outra relacionada à atuação na arena macropolítica da saúde. Desta forma, para que os conselhos influenciem, de fato, as políticas públicas, precisam alcançar legitimidade e reconhecimento por parte dos segmentos que os integram bem como pelas demais instituições atuantes na arena setorial, como agentes de mercado, movimentos e entidades da sociedade organizada e órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Com base nesta perspectiva e no intuito de progredir na análise dos CMS a partir do estudo das relações entre participação e representação, Moreira (2009) avaliou os efeitos da situação de “flexibilidade normativa” (ou seja, da variedade de regras institucionais referentes ao conjunto nacional de CMS) na configuração de entidades representantes dos quatro segmentos nos CMS brasileiros e os impactos deste cenário representativo na efetividade dos órgãos.

Novamente, foram utilizados dados provenientes da pesquisa *Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa no SUS* (2007) que revelaram que as 57.993 entidades participantes de um universo de 5.463 colegiados (98,2% do total de CMS do país) apresentam tipologia, origem e características jurídico-administrativas distintas. Tais entidades possuíam a seguinte distribuição proporcional por segmentos: 47,7% de usuários; 19,3% de gestores; 18,7% de trabalhadores; e 14,3% de prestadores de serviço (MOREIRA, 2009).

Inspirado nas reflexões de Wanderley Guilherme dos Santos (1998) sobre a teoria da poliarquia e na concepção de representação política de Hanna Pitkin (1967), o autor analisou o impacto das regras de elegibilidade e participação na representação de interesses dos segmentos que compõem os CMS do País. Para isto, a missão institucional das entidades participantes foi adotada como indicador de seus interesses particulares e o elemento “Saúde como direito”, apontado como parâmetro indicativo do interesse geral no âmbito dos CMS. Isto porque foi elaborado na trajetória de lutas sociais no Brasil e figurou como lema vitorioso no processo constituinte, consagrando-se oficialmente na Constituição Federal de 1988 como princípio norteador para a criação e implantação do SUS.

Os resultados deste trabalho indicam que 90% das entidades representantes dos usuários apresentam missão institucional indiretamente voltada para o SUS e/ou para as políticas municipais de saúde. Além disso, tais entidades apresentam elevado grau de dispersão entre os seus interesses particulares, o que configura uma condição de “multiplicidade dispersa” como característica da representação deste segmento. Em um contexto no qual o interesse geral é frágil para produzir um consenso acerca dos rumos do processo deliberativo nessas instâncias,

os conselheiros dos usuários adotam, preferencialmente, posturas de representação do tipo mandato. Posicionamentos do tipo mandato-autonomia são, geralmente, de fraca intensidade e manifestados através de vetos às políticas formuladas pelos demais atores, sobretudo por representantes dos gestores (MOREIRA, 2009).

Já o segmento dos gestores é representado por entidades homogêneas entre si (em sua totalidade, instituições do Poder Público) que detém interesses diretamente voltados para as políticas de saúde, conformando uma situação de “unidade convergente”. Assim, o segmento atua de forma articulada tanto internamente quanto na relação com os demais segmentos, essencialmente, através de posturas mandato. Porém, como representam os interesses do governo municipal eleito por sufrágio universal, podem considerar seus posicionamentos como alinhados ao interesse geral, o que também produz posturas do tipo mandato-autonomia fracas (MOREIRA, 2009).

Por sua vez, a representação dos prestadores de serviço e dos trabalhadores se caracteriza pela “multiplicidade convergente”, ou seja, interesses variados, mas diretamente voltados para o SUS, o que motiva os conselheiros desses segmentos a atuarem de forma articulada com os demais. Enquanto os primeiros tendem fortemente a formar alianças com os gestores em função da própria natureza de sua atividade, os últimos podem se aliar tanto aos gestores quanto aos usuários a depender das condições de trabalho e remuneração providas pelo governo local. Se tais condições forem satisfatórias, a tendência é a formação de alianças com os gestores; caso contrário, a propensão de associações com os usuários aumenta. Nesses dois segmentos, o posicionamento através de alianças pode ser considerado pelos conselheiros como favorável ao interesse geral, o que produz posturas mandato-autonomia fracas, como nos demais casos (MOREIRA, 2009).

Sendo assim, o cenário representativo traçado pelo autor aponta que as regras de elegibilidade e participação aplicadas aos CMS têm baixa capacidade para firmar o interesse geral “Saúde como direito” como um forte articulador dos interesses particulares das entidades e para estimular acordos intra e intersegmentos. Isto se reflete nas posturas de representação adotadas pelos conselheiros, de modo que os posicionamentos do tipo mandato sejam prevalentes e aqueles do tipo mandato-autonomia sejam infrequentes e, quando presentes, manifestados com fraca intensidade.

Além disso, as regras de elegibilidade incentivam o ingresso de um elenco heterogêneo de entidades nos CMS, impondo desafios para a efetivação da representação principalmente para o segmento dos usuários. Isto porque seu conjunto de interesses é bastante fragmentado e extenso, sendo, no limite, reflexo das múltiplas demandas por ações e serviços de saúde vindas da população. Também porque existem poucas associações voltadas diretamente para as questões de saúde, o que condiciona a representação do segmento a ser realizada por entidades distintas entre si, nos quesitos estruturais, organizacionais e relativos aos objetivos de atuação.

III.V) Um modelo de análise para estudos de CMS específicos: a proposta desta dissertação

A discussão teórica anteriormente apresentada converge para embasar a elaboração de um modelo analítico das relações entre representação e participação configuradas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, que será aplicado nesta pesquisa ao caso específico do Rio de Janeiro.

Sintetizando aspectos essenciais, a construção deste modelo iniciou-se com a definição de uma concepção contemporânea de democracia capaz de fundamentar o debate das categorias de representação e participação. Consagrado no campo da democracia representativa e direcionado aos sistemas políticos reais, o modelo poliárquico de Robert Dahl (1972/2012) serviu como ponto de partida para a discussão, ao apontar a importância das dimensões de participação e institucionalização para a configuração de arranjos democráticos estáveis e responsivos às demandas dos cidadãos.

Em seguida, a partir de algumas críticas ao paradigma da poliarquia, foram vislumbradas possibilidades de articulações mais sólidas entre as instituições de democracia representativa e participativa. Através das noções provenientes da ‘Poliarquia em 3D’ (SANTOS, 1998), destacou-se o eixo da elegibilidade como aspecto decisivo para os desfechos políticos em ambientes democráticos. Por isso, as regras de elegibilidade ocupam posição proeminente na composição da “configuração representativa” do CMS-RJ.

Além disso, as pontuações de outros autores, como Urbinati (2006); Gurza Laval, Houtzager e Castello (2006); Lima Jr. (1997) e Santos e Avritzer (2002), confluem para sinalizar alternativas atuais de revitalização democrática com base na complementação e qualificação da estrutura representativa através do experimentalismo institucional de mecanismos inovadores voltados para ampliar a participação e representação dos cidadãos nas decisões sobre as políticas públicas.

Neste contexto, as relações intrínsecas entre representação e participação nas instituições democráticas foram definitivamente delineadas à luz da concepção de representação política como atividade concreta de Hanna Pitkin (1967). Considerando que a efetivação da representação requer interações entre representantes e representados, o conceito de controvérsia mandato-autonomia foi adotado como aspecto-chave para embasar o estudo da representação no âmbito do CMS-RJ. Portanto, no cotidiano de funcionamento do órgão, as características da representação do segmento dos usuários serão interpretadas sob a perspectiva das posturas de representação definidas pela escala mandato-autonomia, configuradas a partir das relações entre entidades e conselheiros.

No intuito de situar adequadamente este modelo teórico na realidade estudada, o debate das relações representação-participação foi deslocado para o contexto recente da democracia

brasileira, considerando as experiências de instâncias inovadoras na condução das políticas sociais. Começando pelos conselhos gestores, tal debate atravessou a dimensão geral dos conselhos de saúde no país para, enfim, abordar as peculiaridades dos CMS. Neste percurso, foram também realçadas algumas perspectivas sobre os conselhos do SUS, bem como foi apresentado um panorama de avanços, limites e desafios dessas instâncias.

Inspirado no modelo analítico dos CMS desenvolvido por Moreira e Escorel (2009) e nas características do cenário representativo nesses conselhos descrito por Moreira (2009), o presente estudo desempenha uma análise das relações entre representação e participação no segmento dos usuários do CMS-RJ.

Desta forma, apresentam-se oportunidades para avançar no conhecimento dos mecanismos políticos de funcionamento dos CMS, sobretudo em razão do estudo minucioso de uma realidade municipal e da utilização de dados empíricos, cuja coleta dificilmente ocorre em estudos censitários. Ou seja, a opção de focar um único conselho de saúde viabiliza o estudo detalhado das regras institucionais e da atuação dos atores, considerando tanto as entidades que o compõe quanto os conselheiros que as representam. Neste quesito, as análises aqui desenvolvidas aprofundam aquelas apresentadas nos trabalhos de abrangência nacional conduzidos pelos autores acima citados.

O lugar da “Configuração Representativa” no estudo do CMS-RJ

Com efeito, a principal potencialidade desta dissertação é refletida na elaboração de um modelo teórico-prático próprio para abordar as relações entre representação e participação dos usuários por meio da “configuração representativa” do CMS-RJ. A iniciativa de elaborar uma categoria para avançar nas explicações de aspectos cruciais do funcionamento dos conselhos municipais também representa o traço original do trabalho e, portanto, sua maior contribuição para o desenvolvimento do tema.

O conceito de “configuração representativa” agrega dois eixos articulados de regras fundamentais para a atividade política dos conselhos de saúde. Considerando a importância das regras institucionais nas instâncias democráticas (DAHL, 1972/2012), a relevância da dimensão de elegibilidade neste contexto (SANTOS, 1998) e a aplicabilidade destas ideias no âmbito dos conselhos municipais de saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009; MOREIRA, 2009), o eixo 1 envolve as regras de elegibilidade – que definem os atores participantes – e as regras de participação – que delimitam as possibilidades de atuação – tanto no nível do CMS-RJ como no nível interno das entidades que o compõem.

Isto parte do entendimento de que tais regras modelam o campo de alternativas para o efetivo exercício da representação e participação pelos atores e, conseqüentemente, suas possibilidades de influenciar nos rumos do processo decisório ambientado no CMS-RJ.

Valorizando a concepção de representação balizada pela controvérsia mandato-autonomia (PITKIN, 1967), o eixo 2 da configuração representativa engloba as regras de representação das entidades participantes do CMS-RJ, que estabelecem os mecanismos de relação entre os conselheiros (representantes) e tais entidades (representados). Neste sentido, a disposição das regras e relações de representação específicas das entidades culmina na conformação de posturas de representação distribuídas no gradiente delimitado por tal controvérsia que, em termos práticos, dizem respeito aos posicionamentos mandato, autonomia e mandato-autonomia.

Articulando estes dois eixos de elementos, a noção de configuração representativa apresenta uma visão dinâmica das interações entre regras institucionais e atores políticos, constituídas no cotidiano de atuação dos conselhos de saúde. Além disso, ao considerar a importância das relações entre entidades e conselheiros para a definição da representação em tais instâncias, abre-se espaço para analisar de forma concreta a cadeia de dispositivos envolvidos neste processo, afinal os conselheiros representam entidades selecionadas para representar os segmentos.

Uma vez concluída a apresentação do modelo teórico deste estudo, o capítulo seguinte avança para caracterizar especificamente os dois eixos da configuração representativa do CMS-RJ, com exclusivo foco no segmento dos usuários. Para tal, são expostos os resultados da pesquisa empírica sobre o conselho realizada para os fins desta dissertação.

Capítulo IV – Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Estrutura, Funcionamento e Configuração Representativa

No intuito de situar o universo da pesquisa, este capítulo se inicia por uma descrição geral das condições estruturais e organizacionais do CMS-RJ para, em seguida, realizar a minuciosa caracterização da configuração representativa, com integral ênfase no segmento dos usuários.

IV.I) Estrutura e organização do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ) foi fundado em 31 de julho de 1991, através da Lei municipal nº 1746. É, portanto, um dos mais antigos conselhos em atividade no país, participando das deliberações relativas às políticas de saúde há 25 anos.

Recentemente, a Lei Municipal 5104/2009 atualizou o conteúdo normativo de 1991 no sentido de fornecer as disposições sobre o CMS-RJ e os conselhos distritais de saúde da cidade e estabelecer as diretrizes para a atuação desses órgãos (RIO DE JANEIRO, 2009).

Por esta Lei, o CMS-RJ integra a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), reunindo atribuições deliberativas na condução das políticas de saúde, tais como: (i) proposição de diretrizes para a elaboração dos planos municipais e distritais de saúde e para a gestão financeira do setor; (ii) proposição de critérios para a composição do Fundo Municipal de Saúde e fiscalização da gestão de seus recursos; (iii) acompanhamento e fiscalização das ações e serviços de saúde, incluindo os contratos e convênios firmados para este fim; (iv) elaboração do Regimento Interno do Conselho; (v) estabelecimento de normas para o funcionamento dos conselhos distritais de saúde e supervisão de suas atividades; (vi) organização das Conferências de Saúde no município (RIO DE JANEIRO, 2009).

Infra-estrutura e Recursos Humanos

O CMS-RJ possui sede própria, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 455 / bloco 1, sala 816 (bairro Cidade Nova). Este endereço corresponde ao Centro Administrativo São Sebastião (CASS), que é a sede da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, onde se situam diversas secretarias municipais, inclusive a Secretaria de Saúde.

Em relação à estrutura física, a sede do CMS-RJ dispõe de 2 salas, sendo uma utilizada para ambientar as reuniões da Comissão Executiva e encontros das comissões temáticas do conselho e outra destinada à Secretaria Executiva do órgão. Além disso, o órgão conta com 2 linhas telefônicas e um conjunto de computadores com acesso à internet.

As reuniões plenárias do colegiado do CMS-RJ são realizadas em um auditório no próprio edifício onde o conselho é sediado. Este auditório pertence à estrutura da SMS-RJ, sendo também utilizado para reuniões de outros órgãos. Os encontros ordinários do conselho são organizados em intervalo mensal, sempre na segunda terça-feira de cada mês, das 14 às 18 horas. Os encontros extraordinários, que geralmente tratam de assuntos de grande relevância

para as políticas municipais de saúde, são convocados e agendados segundo decisões internas do próprio conselho.

Seguindo as resoluções normativas do Conselho Nacional de Saúde, todas as reuniões do CMS-RJ são públicas e nelas a população tem direito à voz, mesmo sem a prerrogativa de participar das votações das pautas.

No que diz respeito aos recursos humanos, o conselho conta com uma Secretaria Executiva cuja função é assessorar o funcionamento da instância e dos 10 Conselhos Distritais de Saúde (CDS) da cidade. Esta Secretaria dispõe de uma equipe composta por 1 secretário executivo, 1 assistente, 1 secretário e 5 servidores administrativos.

O CMS-RJ faz uso das novas tecnologias de informação e comunicação: possui o e-mail comsaude@rio.rj.gov.br para contatos e, através de um *link* na página eletrônica da SMS-RJ (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>), divulga notícias sobre seu funcionamento, disponibiliza documentos normativos, atas das reuniões ordinárias e extraordinárias e instrumentos de gestão da SMS-RJ apreciados pelo órgão. Além disso, nesta página são apresentadas informações como a atual composição do colegiado no período 2012-2015 (contendo a lista de entidades e conselheiros participantes), o calendário das reuniões ordinárias, os resultados das eleições para os principais cargos na instância e os contatos dos conselhos distritais.

A disponibilização pública deste material representa uma louvável atitude do CMS-RJ no sentido de aprimorar a comunicação com os conselheiros de saúde e demais atores envolvidos nas políticas do SUS, além de facilitar o diálogo com a população da cidade e com a comunidade acadêmica da área da Saúde. Certamente, esta medida auxiliou o levantamento de informações necessárias para a realização desta pesquisa, sobretudo as provenientes dos documentos normativos do conselho, das atas das reuniões plenárias e do arquivo que apresenta a atual composição do órgão.

Sobre este assunto, cabem reflexões sobre a importância da publicização e transparência dos conselhos de saúde e sobre o papel dos recursos virtuais no alcance dessas qualidades. Embora o tema não figure como objeto de análise desta dissertação, considera-se aqui que o aprimoramento da comunicação e a utilização de diversos tipos de recursos para este fim se constituem como estratégia fundamental para legitimar a atuação dos conselhos perante a sociedade e instâncias estatais que participam da condução das políticas públicas.

As condições estruturais do CMS-RJ observadas neste estudo se aproximam bastante do cenário descrito para o porte populacional da cidade na pesquisa nacional dos conselhos municipais publicada por Moreira e Escorel (2009). Considerando tal trabalho, o CMS-RJ é um dos cinco órgãos localizados em cidades com mais de dois milhões de habitantes, que apresentam um dos melhores desempenhos funcionais no contexto nacional graças à posse de recursos humanos, financeiros, materiais, organizacionais e de infra-estrutura.

Composição do CMS-RJ no quadriênio 2012-2015

A Lei Municipal 5104/2009 determina a composição do CMS-RJ com 40 entidades, distribuídas de acordo com o princípio da paridade da representação dos usuários em relação aos demais segmentos, que orienta a formação dos conselhos no País. Desta forma, 20 assentos são destinados aos usuários, 10 ao segmento dos profissionais de saúde e outros 10 aos gestores e prestadores de serviço. Esta lei também alterou a duração do mandato das entidades no conselho de dois para quatro anos, sendo a atual formação organizada para o intervalo entre 2012 e 2015 (RIO DE JANEIRO, 2009).

As entidades participantes são responsáveis por designar seus representantes de modo a formar um conjunto total de 80 conselheiros envolvidos nas atividades do órgão, sendo 40 titulares e 40 suplentes.

De acordo com as regras institucionais do CMS-RJ, os 20 assentos do segmento dos usuários são divididos entre os 10 conselhos distritais de saúde – localizados nas Áreas de Planejamento (AP) de saúde da cidade – e 10 entidades de base municipal eleitas nas Conferências de Saúde. Dentre as últimas, foram eleitas na última Conferência Municipal de Saúde (2011) para a atual formação do conselho sete entidades de patologias ou de apoio a pacientes, duas federações de associações de moradores e uma entidade defensora dos direitos de grupos étnicos.

A seguir, o quadro 3 apresenta a atual composição do CMS-RJ, ilustrando a distribuição de assentos dos usuários e revelando as entidades que representam os demais segmentos.

Quadro 3. Entidades que compõem o CMS-RJ no quadriênio 2012-2015

Segmento	Entidade
Usuários (20 vagas)	1 CDS AP 1.0 (Centro, Zona Portuária, São Cristóvão, Rio Comprido, Santa Tereza e Ilha de Paquetá)
	2 CDS AP 2.1 (Copacabana, Botafogo, Lagoa e Rocinha)
	3 CDS AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel)
	4 CDS AP 3.1 (Penha, Ramos, Complexo do Alemão, Maré, Vigário Geral e Ilha do Governador)
	5 CDS AP 3.2 (Méier, Inhaúma e Jacarezinho)
	6 CDS AP 3.3 (Anchieta, Irajá, Madureira e Pavuna)
	7 CDS AP 4.0 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus)
	8 CDS AP 5.1 (Bangu e Realengo)
	9 CDS AP 5.2 (Campo Grande e Guaratiba)
	10 CDS AP 5.3 (Santa Cruz)
	11 Associação Carioca de Distrofia Muscular (ACADIM)
	12 Associação de Movimentos dos Renais Vivos e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro (AMORVIT- RJ)
	13 Associação de Parentes e Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos dependentes (APAZ)
	14 Grupo Unidos de Apoio aos Portadores de Hepatite C
	15 Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM)
	16 Associação Carioca de Diabéticos (ACD)
	17 Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de hepatite C
	18 Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (FAFERJ)
	19 Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro (FAM-Rio)
	20 Instituto Afro Brasil Cidadão (IABC)
Profissionais (10 vagas)	1 Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro (SASERJ)
	2 Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Rio de Janeiro (SATEMRJ)
	3 Sindicato dos Enfermeiros do Município do Rio de Janeiro (SINDENFRJ)
	4 Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro (SINFAERJ)
	5 Sindicato dos Médicos do Município do Rio de Janeiro (SINMED)
	6 Sindicato dos Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional no Rio de Janeiro (SINFITO)
	7 Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro (SINDPSI)
	8 Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro (SINERJ)
	9 Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro (SINFERJ)
	10 Associação dos Funcionários do Instituto Nacional do Câncer (AFINCA)
Gestores e Prestadores (10 vagas)	1 Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
	2 Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
	3 Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
	4 Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
	5 Viva Comunidade
	6 IABAS - Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
	7 Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro
	8 Hospital Mário Kröeff
	9 Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO
	10 Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>

Uma vez situado o universo que ambienta a pesquisa, progride-se para expor um panorama das características básicas das entidades representantes dos usuários no intuito de incentivar uma compreensão mais apurada do arranjo da representação do segmento no CMS-RJ.

IV.II) Entidades dos usuários no CMS-RJ: missão institucional, interesses e ações

A breve apresentação dos aspectos gerais das entidades representantes dos usuários na formação 2012-2015 do CMS-RJ baseou-se em informações vindas de fontes secundárias (buscas nos endereços eletrônicos das instituições e exame de seus estatutos) e em dados primários das entrevistas com os conselheiros.

Os aspectos elencados para a contextualização geral das entidades incluídas nesta pesquisa foram: missão institucional; conjunto de interesses e sua relação com as questões de saúde; e principais ações desempenhadas. A exposição das informações considera os dois grupos de representantes dos usuários (conselhos distritais de saúde e entidades municipais) e a tipologia das instituições, de acordo com o objetivo central de atuação.

Como os representantes municipais dos CDS também representam entidades de base local, decidiu-se incluir tais entidades na descrição. Isto porque a cadeia de relações de representação que se configura nos casos destes conselheiros influencia sua atuação no CMS-RJ, como será demonstrado mais à frente na dissertação. Dos 10 atores deste grupo, 7 são membros de associações de moradores, 2 representam ONGs com agendas vinculadas à Saúde e 1 representa uma entidade religiosa. O quadro 4 sintetiza as informações relevantes das entidades estudadas.

Quadro 4. Características gerais das entidades relacionadas aos usuários no CMS-RJ

	Entidades Municipais *	Entidades Distritais
Missão institucional	Associações de patologias (ACADIM; AMORVIT-RJ; AFDM; ACD; Otimismo): lutar pela concretização do direito à saúde para grupos de pacientes Federações de Moradores (FAFERJ; FAM-Rio) e Entidade de grupos étnicos (IABC): lutar pela afirmação de um amplo repertório de direitos de cidadania para os grupos populacionais	CDS: promover a participação social no processo decisório do SUS no âmbito das APs do município Associações de moradores: reivindicar para a comunidade um conjunto diversificado de serviços públicos como: educação, formação profissional, apoio social, transporte, segurança, habitação, saneamento, saúde e etc. ONGs: projetar agendas correlacionadas à Saúde Entidade religiosa: realizar a evangelização
Conjunto de interesses	Associações de patologias: diretamente relacionados às questões da Saúde Federações de Moradores e Entidade de grupos étnicos: indiretamente voltados para as questões da Saúde	CDS: diretamente relacionados ao SUS Associações de moradores: indiretamente voltados para as questões da Saúde ONGs: diretamente relacionadas à Saúde Entidade religiosa: indiretamente voltados para as questões da Saúde
Ações institucionais	Associações de patologias: aconselhamento do público de pacientes; organização e participação de encontros ligados aos temas de saúde; divulgação de informações sobre as patologias; e reivindicações de políticas para grupos de pacientes junto ao Poder Público Federações de Moradores e Entidade de grupos étnicos: Conjunto de ações que abrange diversas áreas das políticas públicas, como: educação, cultura, esporte e lazer, assistência social, emprego e renda, habitação, saneamento, saúde e etc.	CDS: reuniões plenárias mensais; visitação de unidades de saúde; participação em fóruns de discussão do SUS; e estabelecimento de canais de articulação com a população local Associações de moradores: divulgação de informações sobre diversos serviços públicos; estabelecimento de canais de articulação com os moradores; e reivindicação ao Poder Público de ações para atender as demandas da população local ONGs: organização e participação de encontros ligados aos temas de saúde; vocalização de cobranças aos órgãos do Poder Público Entidade religiosa: ações de caridade para atender as necessidades básicas da população, incluindo algumas diretamente na área da saúde

* A APAZ e o Grupo Unidos de Apoio aos portadores de Hepatite C foram excluídos da pesquisa em virtude da ausência de seus representantes nas reuniões do CMS-RJ durante o intervalo estudado (2013-2014)

Elaboração do Autor a partir do estudo dos estatutos das entidades e de entrevistas com os conselheiros

O quadro 4 demonstra a variedade de missões institucionais das entidades representantes dos usuários e as diferenças na orientação de seus interesses em relação aos temas da Saúde e do SUS. Assim, as características gerais de tais entidades corroboram, no âmbito do CMS-RJ, a situação de multiplicidade dispersa que caracteriza a representação do segmento na dimensão nacional de conselhos municipais de saúde (MOREIRA, 2009).

A apreciação deste quadro também motiva alguns comentários específicos sobre o arranjo da representação dos usuários no CMS-RJ. Repara-se que, embora a divisão entre conselhos distritais de saúde e entidades municipais seja a principal distinção neste arranjo, a situação de multiplicidade dispersa pode ser observada mesmo no interior de cada um destes grupos.

Por exemplo, dentre as entidades municipais, as associações de patologias representam grupos de pacientes específicos e reúnem um conjunto de interesses diretamente relacionados à Saúde, enquanto as demais entidades possuem objetivos institucionais que abarcam uma série de direitos sociais de modo que seus interesses são voltados para a Saúde de forma indireta.

Por sua vez, no grupo dos CDS, a multiplicidade de interesses representados é incentivada pelo fato de os conselheiros municipais destes órgãos serem também representantes de entidades de base distrital, que possuem um repertório próprio de demandas e objetivos.

Feitas estas pontuações acerca da diversidade de interesses que permeiam a representação dos usuários no CMS-RJ, o próximo tópico avança para averiguar como esta representação se define na prática. A tarefa será realizada sob a perspectiva das regras institucionais, o que, considerando o modelo analítico do estudo, envolve caracterizar os eixos da configuração representativa do conselho, cuja descrição foi apresentada no Capítulo III.

IV.III) Caracterização da Configuração Representativa do CMS-RJ: Eixo 1 – Regras de Elegibilidade e Participação

Ao iniciar esta caracterização pelo eixo 1, pretende-se desenvolver o objetivo específico I da pesquisa, que é *analisar as regras de elegibilidade do CMS-RJ, com ênfase naquelas que definem as entidades e conselheiros representantes dos usuários, e as regras de participação, que orientam as formas de atuação destes representantes no órgão.*

As regras institucionais referentes ao CMS-RJ são estabelecidas pela Lei municipal 5104 de 2009 (RIO DE JANEIRO, 2009) e pelo Regimento Interno do CMS-RJ, aprovado em 2010 (RIO DE JANEIRO, 2010). O conteúdo desses documentos é bastante semelhante, sendo que as orientações do Regimento Interno do Conselho apenas complementam as contidas na Lei 5104/2009 em quesitos práticos e processuais do funcionamento da instância. É também importante ressaltar que a atual formação do órgão, com mandato de 2012 a 2015, é a primeira a ser regulada por tais normas.

Já as regras de elegibilidade e de participação das entidades dos usuários não são definidas pela Lei 5104/2009 ou pelo Regimento Interno do CMS-RJ, pois estes documentos delegam a

tais entidades a responsabilidade de estabelecer livremente suas próprias regras. Como os estatutos das entidades estudadas não fazem qualquer menção às regras de elegibilidade e participação para o CMS-RJ, para descrevê-las foi necessário utilizar informações provenientes das entrevistas com os conselheiros.

Regras de Participação: segmento dos usuários do CMS-RJ

Em essência, a análise das regras de participação do CMS-RJ almeja observar se elas incentivam privilégios para determinados atores ou se configuram condições razoavelmente equitativas para a atuação dos conselheiros no órgão.

Pelo exame dos documentos normativos do conselho (Lei 5104/2009 e Regimento Interno do CMS-RJ) observou-se que as regras de participação estabelecem possibilidades gerais equitativas para a atuação dos atores nos debates travados nas reuniões plenárias. Considerando que tais regras também orientam a ocupação de cargos de maior poder decisório no órgão (como as vagas da Comissão Executiva e as posições de Presidente e Suplente do presidente), é necessário avaliar especificamente como isto transcorre.

A Comissão Executiva detém maior poder decisório porque as regras a definem como responsável pela organização da agenda das reuniões plenárias, preparando as pautas com base nas solicitações dos conselheiros e nas percepções acerca da situação de saúde e do andamento das políticas setoriais. Além disso, esta Comissão tem a prerrogativa de dirigir os encontros do colegiado por meio da mesa coordenadora (integrada por 4 membros) e de tomar decisões *ad referendum* em ocasiões urgentes, em que a realização de uma reunião plenária é inviável.

As regras de participação do CMS-RJ também determinam que a Comissão Executiva seja integrada por 8 representantes, distribuídos segundo o critério de paridade da representação e eleitos pelo pleno do colegiado para o mandato de um ano, com ressalva de uma das vagas dos gestores, que é destinada ao Secretário Municipal de Saúde. Portanto, considera-se que tais regras incentivam uma distribuição de assentos na Comissão proporcional à composição paritária do conselho e oferecem condições equânimes para a participação dos representantes dos usuários na mesma, já que todos podem concorrer às eleições gerais para os cargos.

Com base neste arranjo, o intervalo de abrangência deste estudo contemplou duas composições da Comissão Executiva, que criaram oportunidades de participação para 8 conselheiros dos usuários. Porém, como as regras autorizam até dois mandatos na Comissão, na prática, 7 representantes do segmento ocuparam estas posições ao longo de 2013 e 2014.

A distribuição destas posições revela certo protagonismo dos representantes dos CDS em relação aos conselheiros das entidades municipais, pois 5 atores do primeiro grupo participaram da Comissão em comparação com apenas 2 atores do segundo grupo. Isto parece estar mais correlacionado às características da atuação dos próprios conselheiros, que serão abordadas em detalhes no Capítulo V desta dissertação.

As regras de participação ainda estabelecem que o Presidente do conselho seja selecionado através de eleição por voto direto e secreto dos membros do colegiado, sendo livre a candidatura de qualquer conselheiro. Com base nestas normas, a atual composição do CMS-RJ foi a primeira a eleger o presidente do órgão, pois até então o cargo era destinado de forma cativa ao Secretário de Saúde. Neste primeiro pleito, o secretário à época, o Sr. Hans Fernando Rocha Dohmann, foi eleito para presidir o conselho de 2012 a 2015. Em julho de 2014, um novo Secretário de Saúde, o Sr. Daniel Ricardo Soranz Pinto, assumiu o cargo, sendo diretamente designado como presidente do CMS-RJ.

A ocupação do cargo de Substituto do presidente é igualmente decidida por eleições nos mesmos moldes descritos acima, mas com concorrência restrita aos membros da Comissão Executiva. Como a disputa para integrar esta comissão é aberta para todos os conselheiros, novamente, as regras de participação não parecem privilegiar certos atores em detrimento de outros, o que também se aplica ao contexto interno do segmento dos usuários.

Nestas condições, os mandatos anuais de Substituto do presidente do CMS-RJ em 2013 e 2014 foram ocupados, respectivamente, pelos representantes do CDS da AP 5.1 e do CDS da AP 5.3. Em razão dos argumentos apresentados acerca das regras de participação, compreende-se que esta situação esteja mais associada às particularidades da atuação dos conselheiros e ao arranjo das alianças firmadas no âmbito do CMS-RJ.

Considerando que, no intervalo desta pesquisa, menos de um quinto das reuniões do conselho contou com a presença do Presidente, a maioria das reuniões foi coordenada pelos substitutos, conferindo aos mesmos algum destaque na dinâmica política do órgão. Conforme já mencionado, os assuntos diretamente vinculados à atuação dos conselheiros dos usuários serão abordados de maneira específica no Capítulo V.

Em suma, as regras de participação do CMS-RJ estabelecem condições equitativas para a atuação dos conselheiros, isto é, não induzem privilégios seletivos, sejam entre os diferentes segmentos ou entre conselheiros de um mesmo segmento, inclusive os usuários. Por tais razões, estas regras tendem a não produzir efeitos distintivos no eixo 1 da configuração representativa. Cabe agora, caracterizar as regras de elegibilidade para verificar seus impactos na disposição dos representantes no segmento dos usuários.

Regras de Elegibilidade: segmento dos usuários do CMS-RJ

Nesta parte, serão descritas, primeiramente, as regras de elegibilidade adotadas pelo CMS-RJ para definir as entidades que integram o segmento dos usuários. Depois, serão caracterizadas as regras de elegibilidade utilizadas pelas entidades para selecionar seus conselheiros, já que as próprias regras institucionais do conselho conferem às mesmas esta prerrogativa.

As regras de elegibilidade do CMS-RJ (contidas na Lei 5104/2009) estabelecem como condição básica para a participação nos conselhos de saúde a exposição nos estatutos das

entidades da abrangência de atuação municipal para integrar o CMS-RJ e de atuação local para compor os conselhos distritais. Além disso, exigem que esses estatutos estejam em conformidade com as normas do Código Civil Brasileiro e demais leis vigentes.

Estas regras definem a ocupação dos 20 assentos do segmento dos usuários no CMS-RJ através de diferentes critérios: (i) a metade desses assentos é estabelecida de forma vitalícia, incluindo na instância os 10 CDS da cidade; (ii) as outras 10 cadeiras são disputadas pelas organizações da sociedade civil municipal (inclusive aquelas que não têm atuação diretamente vinculada à Saúde) em eleições realizadas nas Conferências Municipais de Saúde. Nestes casos, as entidades são eleitas para mandato quadrienal, sendo autorizada uma reeleição.

Em essência, esta disposição de regras de elegibilidade incentiva uma divisão na composição do segmento dos usuários em dois grupos, que são os *conselhos distritais de saúde e as entidades municipais* (ver quadro 3 acima).

Almejando conhecer o processo eleitoral que selecionou as entidades municipais para a atual formação do CMS-RJ, foi acessado o relatório final da Conferência Municipal de Saúde de 2011, mas o documento não contém descrições da seleção em questão.

Também é necessário assinalar que embora as regras de elegibilidade do CMS-RJ indiquem claramente que as entidades municipais devem ser eleitas nas Conferências, os representantes da ACADIM e do Grupo Otimismo relataram nas entrevistas que suas entidades foram indicadas pela SMS-RJ para compor o conselho municipal. Mesmo que as razões para esta conduta não tenham sido pesquisadas no trabalho, a situação sugere uma dificuldade na afirmação de tais regras na prática. Com base nas mesmas entrevistas, é possível afirmar que a indicação destas entidades não se fundamentou por eventuais alianças entre elas e a SMS-RJ, parecendo estar mais relacionada à abrangência de suas ações na área da Saúde.

Ainda assim, considera-se aqui que as regras de elegibilidade destinadas às entidades municipais são do tipo “eleitoral”, pois determinam o acesso ao CMS-RJ por meio de eleições, para as quais podem se candidatar as diversas entidades com amplitude municipal de atuação. Ao contrário, compreende-se que as regras de elegibilidade para os conselhos distritais são do tipo “normatização” porque asseguram para os órgãos 10 assentos vitalícios no CMS-RJ, o que corresponde a metade da representação dos usuários.

A aplicação das regras de elegibilidade do CMS-RJ simboliza um primeiro filtro para a representação dos usuários no CMS-RJ, que estabelece os conselhos distritais e as entidades municipais como as instituições representantes do segmento. Considerando que cada uma destas instituições seleciona os seus conselheiros municipais através de regras e processos internos próprios, evidencia-se um segundo filtro no arranjo da representação dos usuários.

Na verdade, esta situação vale para o conjunto nacional dos CMS brasileiros, nos quais a atuação dos conselheiros é marcada pelo “duplo mecanismo de representação”, isto é, os

conselheiros representam entidades que, por sua vez, representam os segmentos (MOREIRA, 2009). É exatamente o que ocorre com os representantes das entidades municipais no CMS-RJ.

Porém, no caso dos representantes dos CDS do Rio de Janeiro é possível apontar para a existência de um *triplo mecanismo de representação*. Isto porque a representação que eles praticam reúne (em alguma medida) questões e interesses dispostos em três níveis: entidade de base representada no CDS; conselho distrital da respectiva área de planejamento; e segmento dos usuários do SUS no município. Como se analisa adiante, estas características tem significativa influência nas relações entre representação e participação dos usuários do CMS-RJ.

Feitas estas colocações, o quadro 5 demonstra os dois filtros de regras de elegibilidade aplicados aos usuários e suas repercussões na atual composição de entidades do conselho.

Quadro 5. Regras de Elegibilidade dos usuários do CMS-RJ

Grupo	Regras de elegibilidade do CMS-RJ	Entidade	Regras de elegibilidade internas das entidades
Conselhos Distritais	Tipo “Normatização” Assento vitalício no CMS-RJ	CDS AP 1.0 (Centro, Zona Portuária, São Cristóvão, Rio Comprido, Santa Tereza e Ilha de Paquetá)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 2.1 (Copacabana, Botafogo, Lagoa e Rocinha)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 3.1 (Penha, Ramos, Complexo do Alemão, Maré, Vigário Geral e Ilha do Governador)	Tipo “Votação” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 3.2 (Méier, Inhaúma e Jacarezinho)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 3.3 (Anchieta, Irajá, Madureira e Pavuna)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 4.0 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 5.1 (Bangu e Realengo)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 5.2 (Campo Grande e Guaratiba)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
		CDS AP 5.3 (Santa Cruz)	Tipo “Eleitoral” Eleição usuários do CDS
Entidades Municipais	Tipo “Eleitoral” Eleição na Conferência Municipal de Saúde	Associação Carioca de Distrofia Muscular (ACADIM)*	Tipo “Indicação” Presidente
		Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de hepatite C*	Tipo “Indicação” Presidente
		Associação de Movimentos dos Renais Vivos e Transplantados do Estado RJ (AMORVIT- RJ)	Tipo “Indicação” Presidente
		Associação Carioca de Diabéticos (ACD)	Tipo “Indicação” Diretoria
		Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM)	Tipo “Indicação” Diretoria
		Federação das Associações de Favelas do Estado do Estado do Rio (FAFERJ)	Tipo “Indicação” Diretoria
		Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro (FAM-RIO)	Tipo “Indicação” Diretoria
		Instituto Afro Brasil Cidadão (IABC)	Tipo “Indicação” Diretoria

* Entidades indicadas pela SMS-RJ para integrar o CMS-RJ, apesar das orientações das regras de elegibilidade
Elaboração do Autor com base nos documentos normativos do CMS-RJ e nas entrevistas com os conselheiros

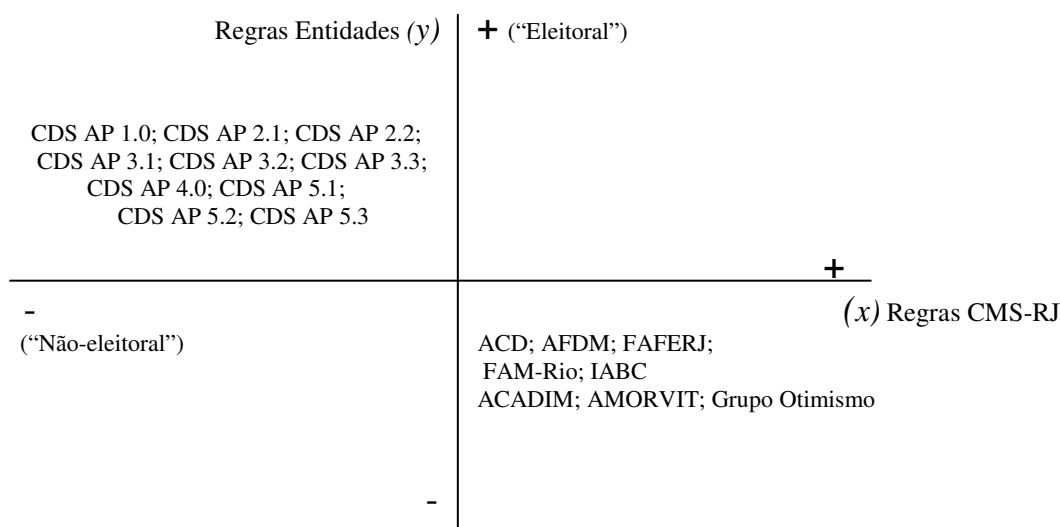
Observando o quadro 5, nota-se, primeiramente, que duas entidades (Grupo Unidos de Apoio aos Portadores de Hepatite C e Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos dependentes) foram excluídas da pesquisa porque seus representantes não se fizeram presentes nas reuniões acompanhadas. Deste modo, foram 8 as entidades municipais efetivamente incluídas no estudo, em comparação com 10 conselhos distritais de saúde.

Analisando este quadro observam-se dois padrões de disposição das regras de elegibilidade. Em todos os conselhos distritais, possuidores de assentos vitalícios no CMS-RJ definidos por regras do tipo “normatização”, a seleção dos representantes municipais se dá por regras do tipo “eleitoral”, ou seja, através de eleições para as quais podem concorrer os usuários que integram os órgãos. Nas entrevistas com os conselheiros, estas eleições foram destacadas como prática importante para sustentar a participação dos atores no CMS-RJ, inclusive por envolver uma concorrência consideravelmente maior em comparação aos processos de escolha para o cargo de conselheiro distrital realizados nas entidades locais.

Por sua vez, as entidades municipais, que acessam o CMS-RJ por meio de regras “eleitorais” (eleição nas Conferências de Saúde), selecionam seus conselheiros por regras internas do tipo “indicação”, seja da presidência ou da diretoria. Isto aponta processos restritos às cúpulas das entidades que limitam as possibilidades para os membros pleitearem o cargo de conselheiro e, normalmente, transcorrem com mínima ou mesmo nenhuma concorrência interna. Além disso, com exceção dos representantes da FAFERJ e da AFDM, os outros seis conselheiros ocupavam o posto de presidente das entidades quando foram selecionados para o cargo, o que revela certa concentração da participação em algumas poucas pessoas interessadas nas atividades do CMS-RJ.

Portanto, ao contrário das regras de participação do CMS-RJ, as regras de elegibilidade incentivam condições não equânimes para os representantes dos usuários, sendo distintivas na estrutura do eixo 1 da configuração representativa do conselho. Deste modo, estas regras merecem atenção especial e, por isso, serão articuladas às próximas análises deste estudo.

Para ilustrar de maneira ainda mais clara as diferenças nas características dos filtros de elegibilidade nos dois grupos de representantes dos usuários, foi elaborado o gráfico 1. Para tal, as regras de elegibilidade do tipo “normatização” e “indicação” foram agregadas pela denominação “não-eleitoral”, em oposição às regras do tipo “eleitoral”. A partir disso, este gráfico foi construído atribuindo um sinal (+) para as regras “eleitorais” e um sinal (-) para as regras “não-eleitorais”. O eixo *x* diz respeito às regras de elegibilidade do CMS-RJ e o eixo *y* aloca as regras de elegibilidade das entidades.

Gráfico 1. Eixos de Regras de Elegibilidade aplicadas aos usuários do CMS-RJ

Elaboração do Autor com base nos documentos normativos do CMS-RJ e nas entrevistas com os conselheiros

O gráfico 1 evidencia situações de elegibilidade opostas nos grupos dos usuários no CMS-RJ. Isto atesta que a seleção dos representantes dos conselhos distritais resulta do arranjo de regras do CMS-RJ “não-eleitorais”/ regras internas “eleitorais”. Ao contrário, os conselheiros das entidades municipais são escolhidos pelo esquema regras do CMS-RJ “eleitorais”/ regras internas “não-eleitorais”.

Considerando que as regras de elegibilidade, além de delimitar o leque de atores que podem integrar o CMS-RJ, constituem um primeiro dispositivo de relação entre representantes e representados, é possível associar tais regras às ideias de representação política delimitada pela *controvérsia mandato-autonomia* de Hanna Pitkin (1967), já apresentadas no Capítulo III.

Com isso, entende-se que *regras de elegibilidade “eleitorais”* estão associadas à *tendência mandato* de representação, pois a instituição formal de eleições estabelece um primeiro vínculo entre representantes (conselheiros) e representados (entidades), que contribui para estreitar as relações de representação entre eles. Por raciocínio análogo, as *regras de elegibilidade “não-eleitorais”* associam-se à *tendência autonomia* de representação porque restringem o número de atores elegíveis e instituem mecanismos de seleção arbitrários, que incentivam relações iniciais frágeis entre conselheiros e entidades.

Estas ideias sobre as regras de elegibilidade serão testadas, ainda neste capítulo, para verificar sua influência no caráter da representação dos conselheiros dos usuários. Antes, é necessário completar a caracterização da configuração representativa do CMS-RJ avançando para o seu segundo eixo, que é composto pelas regras de representação.

IV. IV) Caracterização da Configuração Representativa do CMS-RJ: Eixo 2 – Regras de Representação

Ao abranger as regras de representação que definem as relações entre as entidades e seus conselheiros municipais, a descrição do eixo 2 da configuração representativa do CMS-RJ diz respeito ao desenvolvimento do objetivo específico II da pesquisa, que é *analisar as regras de representação que orientam as relações das entidades dos usuários no CMS-RJ com seus conselheiros titulares*.

Buscando preservar a coerência interna da dissertação e estabelecer vínculos teórico-práticos consistentes, o estudo das relações entre conselheiros (representantes) e entidades (representadas) fundamentou-se na concepção de representação política como atividade concreta de Hanna Pitkin (1967), utilizando especialmente o conceito de controvérsia mandato-autonomia. Considerando que a discussão teórica sobre esta concepção foi apresentada no Capítulo III, busca-se, agora, aplicar este modelo analítico ao CMS-RJ.

Sendo assim, a caracterização do eixo 2 da configuração representativa do CMS-RJ envolve a descrição das regras de representação das 18 entidades dos usuários, que são adotadas para estabelecer as relações com seus representantes no conselho. Estas relações têm como desfecho a definição das posturas de representação assumidas pelos conselheiros, classificadas em: mandato, autonomia e mandato-autonomia.

Para realizar esta descrição, não foi possível utilizar os estatutos das entidades municipais e os Regimentos Internos dos CDS porque os documentos não contêm regras de representação para orientar a interação com os conselheiros. Por isso, a condução da tarefa foi exclusivamente baseada nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa, cujos roteiros foram compostos por questões que abordaram o impacto das regras e práticas de representação na atuação dos conselheiros, permitindo a classificação individual segundo as posturas de representação (ver anexos I e II).

Deste modo, as informações expostas retratam a disposição recente das regras de representação das entidades, que, por vezes, apresentam um caráter não oficial e voltado para orientar procedimentos cotidianos. Pensando em facilitar a leitura destas informações, optou-se por expor os quadros 6 e 7, que sintetizam as características das regras de representação das entidades e seus desdobramentos nas relações entre entidades e conselheiros.

A descrição detalhada das regras e relações de representação estabelecidas em cada uma das 18 entidades dos usuários do CMS-RJ, que embasaram a elaboração destes quadros, é apresentada no anexo V desta dissertação. Esta descrição inclui os trechos de entrevista com os conselheiros mais significativos para ilustrar a caracterização desenvolvida neste estudo.

Quadro 6. Regras e Relações de Representação das Entidades Municipais

Entidade	Regras e práticas de representação no CMS-RJ	Elementos Mandato e Autonomia	Postura do Representante
ACADIM	Reuniões internas com poucos participantes e centradas nas demandas assistenciais dos pacientes neuromusculares; raros debates sobre os assuntos do CMS-RJ ou informações sobre a atuação da conselheira no órgão	Regras e práticas de representação não direcionadas ao CMS-RJ; as pautas enviadas ao órgão são elaboradas pela conselheira com base no conhecimento sobre as demandas que chegam à entidade	Autonomia
AFDM	Problemas estruturais recentes inviabilizam a realização de reuniões com o grupo representado e demais ações da entidade	Representação definida pelas visões da conselheira, com base na identificação pessoal com as causas da entidade	Autonomia
ACD	Reuniões mensais da diretoria e ações da entidade sinalizam o conjunto de interesses dos pacientes diabéticos; raros debates específicos sobre os assuntos do CMS-RJ ou informações sobre a atuação do conselheiro no órgão	Regras internas moderadas permitem a combinação dos interesses da entidade firmados nas reuniões com os conhecimentos do conselheiro sobre as demandas dos usuários e o funcionamento do SUS	Mandato-Autonomia
Grupo Otimismo	Regras internas não contemplam a representação no CMS-RJ, apesar da realização assídua de reuniões envolvendo os pacientes com hepatites e o desempenho de ações concretas no <i>advocacy</i> deste grupo; percepção de pouca contribuição da participação no CMS-RJ para aos objetivos da entidade	Ausência de mecanismos de representação para o CMS-RJ; Atuação definida pelos conhecimentos do conselheiro sobre as demandas dos pacientes e por suas visões sobre as carências e o funcionamento do SUS	Autonomia
AMORVIT-RJ	Ausência de regras e práticas de representação no CMS-RJ; percepção de pouca contribuição da participação no órgão para aos objetivos da entidade	Regras internas de representação frágeis; representação baseada nas visões do conselheiro sobre as demandas dos pacientes renais crônicos encaminhadas à entidade	Autonomia
FAFERJ	Regras definem reuniões trimestrais da diretoria com o conselheiro para a transmissão dos temas discutidos no CMS-RJ e da participação praticada; de forma mais tênue os encontros contribuem para sinalizar os interesses da entidade	Regras internas moderadas abrem espaço para a representação ser influenciada pelas visões do conselheiro, que envolvem a combinação das demandas dos filiados à Federação com os interesses dos usuários do SUS	Mandato-Autonomia
FAM-Rio	Regras estabelecem estrutura organizativa sólida; Reuniões mensais envolvendo membros dos núcleos regionais da federação confluem para a elaboração do conjunto de interesses da entidade; poucos debates específicos sobre o CMS-RJ	Regras e práticas internas concretas; Reuniões contribuem para configurar os interesses da entidade, que influenciam marcadamente a representação no CMS-RJ	Mandato
IABC	Regras internas definem reuniões mensais da diretoria, que incluem alguns debates sobre o CMS-RJ e apresentação de relatórios de participação	Regras e práticas internas moderadas permitem a combinação dos interesses da entidade às visões da conselheira sobre as demandas mais gerais dos usuários SUS	Mandato-Autonomia

Composição do Autor a partir das entrevistas com os conselheiros titulares das entidades no CMS-RJ

Quadro 7. Regras e Relações de Representação dos Conselhos Distritais de Saúde

CDS	Regras e práticas de representação no CMS-RJ	Elementos Mandato e Autonomia	Postura de Representação
AP 1.0	Reuniões mensais com apresentação de relatório de participação do representante no CMS-RJ e elaboração de questões para enviar ao órgão; Participação nas reuniões interdistritais	Regras e práticas internas contribuem para que os interesses dos usuários definidos nas plenárias do CDS embasem a representação no CMS-RJ	Mandato
AP 2.1	Reuniões mensais com freqüentes apresentações; nível menos expressivo de demandas de usuários, com encaminhamentos raros ao CMS-RJ; Participação nas reuniões interdistritais	Reuniões com menor força definidora do conjunto de interesses do CDS; Representação definida pelos julgamentos do conselheiro sobre a gestão das políticas municipais de saúde	Autonomia
AP 2.2	Plenárias mensais com debates que configuram os interesses dos usuários da área, por vezes, levados ao CMS; presidente como representante municipal; Participação nas reuniões interdistritais	Regras e práticas internas sólidas; Conjunto de interesses dos usuários pactuado nas plenárias do CDS fundamenta a representação no CMS-RJ	Mandato
AP 3.1	Plenárias configuram os interesses para serem vocalizados no CMS; retorno da participação da conselheira municipal (que é presidente do CDS); Participação nas reuniões interdistritais	Regras e práticas internas sólidas; Conjunto de interesses dos usuários pactuado nas plenárias do CDS fundamenta a representação no CMS-RJ	Mandato
AP 3.2	Reuniões mensais com debates que contribuem para definir os interesses dos usuários da área que são levados às deliberações do CMS-RJ; Participação nas reuniões interdistritais	Regras e práticas internas sólidas; Conjunto de interesses dos usuários firmado nas plenárias do CDS fundamenta a representação no CMS-RJ	Mandato
AP 3.3	Plenárias ambientam deliberações que configuram os interesses dos usuários da AP; uso de instrumentos formais de representação no CMS-RJ (ofícios e declarações de posicionamento); Participação nas reuniões interdistritais	Consistente influência dos objetivos da entidade representada ao nível distrital na atuação no CMS-RJ; Regras e práticas internas do CDS contribuem para a configuração dos interesses dos usuários locais, influenciando a atuação no CMS-RJ	Mandato (entidade base e CDS)
AP 4.0	Reuniões mensais com deliberações consistentes (inclusive dos instrumentos de gestão da SMS) que, por vezes, resultam em ofícios e declarações de voto para embasar a atuação no CMS-RJ; Participação nas reuniões interdistritais	Regras e práticas internas sólidas; representação no CMS-RJ baseada na articulação dos interesses firmados no CDS às visões do conselheiro sobre as demandas gerais dos usuários do SUS e sobre a condução das políticas municipais do setor	Mandato-Autonomia
AP 5.1	Plenárias mensais com debates sobre as questões do CMS; retorno da participação do representante municipal (também presidente do CDS); Participação nas reuniões interdistritais	Influência equivalente dos interesses do CDS e da entidade de base; Regras do CDS permitem articulação dos interesses dos usuários locais com os conhecimentos do conselheiro sobre o SUS	Mandato-Autonomia (CDS e entidade base)
AP 5.2	Reuniões mensais que contribuem para formular os interesses dos usuários locais; uso de relatórios de participação do conselheiro municipal; Participação nas reuniões interdistritais	Influência equivalente dos interesses do CDS e da entidade de base, ambas com práticas sólidas de relacionamento com o representante, que sustentam sua atuação no CMS-RJ	Mandato (CDS e entidade base)
AP 5.3	Reuniões mensais proveitosas para sinalizar as demandas dos usuários da área; presidente como representante municipal; Participação nas reuniões interdistritais	Influência equivalente dos interesses do CDS e da entidade de base; regras e práticas sólidas do CDS estabelecem o conjunto de interesses dos usuários locais que embasa a representação no CMS	Mandato (CDS e entidade base)

Composição do Autor a partir das entrevistas com os conselheiros titulares das entidades no CMS-RJ

Nos quadros 6 e 7, a coluna “Regras e Práticas de Representação no CMS-RJ” demonstra a capacidade das regras das entidades em estabelecer atividades para efetivar sua representação no CMS-RJ. A coluna “Elementos Mandato e Autonomia” diz respeito às influências do conjunto de regras e práticas de representação na atuação dos representantes das entidades no CMS-RJ. Por sua vez, a coluna “Postura do Representante” apresenta a classificação dos conselheiros nos tipos mandato, autonomia e mandato-autonomia, o que simboliza o desfecho das relações entre entidades e representantes firmadas para atuar no CMS-RJ, sob a orientação das regras de representação.

Para esta classificação, consideram-se como posturas do tipo *mandato* aquelas em que a representação efetuada pelos conselheiros é influenciada *preponderantemente* pelos interesses de suas entidades e grupos representados. Nestes casos, existem regras internas firmes que configuram práticas de representação que estreitam os laços entre representantes e representados.

A postura do tipo *autonomia* diz respeito à representação *majoritariamente* orientada pelos julgamentos do próprio conselheiro sobre a condução das políticas de saúde, em um contexto no qual as regras de representação das entidades têm baixa capacidade para definir práticas sólidas de representação dos interesses dos representados.

Já a postura *mandato-autonomia* indica as situações nas quais as regras de representação internas possibilitam aos conselheiros combinar *de forma equilibrada* os elementos das duas tendências no sentido de representar os interesses das entidades em articulação com questões ligadas ao interesse geral dos usuários do SUS. O lema ‘*Saúde como direito*’, destacado por Moreira (2009) como indicativo do interesse geral no processo decisório das políticas de saúde nos conselhos municipais do País, foi adotado como parâmetro também para o CMS-RJ.

Uma vez explicado o que refletem as colunas dos quadros 6 e 7, seguem os comentários aos mesmos, que produzem a caracterização do eixo 2 da configuração representativa em cada um dos grupos de representantes dos usuários.

Análise do quadro 6: Regras e Relações de representação nas entidades municipais

Pela observação do quadro 6, repara-se que, embora a maioria das entidades municipais realizem reuniões com os grupos representados, apenas nos casos da ACD, FAFERJ, FAM-Rio e IABC os encontros contribuem para sinalizar os interesses dos grupos no sentido de embasar a atuação dos representantes no CMS-RJ. Além disso, somente os conselheiros da FAFERJ e do IABC relataram que as reuniões das entidades envolvem debates específicos sobre os assuntos do CMS-RJ e a transmissão da participação do conselheiro no órgão. Portanto, em poucas entidades municipais as regras internas favorecem o estabelecimento de práticas de representação efetivas no conselho.

Os exemplos mais categóricos desta situação são os casos da AFDM – que, atualmente, não realiza reuniões com o grupo representado devido a dificuldades estruturais – e da AMORVIT-RJ e Grupo Otimismo, cujos representantes afirmaram que as atividades do CMS-RJ não contribuem para o desenvolvimento dos objetivos das entidades. Além de refletir a inexistência de regras de representação específicas para o conselho, estes casos indicam certa fragilidade das regras de elegibilidade para selecionar instituições envolvidas com as atividades do órgão.

O caráter das regras e práticas de representação adotadas pelas entidades municipais se reflete nos referenciais adotados pelos conselheiros do grupo para efetuar a representação no CMS-RJ. A coluna “Elementos Mandato e Autonomia” do quadro 6 indica que, exceto a representante da FAM-Rio, todos os demais são influenciados, em alguma medida, por suas visões sobre os interesses dos grupos representados pelas entidades e sobre o funcionamento do SUS e as demandas gerais de seus usuários.

Pelos critérios adotados nesta dissertação, **este comportamento traduz a influência de elementos da tendência autonomia**, que é evidenciada na classificação das posturas de representação dos conselheiros do grupo: 4 casos do tipo autonomia, 3 casos do tipo mandato-autonomia e apenas do tipo 1 mandato.

Análise do quadro 7: Regras e Relações de representação nos CDS

O quadro 7 demonstra um cenário bastante diferente para os conselhos distritais de saúde. Todos esses órgãos possuem regras de representação oficiais e assertivas que estabelecem a realização de reuniões plenárias mensais. Pela própria natureza das instâncias, as reuniões envolvem deliberações específicas sobre assuntos de saúde relevantes para os usuários das respectivas áreas programáticas, incluindo temas diretamente relacionados às pautas do CMS-RJ. Estas características colaboram para a definição de um conjunto objetivo de interesses dos usuários destas áreas.

Além disso, seis entrevistados (representantes dos conselhos das APs 1.0, 3.1, 3.3, 4.0, 5.1 e 5.2) afirmaram a utilização de instrumentos práticos de representação, como relatórios de participação no CMS-RJ, ofícios manifestando os requerimentos dos órgãos ao CMS-RJ e declarações de posicionamento em relação às pautas municipais. Os quatro conselheiros do grupo que também ocupam a presidência dos conselhos distritais (nas APs 2.2, 3.1, 5.1 e 5.3) salientaram a combinação dos cargos como prática de representação porque firma a responsabilidade de encaminhar propostas ao CMS-RJ e trazer para os CDS os resultados das deliberações no âmbito municipal.

Também merece destaque o fato de as regras de representação dos conselhos distritais incluírem a realização mensal de reuniões interdistritais (chamadas assim pelos próprios conselheiros). Os encontros reúnem os presidentes e representantes municipais dos dez órgãos, promovendo um espaço para discussões sobre as pautas das reuniões do CMS-RJ e assuntos

referentes à situação de saúde nas regiões da cidade. Isto resulta na elaboração de posicionamentos comuns em relação aos temas debatidos, que influenciam a atuação dos atores distritais no CMS-RJ, conforme ressaltado por todos os entrevistados do grupo, exceto o representante da AP 2.1.

Desta forma, as reuniões interdistritais constituem um importante dispositivo de representação adotado pelos conselheiros distritais, sobretudo porque possibilitam agregar os interesses dos usuários do SUS de diferentes localidades do município. Estes encontros também influenciam consistentemente a participação dos representantes dos usuários no CMS-RJ, conforme será descrito especificamente no Capítulo V.

Conforme observado na coluna “Elementos Mandato e Autonomia” do quadro 7, as regras e práticas de representação dos conselhos distritais determinam relações sólidas com seus representantes de modo que os interesses firmados nas reuniões plenárias orientem a atuação dos mesmos no CMS-RJ. Segundo os critérios aqui empregados, **este comportamento se vincula à tendência mandato de representação.**

Efetivamente, os dados das entrevistas confirmaram a capacidade das regras internas dos CDS definirem as relações de representação. Seis dos dez entrevistados indicaram claramente que no CMS-RJ representam os conselhos distritais – ou os usuários das APs que eles abrangem – enquanto nas instâncias distritais praticam a representação das entidades de origem local.

Outros três conselheiros (das APs 5.1, 5.2 e 5.3) relataram que as questões e interesses dos CDS têm importância semelhante aos anseios das entidades de base para orientar a representação no CMS-RJ. Apenas o representante da AP 3.3 sinalizou que os objetivos de sua entidade local se sobressaem aos interesses provenientes do CDS para embasar a atuação no CMS-RJ, ainda assim, sem negar a influência dos últimos. Em razão de tais peculiaridades, esses quatro conselheiros tiveram os vínculos de representação examinados em dois níveis: em relação ao conselho distrital e em relação à entidade local. Uma apresentação mais abrangente destes casos encontra-se no Anexo V – Descrição detalhada das Regras de Representação e Relações entre entidades e conselheiros dos usuários no CMS-RJ (2013-2014).

Se, por um lado, as situações acima pontuadas confirmam na prática a existência do triplo mecanismo de representação, por outro, sugere que dentre os diversos interesses envolvidos neste fenômeno, aqueles configurados nos CDS prevalecem como fortes orientadores da atuação dos conselheiros deste grupo. Isto parece se relacionar com a maior organização funcional e inserção dos colegiados distritais no arcabouço institucional do SUS no município, sobretudo em comparação às capacidades estruturais da maioria (se não da totalidade) das entidades locais. Assim, optou-se neste trabalho por focalizar as análises na representação dos atores distritais relativa aos conselhos, inclusive para permitir comparações claras com os conselheiros das entidades municipais.

Diante deste cenário, a coluna “Postura de Representação” do quadro 7 confirma a marcante influência da tendência mandato nos representantes distritais, visto que 7 casos foram classificados como mandato, 2 como mandato-autonomia e somente 1 como autonomia.

Por fim, comparando as posturas de representação dos conselheiros das entidades municipais (quadro 6) às posturas dos representantes dos conselhos distritais (quadro 7) percebe-se que o eixo 2 da configuração representativa do CMS-RJ determina características bastante distintas nos grupos de representantes do segmento dos usuários. Enquanto no primeiro grupo, a representação no CMS-RJ é influenciada pela tendência autonomia, no segundo predomina claramente a influência da tendência mandato. Isto reforça o cenário resultante da aplicação das regras de elegibilidade (eixo 1 da configuração representativa) no sentido de afirmar a divisão do segmento dos usuários no CMS-RJ em dois grupos de representantes.

Mesmo assim, é importante apresentar uma perspectiva da representação dos usuários no CMS-RJ considerando o conjunto total do segmento (o que corresponde ao somatório das posturas de representação identificadas nos quadros 6 e 7). Isto resulta em: 8 posturas do tipo mandato, 5 posturas do tipo autonomia e outras 5 do tipo mandato-autonomia.

Embora estes resultados se aproximem das conclusões obtidas para a representação dos usuários no conjunto nacional de conselhos municipais de saúde (MOREIRA, 2009), apontando um predomínio das posturas mandato, o traço peculiar da representação dos usuários no CMS-RJ é mesmo a divisão em dois grupos incentivada pela configuração representativa.

O tópico seguinte pretende finalizar o capítulo apresentando uma visão sintética da configuração representativa do CMS-RJ e suas repercussões no segmento dos usuários, articulando os eixos 1 e 2 descritos anteriormente.

IV.V) Configuração Representativa do CMS-RJ: a articulação dos eixos

Conforme apresentado no tópico IV.III, a caracterização do eixo 1 da configuração representativa revelou que, enquanto as regras de participação do CMS-RJ estabelecem condições equânimes para a atuação dos conselheiros, as regras de elegibilidade destinadas aos usuários definem condições distintivas a ponto de gerar uma divisão do segmento em dois grupos de representantes, que são os conselhos distritais de saúde e as entidades municipais.

Por isso, estas regras foram analisadas em detalhes, considerando os dois filtros que se relacionam a seleção de representantes dos usuários, ou seja, as regras de elegibilidade do CMS-RJ e as adotadas pelas entidades dos usuários. Os achados finais da análise destas regras estão expostos nas duas colunas do quadro 8 referentes ao eixo 1 da configuração representativa.

O tópico IV.IV dedicou-se a descrição do eixo 2 desta configuração, concluindo que as regras de representação das entidades definem situações também distintas para os dois grupos de representantes dos usuários: enquanto os conselheiros das entidades municipais são influenciados pela tendência autonomia de representação, os representantes dos CDS são

pautados pela tendência mandato. Os desfechos resultantes da análise do eixo 2 da configuração representativa estão apresentados na coluna mais à direita do quadro 8.

Desta maneira, este quadro sintetiza e articula os dois eixos da configuração representativa do CMS-RJ, exibindo as características das regras que orientam a atuação das entidades que representam os usuários na formação 2012-2015 do conselho.

Quadro 8. Efeitos da Configuração Representativa nos usuários do CMS-RJ

Entidade	Eixo 1: Regras de Elegibilidade CMS-RJ	Eixo 1: Regras de Elegibilidade da entidade	Eixo 2: Regras de Representação
ACADIM	Tipo “Eleitoral” *	Tipo “Não-eleitoral” (presidente)	Autonomia
Otimismo	Tipo “Eleitoral” *	Tipo “Não-eleitoral” (presidente)	Autonomia
Amorvit-RJ	Tipo “Eleitoral”	Tipo “Não-eleitoral” (presidente)	Autonomia
AFDM	Tipo “Eleitoral”	Tipo “Não-eleitoral” (diretoria)	Autonomia
ACD	Tipo “Eleitoral”	Tipo “Não-eleitoral” (diretoria)	Mandato-Autonomia
FAFERJ	Tipo “Eleitoral”	Tipo “Não-eleitoral” (diretoria)	Mandato-Autonomia
FAM-Rio	Tipo “Eleitoral”	Tipo “Não-eleitoral” (diretoria)	Mandato
IABC	Tipo “Eleitoral”	Tipo “Não-eleitoral” (diretoria)	Mandato-Autonomia
CDS AP 1.0	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CDS AP 2.1	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Autonomia
CDS AP 2.2	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CDS AP 3.1	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CDS AP 3.2	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CDS AP 3.3	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CDS AP 4.0	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato-Autonomia
CDS AP 5.1	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato-Autonomia
CDS AP 5.2	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato
CDS AP 5.3	Tipo “Não-eleitoral”	Tipo “Eleitoral”	Mandato

* Entidades indicadas pela SMS-RJ apesar da orientação das regras de elegibilidade do CMS-RJ

Elaboração do Autor com base na análise dos documentos do CMS-RJ e nas entrevistas com os conselheiros

Analisando o quadro 8, observa-se que a combinação dos eixos da configuração representativa do CMS-RJ determina a separação das entidades dos usuários em dois grupos com modelos de representação distintos.

As entidades municipais apresentam no eixo 1 uma disposição de regras de elegibilidade “Eleitoral”/“Não-eleitoral”. Isto significa que elas são eleitas para o CMS-RJ nas Conferências de Saúde em processos que, apesar de ampliar as possibilidades de participação, revelam certa fragilidade, pois duas instituições foram indicadas pela SMS-RJ e duas das eleitas sequer se fizeram presentes no conselho. Uma vez selecionadas, as regras autorizam as entidades a definirem como escolhem seus conselheiros, o que, na prática, ocorreu por indicação dos presidentes ou das diretorias, isto é, sem abranger a participação dos membros das entidades ou dos usuários do SUS.

Associando esta trajetória às regras de representação internas (eixo 2), os conselheiros das entidades municipais tendem a ter *autonomia* em sua atuação no CMS-RJ, o que se demonstra pela distribuição de posturas de representação no grupo: 4 tipos autonomia, 3 tipos mandato-autonomia e apenas 1 tipo mandato.

Por sua vez, nos conselhos distritais de saúde, as regras de elegibilidade do eixo 1 configuram uma sequência “*Não-eleitoral*”/“*Eleitoral*”. Isto indica que os órgãos têm assento vitalício no CMS-RJ e escolhem seus representantes municipais através de eleições que envolvem os membros do segmento dos usuários nas respectivas áreas de planejamento da cidade.

Isto se associa, no eixo 2, a um padrão de regras de representação que incentiva relações sólidas entre conselheiros e instâncias distritais, além de aproximar o conjunto de conselheiros do grupo em reuniões interdistritais, conformando uma forte tendência para a representação do tipo *mandato*, ou seja, pautada pelos interesses dos usuários definidos nas esferas distritais. No quadro 8, a composição das posturas de representação destes atores explicita tal tendência: 7 tipos mandato, 2 tipos mandato-autonomia e somente 1 tipo autonomia.

Neste contexto, é possível sugerir que os representantes dos CDS tendem a ter uma participação mais representativa dos interesses dos usuários do SUS em comparação aos conselheiros das entidades municipais. Isto será testado no capítulo seguinte, que analisa a influência da configuração representativa do CMS-RJ na atuação dos conselheiros dos usuários no órgão e, assim, almeja atingir o objetivo geral do estudo.

Capítulo V – Relações entre Representação e Participação no segmento dos usuários do CMS-RJ

Partindo da situação específica da representação dos usuários na formação 2012-2015 do CMS-RJ, conhecida através do detalhamento da configuração representativa, este capítulo inicia-se pela caracterização da participação dos conselheiros do segmento nas reuniões plenárias do órgão. Isto está vinculado ao cumprimento do objetivo específico III do estudo, que *é analisar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no processo decisório do CMS-RJ no período entre 2013 e 2014, considerando as posturas de representação por eles adotadas.*

A tarefa foi desenvolvida com base no acompanhamento de tais reuniões, por meio do exame de suas atas e da aplicação da Observação Participante (orientada pelo roteiro apresentado no anexo III) a partir de maio de 2014. No intervalo coberto pelo estudo, foram realizadas 24 reuniões ordinárias e 3 reuniões extraordinárias, cujo acompanhamento resultou na produção de um extenso material que, por sua vez, foi analisado mediante a exploração das pautas de discussões do CMS-RJ.

V.I) Pautas das reuniões do CMS-RJ: ponto de partida para a análise da participação

A opção adotada para analisar a atuação dos conselheiros dos usuários envolveu, primeiramente, caracterizar as pautas das reuniões do CMS-RJ. A organização destas pautas segue uma sequência que se reproduz em todas as reuniões ordinárias, incluindo as seguintes etapas: (i) apreciação da pauta da reunião; (ii) deliberação de atas de reuniões anteriores; (iii) deliberação de processos administrativos relativos à gestão de programas, ações e serviços municipais de saúde; (iv) apresentações sobre patologias específicas ou situações e ações de saúde que afetam a população; (v) apresentações (e, ocasionalmente, votações) de instrumentos oficiais de gestão da SMS-RJ; (vi) esclarecimentos da SMS-RJ; (vii) indicações de membros do colegiado para fóruns externos ligados à atividade conselheira; (viii) seleção de conselheiros para comissões internas; (ix) informes da comissão executiva; (x) informes das comissões temáticas; (xi) informes dos conselheiros.

Ao longo do período do estudo, as discussões dos três primeiros itens transcorreram de forma pouco conflituosa, resultando em aprovações consensuais das matérias. Neste ponto, destaca-se o reduzido nível de interferência da plenária do CMS-RJ na deliberação dos processos administrativos que tratam do credenciamento, descredenciamento e habilitação de projetos, programas e serviços de saúde na cidade (etapa iii descrita acima). Embora importante para a condução das políticas do setor, a apreciação de tais processos pelo conselho figura como uma das últimas fases de seu trâmite burocrático. Antes disso, eles são elaborados pelos setores responsáveis da SMS-RJ, aprovados pelos conselhos distritais das áreas de planejamento para onde se destinam as ações e ainda examinados pela Comissão Executiva do CMS-RJ.

Desta forma, as possibilidades de deliberação dos processos administrativos pela plenária do colegiado são diminuídas, o que desestimula uma participação ativa dos conselheiros e relega o CMS-RJ a assumir um papel mais formal neste quesito. Ainda que esta posição coadjuvante tenha motivado questionamentos por parte de alguns representantes dos trabalhadores e dos usuários, os processos são frequentemente aprovados no CMS-RJ sem grandes conflitos, sob a justificativa – muitas vezes ressaltada pela mesa organizadora das reuniões – de que já percorreram adequadamente seu caminho burocrático nas instâncias de participação do SUS, com destaque para a aprovação nos conselhos distritais.

Sem questionar a validade e a legitimidade desta prática, sobretudo considerando a complexidade administrativa necessária para uma cidade com população superior a seis milhões de habitantes e disparidades regionais flagrantes, é difícil negar que ocorra um deslocamento de poder decisório nas ações municipais de saúde para os conselhos distritais. Aliás, o teor dos conflitos relacionados à questão no âmbito do CMS-RJ expõe uma disputa pela capacidade de influenciar os rumos das políticas de saúde envolvendo atores do CMS-RJ e aqueles que também participam das instâncias distritais.

Os pontos de pauta relacionados à indicação de conselheiros para atividades externas (etapa vii das reuniões do CMS-RJ, conforme descrito anteriormente) e à seleção de conselheiros para compor comissões internas (etapa viii) também motivaram decisões consensuais, mesmo porque poucos atores se voluntariam para participar dos eventos e comissões. Contudo, desperta atenção o fato de a grande maioria dessas posições terem sido ocupadas por representantes dos conselhos distritais, sobretudo nas situações de representação do CMS-RJ em fóruns externos.

Outro ponto de pauta que não tem incentivado discussões proveitosas ou mesmo a transmissão de informações consistentes é o dedicado aos informes das comissões temáticas do CMS-RJ, cujas atividades envolvem o desenvolvimento de debates e propostas para assuntos específicos de interesse do órgão. Atualmente, existem nove grupos de trabalho, nomeados como comissões de: Saúde; Saúde do trabalhador; Orçamento e Finanças; Educação permanente; Raças, Gêneros e Etnias; Ética e Regimento; Acompanhamento de eventos de massa; Saúde mental; e Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Apesar da obrigatoriedade da participação dos conselheiros nessas comissões, indicada no Regimento Interno do CMS-RJ, a observação do cotidiano de funcionamento do conselho revela que tais grupos têm atividade muito limitada. Nas reuniões acompanhadas, apenas três comissões informaram com certa regularidade o andamento de seus encontros sendo que, muitas vezes, os relatos descreveram as permanentes dificuldades enfrentadas para reunir os participantes.

No que se refere à última etapa das reuniões do CMS-RJ (informes dos conselheiros), observou-se que a atuação dos atores se manifesta de maneira essencialmente expositiva, até mesmo pela natureza deste ponto de pauta. Mesmo assim, este momento é bastante utilizado

pelos conselheiros – inclusive dos usuários – para divulgar as ações de suas entidades, vocalizar as demandas dos grupos representados e tecer comentários e críticas sobre as políticas municipais de saúde e o funcionamento dos serviços do SUS.

Neste contexto, os pontos de pauta do CMS-RJ que efetivamente despertam debates mais acalorados – e, por isso, são destacadas como etapas centrais das reuniões colegiadas – são: (i) apresentações sobre patologias específicas ou situações e ações de saúde que afetam a população; (ii) esclarecimentos da SMS-RJ; e, principalmente, (iii) apresentações de instrumentos oficiais de gestão da SMS-RJ. Estes pontos de pauta absorvem parcela significativa do tempo das reuniões e representam o momento em que os conselheiros dos diferentes segmentos mais projetam suas opiniões e interagem entre si, expondo assim suas divergências e alianças.

Considerando que a Comissão Executiva do CMS-RJ – que tem composição paritária e, assim, quatro representantes dos usuários – é a responsável por elaborar os temas das plenárias, uma avaliação substancial da capacidade dos conselheiros estabelecerem pautas demandaria um acompanhamento das reuniões desta comissão. Embora isto não tenha sido realizado no presente estudo, é inegável que a imensa maioria das apresentações relativas às três etapas centrais foi organizada por membros da SMS-RJ (alguns também conselheiros). Nas 27 reuniões acompanhadas em 2013 e 2014, isto ocorreu em 31 das 38 apresentações que compuseram os principais pontos de pauta.

Estas 31 apresentações expuseram um conteúdo bastante informativo e relevante para as finalidades do CMS-RJ, porém centrado nos aspectos técnicos, administrativos e operacionais das políticas do setor. Dentre elas, se destacaram as 11 exposições de instrumentos de gestão da SMS-RJ (como planos e programações de setores da Secretaria, diretrizes orçamentárias, prestação de contas e relatórios de gestão). Destas, apenas 5 envolveram votações do colegiado, que, por sua vez, tiveram sempre a aprovação como desfecho, com raros posicionamentos em oposição e nenhum voto contrário de representantes dos usuários. As demais apresentações foram 6 esclarecimentos de membros da SMS-RJ e 14 apresentações sobre patologias ou situações e ações de saúde que afetam a população.

Em virtude do volume e da importância dessas apresentações, constatou-se certa liderança do segmento dos gestores na condução das pautas do conselho. Entretanto, não é possível atribuir *a priori* uma interpretação negativa desta situação, pois, em última instância, tais temas estão intimamente vinculados à elaboração de políticas que atendem a população usuária do SUS no município.

Por outro lado, apenas 3 das 38 apresentações destacadas foram diretamente conduzidas por conselheiros dos usuários. Fora isso, a atuação dos representantes do segmento no sentido de estabelecer pautas ocorreu em conjunto com os demais atores, nas reuniões da Comissão

Executiva. Outras 3 apresentações foram realizadas por membros de entidades que não integram atualmente o CMS-RJ e uma conduzida por integrantes da Comissão de Educação permanente.

Também é importante mencionar que o CMS-RJ produz poucas ações oficiais dos tipos moções, recomendações e resoluções. Nas reuniões de 2013 e 2014, foram identificadas apenas cinco moções de apoio resultantes de propostas os conselheiros, sendo duas atribuídas aos usuários.

Diante do cenário exposto pela caracterização dos pontos de pauta que compõem as reuniões do CMS-RJ, considera-se que os momentos que oferecem maiores oportunidades para os conselheiros participarem do processo decisório das políticas de saúde ambientado no órgão concentram-se nas três etapas centrais das reuniões acima mencionadas. Por isso, elas serão valorizadas na elaboração do tópico seguinte.

V.II) Atuação dos usuários nas reuniões plenárias do CMS-RJ

A análise da atuação dos conselheiros titulares dos usuários centrou-se nos seguintes pontos de pauta das reuniões do CMS-RJ: (i) apresentações sobre patologias específicas ou situações e ações de saúde que afetam a população; (ii) esclarecimentos da SMS-RJ; e, principalmente, (iii) apresentações de instrumentos oficiais de gestão da SMS-RJ. Com base na observação das reuniões plenárias realizadas para os fins desta pesquisa, estas etapas traduzem a atividade deliberativa do conselho, da qual participam os representantes dos usuários.

Como 31 das 38 apresentações destas etapas foram realizadas por gestores da área de saúde (alguns também conselheiros), a análise desenvolvida reflete, essencialmente, as posições dos representantes dos usuários nas discussões de pautas estabelecidas pela SMS-RJ. Mesmo assim, foram contempladas as participações nas outras 7 apresentações sobre patologias ou situações e ações de saúde conduzidas por outros atores que não os gestores.

A atuação dos conselheiros nas 5 votações de instrumentos de gestão ocorridas nas reuniões acompanhadas não careceram de avaliações minuciosas, pois todos votaram pela aprovação das matérias em tais ocasiões.

Além disso, decidiu-se considerar a atuação na etapa de informes dos conselheiros. Isto porque, apesar de não incentivarem deliberações consistentes, os informes foram utilizados pelos usuários para exercer sua participação e representação, sobretudo no sentido de vocalizar os interesses de suas entidades e reivindicar adequadas condições assistenciais no SUS.

Análise da atuação dos conselheiros dos usuários no CMS-RJ

Para embasar a análise dos conselheiros dos usuários, considera-se que o principal aspecto da participação dos atores relaciona-se à capacidade de integrar as deliberações envolvidas no processo decisório das políticas de saúde, o que será aqui denominado *força da atuação*. Este é o parâmetro central adotado para as finalidades desta análise.

Os critérios utilizados para definir a *força de atuação* dos representantes dos usuários nas plenárias do CMS-RJ permitiram graduar a intensidade desta atuação e expressá-la através dos símbolos (+), (++) , (+++) e (++++).

Então, considera-se que a atuação de nível (+) corresponde ao simples acompanhamento das reuniões e participação restrita às eventuais votações dos pontos de pauta centrais, sem produzir quaisquer argumentações nos debates relativos às políticas de saúde nem praticar informes proveitosos para o funcionamento do CMS-RJ. Além disso, este nível de atuação se caracteriza pela baixa assiduidade nas plenárias do conselho.

O nível (++) diz respeito à atuação que, além do acompanhamento das reuniões e do exercício do voto, envolve a realização de informes relevantes para as atividades do CMS-RJ e participações nas deliberações sobre as políticas de saúde de forma esporádica, sem contemplar os debates sobre os instrumentos de gestão municipal do SUS.

Já a atuação de intensidade (+++) é caracterizada pelo desempenho de intervenções mais consistentes e frequentes nos debates travados nas etapas centrais das reuniões do CMS-RJ, mas com atuação irregular nas deliberações sobre os instrumentos de gestão das políticas de saúde.

Por fim, a intensidade (++++) retrata a atuação dos conselheiros que participam das votações, praticam informes relevantes para as finalidades do conselho e atuam, com intervenções consistentes e constantes, nas deliberações relativas às políticas municipais de saúde, inclusive as associadas aos instrumentos de gestão da SMS-RJ.

Com a aplicação de tais critérios foi possível analisar a atuação dos 18 atores envolvidos na pesquisa, classificando-os quanto à força de atuação em um dos níveis mencionados.

Além disso, pensando em enriquecer tais análises, buscou-se definir o *perfil da atuação* dos conselheiros, com base nas atitudes por eles desempenhadas para participar do CMS-RJ. O acompanhamento das reuniões do órgão permitiu a identificação das seguintes práticas de participação: (i) exercício do voto nas deliberações do conselho; (ii) busca por informações sobre o funcionamento da rede assistencial de saúde; (iii) vocalização dos interesses dos grupos representados pela entidades; (iv) reivindicação direta de melhorias nas ações e serviços do SUS; (v) avaliações (e críticas) relativas à condução das políticas de saúde pela SMS-RJ; e (vi) proposições de medidas para qualificar essas políticas.

Partindo da descrição de cada uma das práticas acima mencionadas, foram estabelecidos alguns *perfis da atuação* designados, respectivamente, como: (i) votante; (ii) informativo; (iii) vocalizador; (iv) reivindicativo; (v) avaliativo e (vi) propositivo. Ainda que tais práticas sejam combinadas (de diferentes formas e medidas) pelos conselheiros no exercício de suas funções, uma delas foi identificada como traço distintivo da participação de cada um dos atores, fundamentando a definição do *perfil da atuação* dos mesmos.

Portanto, a análise da participação dos conselheiros dos usuários nas reuniões do CMS-RJ contou com dois parâmetros: força da atuação e perfil da atuação. As próprias características desses parâmetros autorizam uma apropriada exposição dos resultados por meio do quadro 9.

Quadro 9. Atuação dos conselheiros dos usuários nas reuniões do CMS-RJ

Grupo	Entidade	Força da atuação	Perfil da atuação
Representantes das Entidades Municipais	ACADIM	++	Vocalizador
	Grupo Otimismo	+	Votante
	AMORVIT-RJ	++	Avaliativo
	AFDM	+	Votante
	ACD	++++	Reivindicativo
	FAFERJ	++	Vocalizador
	FAM-Rio	+	Votante
	IABC	+	Votante
Representantes dos Conselhos Distritais	CDS AP 1.0	++	Reivindicativo
	CDS AP 2.1	+++	Avaliativo
	CDS AP 2.2	++	Reivindicativo
	CDS AP 3.1	+++	Reivindicativo
	CDS AP 3.2	++	Informativo
	CDS AP 3.3	+++	Vocalizador
	CDS AP 4.0	++++	Avaliativo
	CDS AP 5.1	+++	Vocalizador
	CDS AP 5.2	++	Vocalizador
	CDS AP 5.3	++++	Reivindicativo

Elaboração do Autor a partir do acompanhamento das reuniões por Atas e Observação Participante

Ao iniciar a análise do quadro 9 considerando a atuação do conjunto de atores do segmento dos usuários (ou seja, sem enfatizar ainda a divisão em grupos de entidades) observa-se a seguinte distribuição no quesito força de atuação: 4 atores classificados com (+), 7 com (++) , 4 com (+++) e outros 3 (++++). Isto significa que 11 conselheiros não realizaram intervenções nos debates sobre os instrumentos de gestão das políticas municipais de saúde e apenas 3 o fizeram de maneira consistente e assídua. Outros 4 atores integraram as discussões centrais do conselho, com participação nas deliberações dos instrumentos de gestão mais pontual.

Como não é intensa a participação do conjunto dos usuários nas deliberações dos instrumentos de gestão da SMS-RJ, revelam-se certos limites da atuação do segmento no processo decisório das políticas de saúde ambientado no CMS-RJ.

Em relação ao perfil de atuação, prevaleceram os 5 casos descritos como “vocalizador” e outros 5 com a classificação “reivindicativo”, sinalizando que mais da metade dos conselheiros participam principalmente projetando os interesses das entidades e reivindicando melhorias nas ações e serviços do SUS. É possível compreender estes perfis como atitudes alinhadas com os anseios dos usuários, já que um aspecto relevante da atuação dos representantes do segmento nos conselhos de saúde, de fato, consiste em projetar as demandas dos grupos da população e pleitear a qualificação das condições assistenciais do SUS.

Efetivamente, o que se destaca na análise do quadro 9 são as diferenças entre os dois grupos de representantes dos usuários. A força da atuação traduz bem as disparidades entre eles:

enquanto nos representantes das associações municipais, com exceção do representante da ACD, todos foram classificados com (+) ou (++), no grupo dos conselhos distritais, 6 conselheiros atuaram nas reuniões do CMS-RJ com intensidades (+++) ou (+++++) e nenhum foi categorizado com força (+).

Isto indica que, no grupo das associações municipais, metade dos representantes participou das reuniões do CMS-RJ exclusivamente pelo exercício do voto; outros 3 conselheiros, apesar de terem atuado em alguns debates das pautas centrais, não intervieram nos instrumentos de gestão do SUS. Ao contrário, todos os representantes dos CDS praticaram informes e integraram as discussões dos temas centrais das reuniões, sendo que 6 atores do grupo participaram em algum momento das deliberações dos instrumentos de gestão da SMS-RJ (três destes de maneira consistente e assídua).

Por isso, merece ser realçado que, no plano interno dos usuários, os atores que participam de forma mais enfática e frequente das plenárias do CMS-RJ são, fundamentalmente, representantes dos conselhos distritais. Eles abrangem 6 dos 7 casos de atuação classificados com intensidades (+++) ou (++++).

Como os perfis de atuação “reivindicativo”, “vocalizador” e “avaliativo” caracterizam os 6 atores distritais mais atuantes, entende-se que as reivindicações por aprimoramentos no SUS, a projeção de demandas das entidades e as avaliações das atitudes de gestão da SMS-RJ traduzem a própria atuação dos usuários no conselho no período coberto pelo estudo.

Algumas constatações corroboram o protagonismo dos representantes dos CDS no contexto interno do segmento. Por exemplo, a quantidade total de intervenções destes atores nas apresentações centrais das reuniões do CMS-RJ foi quatro vezes superior àquelas dos conselheiros das entidades municipais. Além disso, o número total de informes praticados por eles em 2013 e 2014 somaram 63 informações relevantes às finalidades do CMS-RJ, comparadas com apenas 8 dos demais atores.

Outro quesito relevante para estudar a atuação dos usuários é a ocupação de cargos de maior poder decisório no CMS-RJ, como Presidente, Suplente do presidente e membro da Comissão Executiva. Considerando o conteúdo das regras de participação do conselho (descritas no tópico IV.II do Capítulo anterior), a ocupação destes cargos relaciona-se com maiores possibilidades para interferir nas pautas do órgão e na condução das plenárias.

No intervalo coberto pelo estudo, as duas formações da Comissão Executiva dispuseram 8 assentos para o segmento dos usuários. Seis deles foram ocupados por representantes de conselhos distritais (das APs 3.1; 3.2; 3.3; 5.1 e 5.3, por duas vezes) e somente dois por conselheiros das entidades municipais (da FAFERJ e da ACADIM).

No mesmo período também ocorreram duas eleições para substituto do Presidente do Conselho (cargo para o qual foi eleito o Secretário de Saúde). Nestes pleitos, foram selecionados, em votação plenária, dois representantes de conselhos distritais (das APs 5.1 e

5.3). Sendo assim, a ocupação dos cargos de maior poder decisório, além de confirmar a maior solidez da atuação dos atores provenientes dos CDS no plano do segmento dos usuários, revela a importância deles também no âmbito do conselho.

Enfim, a análise da atuação dos usuários nas deliberações do CMS-RJ confluía para identificar no grupo dos conselhos distritais os atores com participação mais intensa e significativa. Para progredir na compreensão desta participação, é necessário contemplar a formação das alianças e conflitos que envolvem os conselheiros dos usuários.

V. III) Alianças e conflitos relacionados aos usuários no CMS-RJ

O estudo das alianças e conflitos com foco na atuação dos conselheiros titulares dos usuários no processo decisório do CMS-RJ foi conduzida com base no acompanhamento das reuniões plenárias do órgão por meio de suas atas e da Observação Participante. Para tal, foram considerados os posicionamentos dos atores nas votações e debates destes encontros.

Além disso, foram utilizados dados provenientes das entrevistas com os conselheiros, que incluíram questões específicas sobre o tema (ver anexos I e II). Para organizar a exposição das informações, este tópico está dividido em duas partes que tratam das alianças e conflitos, respectivamente, no contexto interno e externo do segmento dos usuários.

Alianças e Conflitos Internos no segmento dos usuários

Conforme mencionado no tópico V.I, que descreveu os pontos de pauta do CMS-RJ, as votações realizadas nas reuniões colegiadas de 2013 e 2014 transcorreram de forma pouco conflituosa e resultaram sempre em aprovações das matérias, com raros posicionamentos em oposição, inclusive dos usuários. Entretanto, alguns conflitos internos foram observados no andamento das deliberações relacionadas a tais votações.

Isto ocorreu principalmente nas deliberações dos processos administrativos relativos à gestão de programas, ações e serviços municipais de saúde, incentivando embates pontuais opondo representantes dos CDS aos conselheiros das entidades municipais (mais especificamente, das associações de patologias). Como tais processos são encaminhados dos CDS para, tradicionalmente, serem aprovados na instância municipal, os motivos dos conflitos relacionaram-se às tentativas dos demais conselheiros de interferir neste andamento.

Nas demais etapas das reuniões, outros conflitos esporádicos envolveram membros dos dois grupos de usuários, mas não a ponto de caracterizar uma oposição interna no segmento, mesmo porque apenas um representante das entidades municipais participou de forma mais veemente – com força de atuação (+++++) – das discussões do CMS-RJ no intervalo do estudo.

De fato, o que se notabiliza nas relações internas dos usuários é a aliança entre os representantes dos conselhos distritais, firmada com a realização de reuniões interdistritais. Conforme ressaltado no capítulo anterior, quando foram caracterizadas as regras de

representação, estes encontros são organizados mensalmente, antes das plenárias do CMS-RJ, reunindo os 10 presidentes e representantes municipais dos CDS para elaborar e discutir pautas do CMS-RJ e para definir posições unificadas para as deliberações e votações do órgão.

Nas entrevistas, nove dos dez conselheiros deste grupo afirmaram que os acordos estabelecidos nas reuniões interdistritais exercem considerável influência na participação praticada no CMS-RJ, inclusive desdobrando-se na formação de um bloco de atores com atuação coesa. O trecho da entrevista do representante do CDS da AP 3.3 ilustra a importância de tais reuniões:

“Nós temos aqui a interdistrital né [...] Então, eu tento ali montar uma pauta única pra levar pro CMS, então a gente se articula, a gente conversa entre si [...] às vezes, você é voto vencido, mas quando chega na hora da reunião, você tem que seguir isso, né... a gente se reúne na plenária, por exemplo, numa votação importante, você é contra e eles ali se fecharam, então a gente vai no bloco, a gente vai no bloco [...] A gente tenta fechar porque são coisas que vão realmente tocar em cada um de nós... e lá na ponta, lá no conselho distrital, então, a gente tenta se reunir e votar em bloco. Isso realmente acontece”.

Por sua vez, as articulações entre os dois grupos dos usuários ocorrem de forma mais branda e episódica, habitualmente, nas ocasiões de votações de assuntos de grande relevância para os usuários e nas eleições para Presidência e Comissão Executiva do CMS-RJ. Ainda assim, essas alianças são configuradas após as pactuações das reuniões interdistritais. As entrevistas com os conselheiros das entidades municipais indicaram não haver articulações concretas neste grupo.

Sendo assim, a disposição das alianças e conflitos internos no segmento dos usuários endossa os achados da análise da atuação dos atores, indicando que os representantes dos CDS, além de participarem mais consistentemente das reuniões do CMS-RJ, o fazem de maneira coesa, formando um bloco de atuação para as deliberações e votações do órgão.

Alianças e Conflitos dos usuários com os demais segmentos

Os conflitos mais intensos e frequentes observados no processo decisório do CMS-RJ envolvem os segmentos dos trabalhadores e gestores. Eles são motivados pela veemente oposição dos trabalhadores ao modelo de gestão dos serviços de saúde por Organizações Sociais (OSs) empregado pela SMS-RJ, sobretudo no que tange à administração dos recursos humanos. Esta conjuntura corrobora os resultados obtidos no contexto nacional de CMS (MOREIRA, 2009), que apontam que a aproximação entre profissionais e gestores é orientada pelas condições de trabalho organizadas pelo Poder Público.

Enfocando a relação dos usuários com os outros segmentos, observou-se que a menor intensidade da participação dos representantes das entidades municipais nas deliberações do CMS-RJ se conjuga com atitudes mais neutras tanto na busca por articulações quanto na

manifestação de oposição. Esta constatação foi confirmada nas entrevistas, uma vez que apenas dois conselheiros indicaram existir aproximações com membros de outros segmentos, ainda assim, restritas às reuniões da Comissão Executiva do conselho.

Novamente, uma situação diferente se desenha para os representantes dos conselhos distritais. O acompanhamento das reuniões do CMS-RJ indicou que os atores contestam as condutas dos gestores da SMS-RJ no sentido de defender os interesses dos CDS, sobretudo no que se refere às condições assistenciais do SUS nas respectivas áreas programáticas. Contudo, tais atitudes não constituíram conflitos concretos, exceto nos casos dos representantes dos CDS das APs 2.1 e 4.0. Desta forma, foram as entrevistas que permitiram um entendimento mais conclusivo das interações entre os conselheiros distritais e os gestores.

Além de confirmar os conflitos dos representantes acima mencionados com os gestores, a análise do material das entrevistas revelou que os outros 8 conselheiros distritais buscam se articular a tal segmento para elaborar e debater as pautas do CMS-RJ. Eles também procuram firmar alianças com os gestores no intuito de perseguir os interesses dos usuários das respectivas regiões do município, com o foco em conquistar melhorias nos serviços do SUS. Uma passagem da entrevista com o conselheiro da AP 3.3 exemplifica este posicionamento:

“... hoje quem tá mais próximo dos conselheiros distritais são os gestores. Eu acho que a atitude dos gestores de se aproximar da gente tem sido muito positiva, até porque a gente consegue votar uma pauta legal, uma pauta única com todas as nossas diferenças.”

A propósito, outra situação ilustra as alianças no âmbito do CMS-RJ: no último pleito para a Presidência do conselho, o Secretário de Saúde foi eleito para o cargo com votação consistente do segmento dos usuários e oposição do segmento dos trabalhadores.

Considerando o cenário de articulações e rivalidades entre os segmentos no CMS-RJ, a observação das reuniões do órgão revelou conflitos entre alguns conselheiros distritais e membros do segmento dos trabalhadores. O tema que disparou tais conflitos foi também o modelo de gestão adotado pela SMS-RJ, especificamente, seus desdobramentos na organização da rede assistencial do SUS. Isto é, enquanto a oposição dos trabalhadores à gestão da Saúde municipal por OSs mostrou-se persistente, a posição dos usuários em relação ao modelo demonstrou preocupações com os efeitos práticos na oferta de serviços de saúde.

É fundamental destacar que, de acordo os relatos dos entrevistados, o segmento dos usuários se posicionou de forma contrária à reformulação administrativa pelas OSs, mas a própria premência das demandas dos usuários do SUS incorpora outras responsabilidades na atuação destes conselheiros. Esta situação é exemplificada pelos trechos de entrevista abaixo destacados, referentes aos representantes da AP 4.0 e da AP 3.1, respectivamente:

“Votamos contra. As OSs não foi nem no conselho, foi na última conferência municipal... se votou contra a adoção das OSs! Mas acontece o seguinte: as OSS foram aprovadas na câmara de vereadores!”

“Se a câmara aprovar do modo do governo, a culpa não é nossa, nós tentamos, tentamos o máximo e botamos a cara, vamos no gabinete, vamos no prefeito [...] Agora, se a câmara aprovou qual o nosso papel? É compartilhar, é fiscalizarmos o serviço, é fiscalizarmos a contratação, os contratos, as verbas, isso tudo passa na nossa mão! A gente, quando uma OSs recebe para desenvolver um trabalho em uma área, tudo isso está dentro do nosso planejamento de aprovação.”

Os exemplos do posicionamento dos conselheiros dos usuários neste assunto central da gestão das políticas de saúde sugerem que eles não assumem uma postura *veto player* em relação às propostas da SMS-RJ porque pautam sua atuação pelos interesses de seus representados. Isto ocorre de forma mais expressiva nos representantes dos conselhos distritais, pois, como visto neste trabalho, estabelecem relações de representação sólidas com os órgãos, além de orientar sua atuação pelas alianças interdistritais.

Uma vez descritas as alianças e conflitos que envolvem os usuários no CMS-RJ, o quadro 10 sintetiza as informações apresentadas neste tópico:

Quadro 10. Alianças e Conflitos envolvendo os usuários no CMS-RJ

Segmento	Representantes de entidades municipais	Representantes dos CDS
Usuários	Fracas articulações entre representantes do próprio grupo; alianças com representantes dos CDS restritas às votações principais e eleições do CMS-RJ	Forte articulação em reuniões interdistritais, formando um grupo coeso de atuação; liderança nas alianças com conselheiros de entidades municipais
Trabalhadores	Alianças e conflitos pouco expressivos	Conflitos centrados nos posicionamentos diante do modelo de gestão da SMS-RJ
Gestores	Alianças e conflitos pouco expressivos	Alianças com gestores para representar os interesses dos usuários das APs

Elaboração do Autor a partir da Observação Participante e das entrevistas com os conselheiros

Articulando as informações do quadro 10 aos resultados da análise da atuação dos usuários no processo decisório do CMS-RJ em 2013 e 2014 (sintetizadas no quadro 9), conclui-se que a participação dos representantes dos CDS é proeminente no plano interno do segmento e importante no âmbito geral do conselho.

Neste contexto, a participação expressiva destes representantes, a atuação em bloco nas deliberações e votações do conselho e as alianças com os gestores (firmadas no intuito de representar os interesses dos usuários do SUS) tendem a aumentar suas possibilidades de influenciarem a condução das políticas de saúde. Embora as relações entre participação e efetividade para nortear as decisões no SUS não esteja no escopo desta dissertação, o tema mostra-se relevante para futuras pesquisas.

Mantendo o foco no desenvolvimento do tema deste trabalho, o próximo tópico encadeia os resultados apresentados até agora no Capítulo V aos achados do Capítulo IV de modo a iniciar o delineamento das relações Representação-Participação no segmento dos usuários do CMS-RJ.

V.IV) Relações entre Representação e Participação nos usuários do CMS-RJ

Considerando que os dados que permitem relacionar Representação e Participação no segmento dos usuários já foram detalhados em outras partes do estudo, apresenta-se diretamente o quadro 11 para desenvolver o assunto através da análise do mesmo.

Quadro 11. Relações Representação-Participação nos conselheiros dos usuários

Grupo	Entidade	Postura de representação	Força da atuação	Perfil da atuação
Representantes das Entidades Municipais	ACADIM	Autonomia	++	Vocalizador
	Grupo Otimismo	Autonomia	+	Votante
	AMORVIT-RJ	Autonomia	++	Avaliativo
	AFDM	Autonomia	+	Votante
	ACD	Mandato-autonomia	++++	Reivindicativo
	FAFERJ	Mandato-autonomia	++	Vocalizador
	FAM-Rio	Mandato	+	Votante
	IABC	Mandato-autonomia	+	Votante
Representantes dos Conselhos Distritais	CDS AP 1.0	Mandato	++	Reivindicativo
	CDS AP 2.1	Autonomia	+++	Avaliativo
	CDS AP 2.2	Mandato	++	Reivindicativo
	CDS AP 3.1	Mandato	+++	Reivindicativo
	CDS AP 3.2	Mandato	++	Informativo
	CDS AP 3.3	Mandato	+++	Vocalizador
	CDS AP 4.0	Mandato-autonomia	++++	Avaliativo
	CDS AP 5.1	Mandato-autonomia	+++	Vocalizador
	CDS AP 5.2	Mandato	++	Vocalizador
	CDS AP 5.3	Mandato	++++	Reivindicativo

Elaboração do Autor

O quadro 11 aponta que a correlação entre as posturas de representação e o perfil de atuação dos conselheiros respalda o modelo analítico adotado nesta dissertação, pois as características das posturas condizem com as práticas de participação indicadas pelos perfis.

Por exemplo, 6 dos 8 casos classificados como mandato assumiram os perfis de atuação “reivindicativo” ou “vocalizador”, que se alinham à característica central deste tipo de representação, ou seja, o estabelecimento de relações estreitas entre representantes e as bases. Isto significa que os conselheiros que se reúnem com suas entidades tendem a participar do CMS-RJ principalmente reivindicando ações de saúde e vocalizando os interesses dos grupos representados.

Nos 5 conselheiros com postura autonomia ocorre igualmente tal associação, pois 4 deles tiveram perfis de atuação “votante” ou “avaliativo”. Isto é interpretado da seguinte forma: atores que não firmam relações de representação sólidas com suas entidades participam do CMS-RJ sob a influência de seus próprios julgamentos, manifestando-os apenas através do voto (sem envolvimento nos debates das reuniões) ou mediante avaliações e críticas à gestão da SMS-RJ.

Já os perfis de atuação dos 5 representantes mandato-autonomia mostraram-se variados a ponto de impedir uma associação nestes casos. Esta situação também pode ser relacionada às características da postura, uma vez que sua efetivação demanda um extenso conjunto de práticas de representação e participação e, portanto, maior diversidade nos perfis de atuação.

Examinando no quadro 11 as combinações entre as posturas de representação e a força da atuação, verifica-se que a postura mandato-autonomia se relaciona com participação razoavelmente forte porque 3 dos 5 casos tiveram força da atuação (+++) ou (++++) . Isto reafirma o modelo teórico aqui empregado, pois posturas deste tipo legitimam a representação de modo a conferir condições para uma atuação mais consistente dos conselheiros.

Os conselheiros com posturas mandato concentraram sua atuação em uma faixa média/superior da escala de força adotada, sendo que 4 atores foram classificados com (++) e 3 com (+++) ou (++++) . Por sua vez, os 5 casos com representação autonomia resultaram em participação de menor intensidade, visto que 4 conselheiros tiveram a força de atuação (+) ou (++) . A maior força da atuação das posturas mandato em relação às do tipo autonomia também corrobora as ideias desta dissertação, já as relações entre conselheiros e entidades são entendidas como imprescindíveis para concretizar a representação.

Diante disso, o quadro 11 permite uma visualização das relações Representação-Participação nos 18 conselheiros dos usuários no CMS-RJ, indicando:

(i) Na coluna “Postura de Representação”, como são representados os interesses dos usuários do SUS, sendo as posturas *mandato* influenciadas *preponderantemente* pelos interesses das entidades; as posturas *autonomia* orientadas *majoritariamente* pelas visões dos conselheiros sobre as demandas de seus representados e dos usuários do SUS; e o tipo *mandato-autonomia* atrelado à representação dos interesses das entidades em articulação com a concretização do direito universal à saúde.

(ii) Na coluna “Força da atuação”, com que intensidade a representação se concretiza através da participação dos conselheiros nas reuniões do CMS-RJ.

(iii) Na coluna “Perfil da atuação”, qual prática de participação simboliza a atuação dos conselheiros nas reuniões do CMS-RJ.

Isto posto, para avançar na análise das relações Representação-Participação, é necessário contemplá-las no contexto dos grupos de representantes dos usuários no CMS-RJ. A divisão do segmento em dois grupos foi sendo confirmada ao longo da elaboração do estudo, primeiramente através da caracterização da “configuração representativa” e, em seguida, com a análise da atuação e do arranjo das alianças e conflitos envolvendo os conselheiros.

Representação e Participação nos grupos de representantes dos usuários

Neste contexto, recuperando os achados finais do Capítulo IV, considera-se que a representação das entidades municipais é influenciada pela tendência autonomia, enquanto os conselhos distritais estão vinculados marcadamente à tendência mandato de representação.

Isto também fica claro com a observação do quadro 11, que permite ainda relacionar as tendências de representação à força da atuação dos representantes. A tendência autonomia das entidades municipais relaciona-se com atuação de fraca intensidade, classificada como (+)/(++) porque 7 dos 8 atores do grupo foram assim categorizados. Já a tendência mandato dos conselhos distritais associa-se com atuação de forte intensidade (+++)/(++++), pois 6 conselheiros do grupo foram classificados com estes níveis de participação e nenhum ator foi caracterizado com o nível mínimo (+).

Estes arranjos são sintetizados no quadro 12, que também inclui informações sobre alianças e conflitos para contribuir na compreensão das relações entre representação e participação nos grupos dos usuários.

Quadro 12. Relações Representação-Participação nos grupos dos usuários

Grupo de representantes dos usuários	Tendência Mandato-Autonomia	Alianças e Conflitos	Força de atuação
Conselhos Distritais	Mandato	Fortes alianças entre os CDS e articulações com gestores	(+++)/(++++)
Entidades Municipais	Autonomia	Alianças e conflitos pouco expressivos	(+)/(++)

Elaboração do Autor

O quadro 12 indica que a proeminência da participação dos representantes dos conselhos distritais no CMS-RJ (força de atuação +++/++++), a formação alianças neste grupo e as articulações com os gestores determinam uma consistente representação dos interesses dos usuários das áreas de planejamento do município, sustentada pela tendência mandato. Deste modo, a representação destes interesses se sobressai no contexto do segmento dos usuários.

Neste cenário, o protagonismo de tais conselheiros vincula-se a capacidade de articulação em torno dos interesses que permeiam a atuação do conjunto de CDS, fundamentalmente estabelecida nas reuniões interdistritais. Além disso, a participação destes atores nos conselhos distritais os insere no circuito de instâncias que deliberam as políticas de saúde antes mesmo de ingressarem no CMS-RJ. Isto reflete uma vantagem em relação aos demais conselheiros dos usuários, sobretudo em razão da familiarização com o funcionamento político-institucional do SUS e da proximidade dos assuntos debatidos nos CDS com a agenda do conselho municipal.

Por sua vez, no grupo das entidades municipais, a ausência de uma questão comum capaz de articular seus diferentes interesses acaba por limitar a formação de alianças, inclusive entre os conselheiros do próprio grupo. Isto, em associação com a participação mais tímida nas

reuniões do CMS-RJ (força de atuação +/++), restringe a representação de tendência autonomia efetuada por tais atores.

Partindo destes conhecimentos sobre as relações entre representação e participação nos conselheiros dos usuários do CMS-RJ, pretende-se concluir este capítulo retomando os eixos da configuração representativa do conselho para detalhar sua influência na atuação de tais atores.

V.V) A influência da configuração representativa na atuação dos usuários no CMS-RJ

Este tópico, portanto, destina-se ao desenvolvimento do objetivo específico IV do estudo, que é *relacionar a atuação dos conselheiros titulares dos usuários no CMS-RJ às regras de elegibilidade e participação aplicadas ao segmento e às regras de representação das entidades que o integram; isto é, correlacionar os achados do OE III com as informações apuradas em OE I e OE II.*

Com isso, chega-se também ao objetivo geral da dissertação: *analisar a influência da “configuração representativa” do CMS-RJ na atuação dos conselheiros titulares que representaram o segmento dos usuários no período entre 2013 e 2014.*

Neste sentido, o quadro 13 resume os achados desta pesquisa, articulando em suas colunas os aspectos principais dos eixos 1 e 2 da configuração representativa do CMS-RJ com as características centrais da atuação dos conselheiros dos usuários. A coluna mais à direita deste quadro “Atuação: Representação-Participação” sintetiza a influência da configuração representativa na atuação dos conselheiros, sustentando que quando exercem esta função, ao mesmo tempo, participam do CMS-RJ e representam os usuários municipais do SUS.

Quadro 13. Influência da Configuração Representativa do CMS-RJ na atuação dos usuários

Grupo	Eixo 1: Regras de elegibilidade CMS-RJ	Eixo 1: Regras de elegibilidade entidades	Eixo 2: Regras de Representação	Força da Atuação	Alianças e Conflitos	Atuação: Representação-Participação
Conselhos Distritais	Tipo “Não-eleitoral”: Assento vitalício para todos os 10 CDS	Tipo “Eleitoral”: Eleição do conselheiro municipal entre os usuários dos CDS	Reuniões mensais com assuntos vinculados ao SUS e à agenda do CMS-RJ; aproximação representante-CDS; reuniões interdistritais: Tendência Mandato	(+++ /++++) Ocupação preferencial de cargos de destaque no CMS-RJ	Alianças fortes nas reuniões interdistritais; Articulações com gestores para buscar a concretização das demandas dos usuários	Destaque na participação no segmento dos usuários, hegemonizando a representação de interesses dos usuários das APs; Relevância na dinâmica interna do CMS-RJ
Entidades Municipais	Tipo “Eleitoral”: Eleição de 10 entidades nas Conferências Municipais de Saúde	Tipo “Não-eleitoral”: Indicação do conselheiro pela diretoria/ presidência das entidades	Reuniões envolvem poucos debates sobre o CMS-RJ; raras regras e práticas de representação para o conselho; distanciamento conselheiro- entidade: Tendência Autonomia	(+/++)	Alianças com os usuários restritas às votações centrais e eleições do CMS-RJ; Alianças e conflitos pouco expressivos com os demais segmentos	Participação secundária no segmento dos usuários, com restrições na representação das entidades; Papel discreto na dinâmica interna do CMS-RJ

Elaboração do Autor

O quadro 13 demonstra nas colunas relacionadas ao “Eixo 1” que a disposição das regras de elegibilidade do CMS-RJ e das entidades determina duas trajetórias diferentes para a seleção dos representantes dos usuários, definindo uma divisão do segmento em entidades municipais e conselhos distritais de saúde. O caminho “*Eleitoral*”/“*Não-eleitoral*” das entidades municipais envolve um filtro “eleitoral” caracterizado por certa fragilidade e uma etapa final na qual os conselheiros são indicados pelas cúpulas das entidades. Este caminho revelou-se pouco proveitoso para estabelecer relações iniciais entre as entidades e seus conselheiros.

Por sua vez, a combinação de regras de elegibilidade “*Não-eleitoral*”/“*Eleitoral*” dos conselhos distritais institui assentos vitalícios para os órgãos no CMS-RJ, sendo seus representantes municipais eleitos entre os membros do segmento dos usuários das instituições. Este arranjo possibilita uma aproximação inicial entre tais representantes e os conselhos distritais, em especial, com os conselheiros dos usuários.

A coluna do quadro 13 referente ao “Eixo 2” confirma as disparidades entre os dois grupos de representantes dos usuários. Nas entidades municipais, as regras de representação são frágeis para firmar relações entre instituições e conselheiros e para incentivar práticas de representação especificamente voltadas para o CMS-RJ. Por sua vez, os CDS contam com regras de representação assertivas para definir uma rotina de plenárias com debates vinculados ao SUS e práticas de representação no CMS-RJ, que asseguram relações sólidas entre os órgãos e seus representantes municipais. Além disso, tais regras orientam a realização de reuniões interdistritais, que promovem a articulação dos interesses dos usuários originados nos conselhos das dez áreas programáticas da cidade.

A articulação entre os eixos 1 e 2 da configuração representativa do CMS-RJ em cada um dos grupos dos usuários conflui para um desfecho que sela as diferenças no segmento: a representação dos conselheiros das entidades municipais é caracterizada pela *tendência autonomia*, enquanto a atuação dos representantes dos CDS é marcada pela *tendência mandato* de representação.

Ainda analisando o quadro 13, estes desfechos na dimensão da Representação são correlacionados à dimensão da Participação através da coluna “Força da Atuação”. Constatase que a representação do tipo mandato dos conselheiros distritais resulta em uma atuação de forte intensidade (+++/++++) nas reuniões do CMS-RJ, o que é corroborado pela ocupação de cargos de maior poder decisório no órgão (postos na Comissão Executiva e Substituto do Presidente).

Por sua vez, as posturas de representação influenciadas pela tendência autonomia dos conselheiros das entidades municipais traduziram-se em uma participação mais tênue nas reuniões do conselho, classificada pela força de atuação (+/++). Outros achados da pesquisa confirmam esta condição: duas entidades foram excluídas do estudo pela ausência permanente dos representantes nas reuniões do CMS-RJ; alguns conselheiros do grupo tiveram frequência

irregular nesses encontros e dois atores classificados com força de atuação (++) tiveram participação concentrada no ano de 2013.

A coluna “Alianças e Conflitos” do quadro 13 comprova o destaque da atuação dos representantes dos CDS, pois eles se articulam de forma efetiva nas reuniões interdistritais tanto para debater e formular pautas do CMS-RJ como para estabelecer uma posição em bloco para as deliberações e votações do órgão. Este cenário se projeta para o âmbito do conselho, uma vez que os conselheiros distritais (ao menos, sua grande maioria) se articula com o segmento dos gestores para elaborar propostas para o órgão e firmar alianças no sentido de concretizar a representação dos usuários do SUS. Por outro lado, as alianças e conflitos relativos aos demais conselheiros dos usuários mostraram-se de pouca expressão.

Tais alianças parecem apresentar um traço peculiar: a lógica da representação dos usuários por distritos do município alinha-se com a lógica de desenvolvimento e organização das políticas de saúde adotada pela SMS-RJ, pautada pela distritalização dos serviços com enfoque na Atenção Primária. Isto não ocorre com os conselheiros de entidades municipais, pois a natureza dos objetivos dessas instituições incentiva uma representação orientada para grupos de patologias ou para recortes populacionais específicos.

Pelos achados desta pesquisa sobre as relações entre Representação e Participação, revela-se o protagonismo dos conselheiros distritais no plano interno do segmento dos usuários e sua importância na atuação do CMS-RJ no intervalo 2013-2014. Isto significa que neste órgão os interesses dos usuários do SUS estabelecidos nos conselhos distritais de saúde do município são representados de maneira substancial. No mesmo período, a representação dos usuários pela atuação dos conselheiros das entidades municipais assumiu um papel secundário. Este cenário é sinteticamente exposto na coluna final do quadro 13.

Considerando a proeminência dos atores distritais e suas características de atuação, é possível indicar que segmento dos usuários do CMS-RJ não assume uma postura *veto player* em relação às políticas elaboradas pela SMS-RJ, conforme apontado no raciocínio hipotético da dissertação. Isto é, o grupo protagonista de representantes dos usuários não se articula através do veto, mas com base nos interesses constituídos no âmbito dos conselhos distritais e nas pactuações das reuniões interdistritais.

Comparando esta constatação aos resultados da pesquisa nacional sobre os CMS (MOREIRA; ESCOREL, 2009), o fato de os conselheiros dos usuários não adotarem a postura *veto player* em relação aos gestores não confronta o modelo desenvolvido por estes autores. Na verdade, os achados aqui apresentados confirmam este modelo, pois na medida em que os usuários do CMS-RJ não vetam sistematicamente as propostas da SMS-RJ, os gestores não reagem com práticas autoritárias no sentido de privar o órgão de recursos necessários ao seu funcionamento. Isto se revela na posição do conselho do Rio de Janeiro dentre aqueles com melhores condições de desempenho, segundo dados de tal pesquisa nacional.

Por fim, constatou-se neste estudo a influência da Configuração Representativa na atuação dos conselheiros dos usuários na formação 2012-2015 do CMS-RJ, na medida em que motiva características distintas de representação e participação nos grupos de representantes do segmento. Estas disparidades resultam na atuação mais expressiva dos atores distritais no CMS-RJ, de modo a concretizar a representação dos interesses dos usuários do SUS provenientes das dez áreas de planejamento de saúde da cidade.

Isto confere aos conselhos distritais de saúde uma posição política e estratégica importante no processo decisório das políticas municipais de saúde, tanto por ambientar deliberações relevantes sobre a organização e gestão das ações e serviços do SUS, quanto por projetar e hegemonizar suas demandas e propostas no CMS-RJ através da atuação de seus representantes.

Para finalizar esta dissertação, o capítulo seguinte apresenta as conclusões do estudo, buscando ressaltar as contribuições para o desenvolvimento do tema, os avanços e limites do modelo analítico adotado, as propostas resultantes de seus achados, além de pontuar questões para futuras pesquisas.

Capítulo VI – Conclusões

Esta dissertação teve como base fundamental o princípio que sustenta o SUS em seus aspectos ideológicos, políticos e sociais: Saúde como direito de todos. Entendendo a Participação Social nas decisões das políticas públicas como prática indispensável para consolidar o SUS, despertou-se o interesse em estudar os conselhos de saúde em virtude de suas potencialidades democráticas inovadoras.

Inicialmente, a observação da literatura sobre o tema revelou que os estudos concentram-se em visões orientadas pelos aspectos da participação, com ocasionais análises aprofundadas sobre as demais dimensões políticas envolvidas no cotidiano dos conselhos. Mesmo destacando seus avanços em incluir segmentos tradicionalmente alijados no *policy making* do SUS, é notório que a participação nestas instâncias não ocorre de forma direta, mas através da atuação de representantes (entidades e conselheiros).

Considerando, então, que progressos na compreensão da atuação dos conselhos demandam a pesquisa específica da Representação sem desconsiderar a Participação, esta dissertação destinou-se a averiguar as relações entre tais categorias. Para isso, a elaboração do modelo analítico do estudo abarcou ideias e conceitos consagrados no campo da Democracia Representativa e visões contemporâneas sobre a renovação das experiências democráticas.

Este modelo foi aplicado ao contexto do CMS-RJ para analisar empiricamente as relações entre Representação e Participação no segmento dos usuários pela perspectiva das regras institucionais, com enfoque na noção de “Configuração Representativa” que, por sua vez, simbolizou o traço inovador deste trabalho. A partir disso, foram detalhadas as regras e práticas de representação e participação dos usuários, desde o âmbito mais geral do segmento até o nível interno das entidades.

Neste sentido, uma das contribuições da pesquisa para o desenvolvimento do tema foi a caracterização minuciosa das relações de representação firmadas entre entidades e conselheiros dos usuários em sua atuação no CMS-RJ. Levando em conta os níveis em que tais relações se estabelecem, constatou-se, de forma original, uma situação peculiar: a atuação dos conselheiros das entidades municipais envolve um duplo mecanismo de representação, enquanto a atuação dos conselheiros distritais é marcada por um triplo dispositivo. Isto reforça a ideia de que a representação do segmento abrange uma complexa cadeia de representação.

Os achados e reflexões sobre o tema despertaram uma questão fundamental: em que medida os representantes das entidades, de fato, representam os usuários do SUS nos conselhos? Se por um lado, atribuir um vínculo natural das entidades da sociedade com o SUS parece mascarar as evidentes diferenças entre elas, por outro, pressupor a incapacidade de tais entidades representarem os usuários anula todo o esforço participativo destinado aos conselhos de saúde, ameaçando a própria continuidade dessas experiências.

Desviando-se destes caminhos interpretativos, este trabalho buscou colaborar para o debate através do estudo da representação e participação dos usuários no CMS-RJ, reconhecendo as singularidades de atuação das entidades e conselheiros, afinal elas espelham a própria diversidade de demandas dos usuários do SUS. Com efeito, esta conjuntura é incentivada por situações reais do setor, como assimetrias nas condições de saúde da população e fragilidades na capacidade assistencial da rede municipal de serviços.

Considerando que a diversidade de interesses representada pelos conselheiros dos usuários se legitima na amplitude do conjunto de propostas universalistas do SUS, a presente pesquisa não analisou o comportamento dos atores com a finalidade de identificar atitudes políticas virtuosas ou inapropriadas com base nas convicções do autor. Isto reduziria a riqueza da discussão sobre os fenômenos envolvidos na atuação de tais atores.

Sendo assim, ao conjugar o modelo teórico a um repertório variado de técnicas empíricas de pesquisa, foi possível produzir interpretações objetivas sobre a atuação dos usuários no cotidiano de funcionamento do CMS-RJ. Observou-se que a configuração representativa do conselho promove uma divisão do segmento em dois grupos com características distintas de representação e participação: as entidades municipais e os conselhos distritais de saúde.

A partir disso, a principal contribuição do estudo para o campo de conhecimento foi evidenciar a influência desta configuração representativa, ou seja, de uma combinação de regras de elegibilidade, participação e representação, na atuação dos conselheiros no CMS-RJ.

No caso das entidades municipais, as regras institucionais incentivam relações tênues entre as instituições e seus conselheiros, que resultam em uma representação de maior autonomia dos atores em relação aos interesses dos grupos representados. Já nos conselhos distritais tais regras estimulam uma representação pela tendência mandato, o que aproxima os representantes dos usuários do SUS nas regiões do município. Além disso, as regras de representação destes conselhos definem articulações interdistritais para a formação de um bloco de atuação coeso e norteado pelos interesses dos usuários das diferentes localidades, superando eventuais disputas entre as instâncias.

Constatou-se na pesquisa que este cenário de representação se projeta para a dimensão da participação dos conselheiros no processo decisório do CMS-RJ de modo a produzir uma atuação mais expressiva dos representantes dos CDS no plano interno do segmento dos usuários e demarcar sua importância no âmbito do conselho. Isto promove uma concreta representação dos interesses dos usuários estabelecidos nas esferas distritais, correspondentes às áreas de planejamento de saúde do município.

Ao entender que o papel dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde envolve, em boa medida, vocalizar as demandas de saúde da população e reivindicar políticas para qualificar as condições assistenciais do SUS, os posicionamentos do tipo mandato podem ser interpretados como mais representativos do segmento em comparação às posturas autonomia.

Considerando as proporções da cidade do Rio de Janeiro e de sua população, a atuação dos representantes distritais no CMS-RJ traz potencialidades para a representação dos usuários do SUS. Inclusive, pode-se argumentar que parte relevante da participação social nas decisões das políticas do SUS no município se desenvolve nos conselhos distritais que, assim, assumem uma relevante posição estratégica neste processo. Entretanto, como esta dissertação se ateve ao universo do CMS-RJ, afirmações mais seguras sobre a aptidão das instâncias distritais para orientar os rumos de tais políticas necessitam de pesquisas mais específicas.

Por outro lado, os achados deste estudo indicaram que a atuação mais consistente dos atores distritais relaciona-se, de certa forma, com a atenuação da participação dos conselheiros das entidades municipais, o que limita a representação de grupos de patologias e outros recortes populacionais. Deste ângulo, é possível questionar em que medida a configuração representativa incentiva condições adequadas para o CMS-RJ abarcar a diversidade de demandas dos usuários do SUS.

Ainda que os resultados do estudo estabeleçam uma correlação entre a configuração representativa e a atuação mais enfática dos representantes distritais em comparação aos conselheiros das entidades municipais, algumas indagações podem ser levantadas sobre os últimos: de que maneiras a participação mais discreta deste grupo no CMS-RJ se associa a transformações recentes no cenário do associativismo municipal? Ou, de que formas o conjunto de expectativas das entidades se alinham às propostas do conselho? Tais perguntas parecem interessantes para orientar futuras pesquisas sobre o tema.

Algumas destas questões puderam ser tangenciadas nesta dissertação. Por exemplo, os próprios objetivos institucionais das entidades municipais (especialmente as associações de patologias) presumem uma representação orientada para grupos específicos de usuários, enquanto o caráter da representação dos conselhos distritais baseia-se em interesses definidos pelo critério territorial. Cogita-se aqui que a lógica da “distritalização” da representação se aproxima da estratégia da Secretaria de Saúde de gerir os serviços municipais do SUS sob a orientação da divisão territorial em áreas programáticas. Isto foi considerado um dos fatores que facilita articulações dos representantes dos CDS com o segmento dos gestores e relega os conselheiros das entidades municipais a uma posição mais coadjuvante de atuação.

A disposição das alianças no CMS-RJ confirma o protagonismo dos atores distritais que, assim, passam a reunir maiores possibilidades de concretizar suas propostas nas deliberações do órgão. Sabendo que o presente trabalho avançou na definição das relações Representação-Participação nos usuários, outro tema relevante para próximas pesquisas seria analisar os efeitos deste cenário na efetividade dos atores para influenciar os rumos das políticas de saúde.

Neste ponto, é crucial afirmar que as constatações desta dissertação acerca das alianças entre usuários e gestores no curso do processo decisório do CMS-RJ de modo nenhum sugerem que os representantes distritais sejam vítimas de cooptação por parte dos gestores da SMS-RJ.

Interpretações deste tipo tendem a desprezar a capacidade de julgamento e decisão política dos conselheiros de saúde, além de deslegitimar de forma apriorística sua atuação.

Com base nos resultados da pesquisa, também é possível tecer alguns comentários sobre as regras institucionais que compõem a configuração representativa, no sentido de elaborar propostas para qualificar a atuação dos conselhos de saúde e, especialmente, dos representantes dos usuários. O estudo das regras de elegibilidade solidificou o entendimento de sua importância para a atividade dos conselhos, uma vez que a forma de seleção dos representantes exerceu influência nas características da participação dos mesmos no CMS-RJ.

Sobre isto, considera-se que regras de elegibilidade que restringem as possibilidades para entidades e atores concorrerem às posições nos conselhos limitam a qualidade da representação, pois não motivam interações iniciais entre representantes e representados. No limite, tais regras podem promover a seleção de conselheiros sem sequer um voto de consentimento de atores envolvidos no SUS, o que, obviamente, não condiz com as propostas democratizantes dos conselhos. Por raciocínio análogo, as regras que orientam a realização de eleições para a escolha dos representantes geram melhores condições para uma representação mais abrangente dos interesses dos usuários do SUS e, por isso, merecem ser incentivadas.

No CMS-RJ, a disposição das regras de elegibilidade não configura uma situação de total restrição, tampouco um processo amplamente aberto para a seleção dos representantes dos usuários. Neste contexto, destacou-se a força das regras de elegibilidade dos conselhos distritais em estabelecer eleições para definir seus representantes municipais, o que e contribuiu para firmar relações de representação mais sólidas entre os atores e os usuários locais do SUS.

O estudo das regras de representação também foi conduzido em cada uma das entidades dos usuários porque, com base nas regras nacionais que orientam o funcionamento dos conselhos de saúde no País, o CMS-RJ faculta às entidades a responsabilidade de organizar (ou não) suas regras e práticas de atuação. Admitindo que isto ocorra nos demais conselhos, apresenta-se um impasse: o caráter da representação nos órgãos é essencialmente determinado pelos procedimentos internos das entidades, sendo limitada a influência das regras gerais em definir um conjunto objetivo de propostas universalistas do SUS para nortear esta representação.

Os resultados deste estudo sinalizaram algumas situações em que as regras de representação se mostraram tão frágeis que a atuação dos conselheiros no CMS-RJ não foi sustentada por debates sobre os temas do SUS ou por processos que definissem as demandas dos grupos representados pelas entidades. Considera-se que isto inviabiliza a concretização da representação dos usuários e prejudica a afirmação das propostas de participação social dos conselhos, tensionando a própria legitimidade dessas experiências.

Por outro lado, nos casos em que as regras de representação revelaram-se mais assertivas, a atuação dos conselheiros foi influenciada pelos interesses dos usuários firmados em deliberações mais consistentes sobre as políticas de saúde envolvendo os grupos representados.

Isto, embora não garanta uma efetiva representação, constitui uma prática fundamental para tal. Neste estudo, estas situações foram observadas marcadamente nos conselhos distritais, o que é incentivado pela própria posição dos órgãos na estrutura institucional do setor municipal de Saúde.

Deste modo, embora as entidades municipais não possuam semelhantes condições institucionais, algumas regras e práticas do cotidiano dos CDS podem ser incorporadas no sentido de legitimar a representação, por exemplo: realização de reuniões mensais envolvendo os membros das instituições, formalização de debates sobre os assuntos do SUS, elaboração de pautas e reivindicações e utilização de relatórios da participação do representante. Acredita-se que tais procedimentos possam contribuir para avigorar a representação dos usuários tanto no CMS-RJ como nas demais instâncias de participação social do SUS.

Para finalizar, os argumentos desta dissertação evidenciaram o papel fundamental da representação política na atuação dos conselhos de saúde, sendo possível sugerir que se constituem como instituições democráticas representativas com a presença de elementos participativos (pois não há como negar os avanços dos órgãos em ampliar a participação dos trabalhadores e usuários nas deliberações das políticas de saúde). Considera-se que esta classificação avança no sentido de retratar a organização institucional real de funcionamento dos conselhos, articulando as dimensões de representação e participação.

Por outro lado, esta visão expressa um dos limites do estudo, que é não contemplar os conceitos e práticas relacionados à deliberação, ainda que o processo decisório do CMS-RJ tenha sido observado para embasar a análise da participação dos conselheiros. Sendo assim, futuras pesquisas podem refinar o presente modelo teórico-empírico através da incorporação dos elementos deliberativos de modo a incentivar leituras mais abrangentes sobre o funcionamento dos conselhos de saúde.

Ainda assim, um válido avanço do modelo analítico centrado na Configuração Representativa é servir como base para estudos de outros conselhos de saúde e dos demais segmentos que deles participam, uma vez que a composição e a disposição dos eixos desta Configuração permitem sua aplicação em variadas realidades. Isto é especialmente relevante em razão da multiplicidade de arranjos institucionais existentes nos conselhos do país, que apresentam diferenças tanto no conteúdo das regras como nas características de atuação das entidades e conselheiros.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo; n. 109, p. 68-92, jan./mar. 2012.

AVRITZER, L. Sociedade civil, Instituições Participativas e Representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro; n. 3, v. 50, p. 443-464, 2007.

_____. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: AVRITZER, L. (Org.).

Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortez, 2009. p. 27-54.

_____. Associativismo e Participação na saúde: uma análise da questão na região nordeste do Brasil. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 151-174.

AVRITZER L.; PEREIRA M. L. D. Democracia, participação e instituições híbridas. **Teoria & Sociedade**, Belo Horizonte; número especial, p. 14-40, 2005.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, 19 set. 1990a.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 28 dez. 1990b.

_____. Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 33/92. Recomendações para a constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Resolução do Conselho Nacional de Saúde 333/2003. Aprovação das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 453/2012. Aprovação das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 18 fev. 2015.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo; n. 109, p. 126-150; jan./mar. 2012.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre; n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

_____. Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES; 2009a. p. 102-128.

_____. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009b.

CÔRTEZ, S. V.; MICHELOTTI, F. C.; GOLDONI, A. C.; SANTOS, L. A. Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEZ, S. V. (Org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 145-176.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

DAHL, R. A. **Poliarquia: Participação e Oposição** [1972]. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2012.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma de Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Orgs.). **Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 255-269.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e CEBES, 2012. p. 853-883.

ESCOREL, S. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 229-247.

FUKS, M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba; n. 25, p. 47-61, 2005.

FUNG, A. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Orgs.). **Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 173-209.

GERSHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. Constituindo o Controle Social e a Cidadania em uma experiência concreta: o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP).

Saúde em debate, Rio de Janeiro; v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.

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

GURZA LAVALLE, A.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova**, São Paulo; n. 67, p. 49-103, 2006.

LABRA, M. E. *Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso?* **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; n. 18 (suplemento), p. 47-55, 2002.

_____. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

_____. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 176-203.

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

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN, K.; SKUPIEN, J. A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LIMA JÚNIOR, O. B. **Instituições Políticas Democráticas: o segredo da legitimidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

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

_____. Associações, participação e representação: combinações e tensões. **Lua Nova**, São Paulo; n. 84, p. 141-174, 2011.

MOREIRA, M. R. **Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de Conselhos Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, São Paulo; v. 15, n. 1, p. 49-57, 2006.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A. participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

PEREIRA NETO, A. F. **Conselho de favores: controle social na saúde: a voz de seus atores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

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

RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acesso em: 18 fev. 2015.

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 5104 de 03 de novembro de 2009. Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2901868> Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, aprovado em 27 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2901868> Acesso em 18 fev. 2015.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SANTOS, W. G. Poliarquia em 3D. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro; v. 41, n. 2, p. 207-281, 1998.

URBINATI, N. O que torna a representação democrática? **Lua Nova**, São Paulo; n. 67, p. 191-228, 2006.

VAN STRALEN, C. J.; LIMA, A. M. D.; SOBRINHO, D. F.; SARAIVA, L. E. S.; BELISSÁRIO, S. A. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de

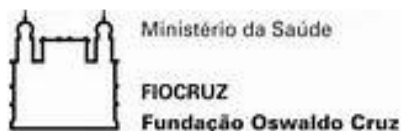
Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**; v. 27, n. 12, p. 2315-2326, 2011.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**; v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

Anexo I

Roteiro para entrevista com representantes das entidades municipais no CMS-RJ



Pesquisa “Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”

I. Motivações, objetivos e interesses das entidades representantes dos usuários

Questão 1: Qual é a principal missão institucional da entidade que você representa?

1.1: Quais ações a entidade adota para alcançar esta missão institucional?

Questão 2: Qual a finalidade da participação da entidade no CMS-RJ?

2.1: Quais as vantagens e desvantagens de participar desse conselho?

2.2: De que forma a participação no CMS-RJ colabora para o desenvolvimento dos objetivos da entidade?

II. Eleição das entidades para o CMS-RJ e processo de seleção dos conselheiros:

Questão 3: Como a entidade foi selecionada para ocupar um assento do segmento dos usuários no CMS-RJ?

Questão 4: Quais são os procedimentos adotados pela entidade que você representa para escolher seus representantes no CMS-RJ?

4.1: Qual o nível da concorrência do posto de conselheiro de saúde em sua entidade?

Questão 5: Qual cargo você ocupa nesta entidade?

III. Relações entre entidades e conselheiros do segmento dos usuários do CMS-RJ:

Questão 6: Na sua entidade, existem reuniões para discutir os assuntos do CMS-RJ?

6.1: Em caso afirmativo, qual a frequência dessas reuniões?

Questão 7: No cotidiano de sua entidade, existem momentos dedicados à elaboração de pautas para serem levadas ao CMS-RJ e ao debate das deliberações do órgão?

Questão 8: Como você conhece as demandas de sua entidade e dos usuários do SUS?

IV. Características da atuação dos conselheiros dos usuários no CMS-RJ:

Questão 9: De que forma os interesses da entidade que representa influenciam sua atuação no CMS-RJ?

Questão 10: Em que medida suas opiniões sobre as políticas de saúde e sobre as demandas de sua entidade e da população influenciam sua atuação no CMS-RJ?

10.1: O quão independente você se sente para tomar decisões nas reuniões do conselho baseadas em suas próprias opiniões?

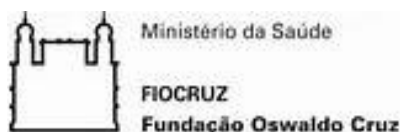
Questão 11: Você procura se articular com outros conselheiros dos usuários para debater assuntos da agenda do conselho e elaborar propostas para as pautas do órgão?

11.1: Isto é praticado também com representantes de outros segmentos?

Questão 12: Você busca alianças com os demais representantes dos usuários para tomar decisões em bloco sobre os pontos de pauta das reuniões do CMS-RJ?

Anexo II

Roteiro para entrevista com representantes dos conselhos distritais no CMS-RJ



Pesquisa “Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”

I. Motivações, objetivos e interesses das entidades representantes dos usuários

Questão A: Qual entidade você representa no CDS de sua área programática?

Questão B: Neste conselho, a entidade a qual está vinculado também representa o segmento dos usuários?

Questão 1: Qual é a principal missão institucional da entidade que você representa?

1.1: Quais ações a entidade adota para alcançar esta missão institucional?

Questão 2: Qual a finalidade da participação da entidade no CMS-RJ (ou conselhos de saúde)?

2.1: Para sua entidade, quais as vantagens e desvantagens de participar do CMS-RJ (ou dos conselhos de saúde)?

2.2: De que forma a participação no CMS-RJ (ou nos conselhos de saúde) colabora para o desenvolvimento dos objetivos da entidade?

Questão C: Qual dos dois conselhos (CDS ou CMS) está mais diretamente relacionado ao cumprimento dos objetivos da entidade?

II. Eleição das entidades para o CMS-RJ e processo de seleção dos conselheiros:

Questão 3: Como a entidade foi selecionada para ocupar um assento do segmento dos usuários no CMS-RJ?

* Importante conhecer o processo de escolha no CDS de origem, explorando esses dois níveis de seleção.

Questão 4: Quais são os procedimentos adotados pela entidade que você representa para escolher seus representantes no CMS-RJ?

* Também explorar os procedimentos de escolha dos conselheiros distritais.

4.1: Qual o nível da concorrência do posto de conselheiro de saúde em sua entidade?

Questão 5: Qual cargo você ocupa nesta entidade?

III. Relações entre entidades e conselheiros do segmento dos usuários do CMS-RJ:

Questão 6: Na sua entidade, existem reuniões para discutir os assuntos do CMS-RJ?

* Interessante também perguntar se a discussão ocorre com os assuntos do CDS.

6.1: Em caso afirmativo, qual a frequência dessas reuniões?

Questão 7: No cotidiano de sua entidade, existem momentos dedicados à elaboração de pautas para serem levadas ao CMS-RJ e ao debate das deliberações do órgão?

* Interessante pesquisar a realização de tais atividades com pautas dos CDS.

Questão 8: Como você conhece as demandas de sua entidade e dos usuários do SUS?

IV. Características da atuação dos conselheiros dos usuários no CMS-RJ:

Questão 9: De que forma os interesses da entidade que representa influenciam sua atuação no CMS-RJ?

Questão 10: Em que medida suas opiniões sobre as políticas de saúde e sobre as demandas de sua entidade e da população influenciam sua atuação no CMS-RJ?

10.1: O quão independente você se sente para tomar decisões nas reuniões do conselho baseadas em suas próprias opiniões?

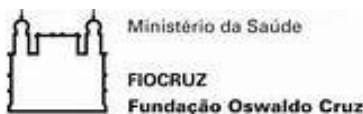
Questão 11: Você procura se articular com outros conselheiros dos usuários para debater assuntos da agenda do conselho e elaborar propostas para as pautas do órgão?

11.1: Isto é praticado também com representantes de outros segmentos?

Questão 12: Você busca alianças com os demais representantes dos usuários para tomar decisões em bloco sobre os pontos de pauta das reuniões do CMS-RJ?

Anexo III

Roteiro para Observação Participante das reuniões do CMS-RJ



Pesquisa “Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”

I. Aspectos importantes para a observação nos pontos de pauta apresentados por conselheiros dos usuários:

1. Tendências das posturas de representação: mandato, autonomia ou mandato-autonomia
2. Natureza dos interesses demonstrados nas apresentações: elementos vinculados aos interesses particulares das entidades e/ou elementos relacionados ao interesse geral
3. Estratégias de atuação: apenas expositiva ou voltada explicitamente para promover ações objetivas do conselho relacionadas às pautas apresentadas
4. Capacidade de articulação: formação de alianças dentro do segmento dos usuários e com membros dos demais segmentos
5. Conflitos no segmento dos usuários e destes conselheiros com os outros segmentos

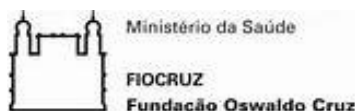
II. Aspectos importantes para a observação nos pontos de pauta apresentados por conselheiros dos demais segmentos:

1. Posicionamento dos representantes dos usuários nos debates suscitados e nas eventuais votações relacionadas a tais pautas
2. Caráter do posicionamento dos representantes dos usuários enquanto segmento: em bloco ou fragmentado
3. Formação de alianças e conflitos envolvendo os conselheiros dos usuários e membros dos demais segmentos do conselho

III. Aspectos importantes para a observação no momento dos informes de conselheiros dos usuários:

1. Indicativos das posturas de representação: mandato, autonomia ou mandato-autonomia
2. Caráter dos interesses demonstrados nos anúncios: elementos vinculados aos interesses particulares das entidades e/ou elementos relacionados ao interesse geral

Anexo IV



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa “Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014*”, desenvolvida por **Raphael Batista de Rezende**, discente do programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Marcelo Rasga Moreira**.

O **objetivo central** do estudo é analisar a influência das regras que selecionam entidades para integrar o conselho municipal de saúde do Rio de Janeiro, das regras que orientam a participação dos conselheiros no órgão e das características das entidades participantes na atuação dos conselheiros titulares que representam os usuários.

O **motivo do convite** a sua participação nesta pesquisa se deve à posição de conselheiro de saúde titular representante dos usuários no período coberto pelo estudo: 2013 e 2014.

Por isso sua colaboração é de grande importância para a execução da pesquisa. Para que possa decidir de forma criteriosa sobre sua participação, primeiramente, o pesquisador responsável prestará pessoalmente informações claras sobre o estudo. É fundamental destacar que sua **participação é voluntária e não obrigatória**. Assim, você terá um tempo adequado para refletir sobre o assunto e tem **plena autonomia** para decidir se quer ou não integrar o estudo, bem como para retirar-se do mesmo em qualquer momento de seu desenvolvimento. Desta forma, você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir em participar ou desistir de ser incluído na pesquisa.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Garantias aos participantes e informações relacionadas à pesquisa

Caso você voluntariamente opte por participar, serão garantidas a **confidencialidade e a privacidade das informações** prestadas. Para **preservar seu sigilo e privacidade**, qualquer informação que permita sua identificação direta será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa. Porém, apesar da adoção de rigorosos cuidados éticos para garantir sigilo e privacidade, existe a possibilidade de informações contidas nesta pesquisa facilitarem a associação entre sua posição como conselheiro dos usuários e a entidade que representa no conselho municipal de saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ). Ainda assim, para que dados desta pesquisa contribuam para sua identificação, mesmo que de forma indireta, seria necessário acessar outras fontes de informação que vinculem o seu nome à entidade que representa no conselho. É também importante informar que você será respeitado caso manifeste a vontade de ter seu nome descrito no trabalho final do estudo.

A sua participação consistirá em **responder ao pesquisador algumas perguntas abertas** contidas em um roteiro de entrevista. Esta entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e somente será **gravada caso você autorize voluntariamente** através da assinatura deste Termo. O estudo também envolve a observação para fins de pesquisa acadêmica das reuniões do CMS-RJ no intervalo entre junho e dezembro de 2014. Embora tais reuniões tenham caráter público e sejam gravadas e transcritas em atas também públicas e de livre acesso, é importante que você esteja ciente desta atividade de pesquisa para decidir de forma livre e esclarecida sobre **o consentimento para ser incluído neste estudo**.

A qualquer momento, durante a realização das etapas da pesquisa, ou após a conclusão das mesmas, **você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação** e/ou sobre a pesquisa através dos meios de contato fornecidos logo abaixo neste Termo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em uma dissertação de mestrado, que tem sua defesa programada para o mês de março de 2015 e, posteriormente, estará disponível no acervo de teses e dissertações da ENSP.

O material produzido pelos instrumentos de pesquisa será armazenado em local seguro. **As entrevistas serão transcritas e armazenadas**, em arquivos digitais, somente acessados pelo pesquisador e seu orientador. Ao final do estudo, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme orientação da Resolução 466 emitida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e das recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Benefícios e riscos aos participantes da pesquisa

O **benefício direto resultante de sua colaboração** nesta pesquisa é a aquisição de informações que serão divulgadas nos resultados do estudo que permitam elucidar as questões cotidianas envolvidas no exercício da função de conselheiro de saúde. Dessa forma, é possível contribuir para qualificar a atuação dos conselheiros e para construir conhecimentos sobre o controle social no SUS.

Por outro lado, **apesar das preocupações éticas com a preservação de sua integridade física, emocional e social** como sujeito do estudo, é importante pontuar os **potenciais riscos decorrentes de sua participação na pesquisa**. Estes estão relacionados aos eventuais constrangimentos que você venha a sofrer em sua atividade no conselho de saúde e/ou nas entidades às quais está vinculado(a) motivados pelos resultados divulgados no trabalho. Igualmente, é relevante indicar que sua **participação neste estudo não envolve qualquer risco de dano físico direto**.

Ressalta-se que caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do **direito à assistência integral, você tem direito à indenização por danos**, conforme os itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 presentes na Resolução CNS 466/12.

Informações importantes do CEP/ENSP

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Telefone e Fax: (0XX) 21 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br; Endereço eletrônico: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 (térreo) - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Contato com o pesquisador responsável

Telefones: (0XX) 21 3497-9578 e (0XX) 21 99570-9578

E-mail: raphapt@gmail.com

Local e Data

Assinatura do pesquisador (mestrando da ENSP)

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma delas destinada ao participante do estudo e a outra ao pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas tanto pelo participante quanto pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade) e a última página deve conter suas assinaturas.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e Data

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante: _____

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Anexo V

Descrição detalhada das Regras de Representação e Relações entre entidades e conselheiros dos usuários no CMS-RJ (2013-2014)

Entidades Municipais

A *Associação Carioca de Distrofia Muscular* (ACADIM) desenvolve muitas ações concretas de representação dos interesses de pacientes com enfermidades neuromusculares, mas suas regras internas não orientam a realização assídua de reuniões com o público atendido. Os encontros realizados raramente incluem debates sobre os assuntos relativos à participação no CMS-RJ, de modo que as questões encaminhadas ao órgão partem de decisões da representante com base nas visões sobre as demandas dos pacientes que chegam à entidade por seus canais de comunicação. Isto é exemplificado na resposta da conselheira da ACADIM à indagação sobre a realização de reuniões para levar e trazer assuntos do CMS-RJ para a entidade:

“Não [ocorrem reuniões com esta finalidade]. A gente até leva alguma coisa quando tira de demanda, entendeu? Às vezes, a gente recebe algumas demandas de associados por telefone ou por email e a gente tenta direcionar isso de alguma forma para as pautas [do conselho].”

Considerando que as reuniões com o grupo representado têm pouco impacto na definição dos interesses da entidade endereçados ao CMS-RJ, o conhecimento da representante sobre as questões de saúde que afetam os pacientes e sua longa vivência na luta pelos direitos dos mesmos influenciam mais consistentemente a atuação no conselho, o que configura uma postura de representação do tipo *autonomia*.

A *Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil* (AFDM) enfrenta, há cerca de três anos, substanciais problemas estruturais, em virtude de um acidente no prédio onde se localiza sua sede, que, desde então, está inoperante. Com isso, todas as ações da entidade encontram-se muito limitadas de maneira que, atualmente, são realizadas muito poucas reuniões com o público representado. Ao ser questionada sobre a existência de encontros para debater os assuntos do CMS-RJ, a conselheira da Associação afirmou que: *“Havia quando tinha sede [mas atualmente] está parado”*. Isto configura uma postura de representação do tipo *autonomia*.

As regras internas da *Associação Carioca de Diabéticos* (ACD) orientam a realização de reuniões mensais de sua diretoria, nas quais os principais temas vinculam-se às ações desenvolvidas, sendo os assuntos do CMS-RJ discutidos apenas quando demonstram relação precisa com os objetivos da entidade. Porém, estes encontros servem para sinalizar os interesses da associação, que são utilizados pelo conselheiro para formular temas encaminhados ao conselho, de modo a vocalizar as demandas dos pacientes diabéticos.

Como os interesses do grupo representado – configurados com base nas ações e reuniões da entidade – e os conhecimentos técnicos e visões do conselheiro acerca das demandas dos

usuários do SUS influenciam de maneira equilibrada a atuação do mesmo no CMS-RJ, esta postura de representação é qualificada como *mandato-autonomia*. O trecho da entrevista com o representante da ACD referente ao nível de independência em relação à entidade para atuar no conselho ilustra bem esta postura:

“Eu me sinto independente porque, como eu te disse, as coisas que são resolvidas lá [no CMS-RJ] são, ao menos, conversadas ou pelo menos já foram conversadas. Então, não existe uma independência total, eu não sou o dono da ACD dentro do conselho. Eu quero representar as pessoas através dessa interpretação, que acontece junto com [outros membros da ACD] e dos vários pacientes que têm ligação com a ACD.”

Por sua vez, o *Grupo Otimismo de apoio ao portador de Hepatite C*, que desenvolve ações sólidas de *advocacy* – principalmente na esfera judicial – para garantir a assistência médica aos pacientes com hepatites, não reúne, em suas regras e práticas de funcionamento, meios específicos para representar este grupo através da participação no CMS-RJ. As reuniões abertas da associação, realizadas duas vezes por mês, têm a finalidade central de orientar tais pacientes quanto ao acesso ao tratamento e, habitualmente, não envolvem debates sobre os assuntos do conselho, mesmo porque as atividades do órgão são entendidas como pouco produtivas para o alcance dos objetivos da entidade. Isto pode ser ilustrado pelas seguintes passagens da entrevista com o conselheiro da entidade:

“... ir para as reuniões do conselho, para mim, foi uma desilusão. Uma coisa protocolar, não se discute nada [...] Do nível que não vejo um resultado que se cobre exatamente da secretaria o que está acontecendo, não se fiscaliza realmente o que há [...] em relação às hepatites, prefiro trabalhar diretamente com o programa – e avançar mais dessa forma – que através do conselho.”

Por conta desta visão e do caráter das reuniões da entidade, a atuação do conselheiro no CMS-RJ é embasada por suas interpretações sobre as demandas do grupo representado e por seus conhecimentos específicos sobre as demandas gerais dos demais usuários e o funcionamento do SUS. Assim, a postura de representação identificada é do tipo *autonomia*.

Na *Associação de Movimentos dos Renais vivos e transplantados do Estado do Rio de Janeiro* (AMORVIT-RJ) as regras internas não incentivam práticas de representação da entidade no CMS-RJ, cujas atividades são também interpretadas pelo conselheiro municipal como infrutíferas para o objetivo central da associação. Desta forma, as reuniões bimestrais com grupos de pacientes renais crônicos não incorporam debates sobre os assuntos das plenárias do conselho, tampouco ambientam a elaboração do conjunto de interesses a ser destinado ao órgão. Esta perspectiva é exemplificada pelo trecho da entrevista com o representante da Associação referente às práticas específicas de representação no CMS-RJ:

“Na verdade, os nossos associados poucos sabem que a AMORVIT atua como conselheiro. [...] mais transparente que estou sendo, não é que eu não queira te responder essa pergunta, mas é o seguinte: o conselho dentro da associação não representa nada”.

Diante disto, os posicionamentos deste conselheiro no CMS-RJ são determinados por suas visões sobre as demandas assistenciais do grupo representado, que são levadas ao conhecimento da entidade através das próprias reuniões ou de reivindicações cotidianas dos pacientes, realizadas principalmente na sede da associação. A situação exposta indica uma postura de representação do tipo *autonomia*.

A *Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro* (FAFERJ) adota regras internas que determinam reuniões trimestrais do conselheiro municipal com a presidência da entidade, nas quais são elaboradas questões para serem encaminhadas ao CMS-RJ e o representante no órgão tem oportunidade para relatar sua participação. Apesar disso, estas práticas parecem ter a mera finalidade de informar o público atendido pela Federação sobre os assuntos da Saúde municipal, sem despertar um processo de intenso debate interno.

Ao mesmo tempo em que tais regras contribuem para sinalizar os interesses a serem representados no CMS-RJ, elas permitem que as opiniões do conselheiro sobre as demandas gerais dos usuários do SUS também exerçam considerável influência na representação por ele praticada, o que configura uma postura *mandato-autonomia*. Na verdade, a percepção de certa convergência entre as demandas das comunidades filiadas à federação com os interesses dos usuários do SUS no município também incentiva o estabelecimento desta postura. As afirmações do representante desta entidade às indagações do entrevistador sobre o conjunto de interesses que permeia sua participação no conselho servem para ilustrar esta situação:

“O que acontece é que a FAFERJ influencia por ela ser uma instituição que representa a população e eu fui eleito por ela. Se eu não tivesse sido eleito pela FAFERJ como representante, eu não estaria lá. Então a FAFERJ é representada lá e eu levo os interesses da [...] comunidade, dos usuários, geralmente aqueles que são filiados à FAFERJ...”

“... eu tenho minha visão política – o que é melhor pra população, o que é melhor pra federação. Às vezes o que é melhor pra federação não é o melhor pra população.”

Já a *Federação das Associações de Moradores do município do Rio de Janeiro* (FAM-Rio) possui uma organização administrativa por núcleos regionais que engloba as diferentes áreas do município. Suas regras internas definem a realização de reuniões mensais da diretoria com a presença de representantes destes núcleos para debater um extenso repertório de demandas (incluindo as referentes à saúde) das comunidades atendidas pelas associações filiadas. Nestes encontros, apenas ocasionalmente são destacadas as deliberações do CMS-RJ ou a participação da representante no órgão.

Embora não sejam definidas práticas de representação próprias para o conselho, as reuniões envolvendo membros de diferentes localidades da cidade resultam em deliberações que

contribuem para configurar o conjunto interesses da entidade de modo a influenciar consistentemente a atuação da representante no CMS-RJ. Isto limita comportamentos de maior autonomia da conselheira da entidade que, assim, assume a postura *mandato*, conforme ilustrado nos seus relatos sobre o nível de independência em relação à Federação:

“Eu tenho que tomar a posição da FAM-RIO. Eu sou da FAM-RIO, então eu não posso tomar uma posição minha que pode ser mais a esquerda ou mais a direita para deliberar lá [no CMS-RJ]. Eu tenho que ver o que foi dito na minha reunião que eu tinha que encaminhar lá. Pode ser uma coisa que eu não concordo, mas se a maioria deliberou que é isso, eu não posso chegar lá e ter independência de desdizer tudo que eu disse aqui.”

Por fim, o Instituto Afro Brasil Cidadão (IABC), por influência de suas regras internas, realiza reuniões mensais da diretoria, que envolvem discussões sobre os assuntos do CMS-RJ e a elaboração de questões para serem vocalizadas na instância, além da transmissão da participação da conselheira através de relatórios.

Considerando que as demandas do grupo representado definidas em tais reuniões orientam a atuação da conselheira da entidade no CMS-RJ de forma conjugada com suas visões sobre os interesses mais amplos dos usuários do SUS, a postura de representação identificada neste caso é do tipo *mandato-autonomia*. Isto é exemplificado pela resposta da conselheira do IABC à pergunta sobre as classes de questões que influenciam a representação praticada no CMS-RJ:

“... todas elas [demandas] são importantes... não há o IABC mais importante ou a demanda do SUS, todas elas são importantes [...] nós não estamos aqui só pelo Instituto. Nós estamos aqui pela comunidade, pelo SUS e pelos usuários [...] quando sou eleita em uma conferência – eu não, o instituto Afro – quando é eleito dentro da conferência pra ter uma cadeira dentro do conselho municipal, ele não está ali só para ver as propostas da Instituição não. É muito mais amplo, nós estamos ali para estar atuando em relação à saúde da população em geral.”

Conselhos Distritais de Saúde

O Conselho Distrital da AP 1.0 abrange as regiões do Centro, Zona Portuária, São Cristóvão, Rio Comprido, Santa Tereza e Ilha de Paquetá. As reuniões plenárias do órgão abrigam discussões centradas nas demandas da população local por serviços de saúde que, apenas ocasionalmente, se desdobram em questões encaminhadas ao CMS-RJ. Nesta instância distrital, o retorno da participação do representante no nível municipal é praticado através de relatórios com propósito essencialmente informativo, o que, ainda assim, indica que as regras internas estabelecem instrumentos práticos para o exercício da representação da entidade.

Como as práticas das reuniões e as visitas às unidades de saúde – realizadas também como atividade associada ao CDS – orientam de forma predominante o conjunto de interesses representados pelo conselheiro no âmbito municipal, sua postura de representação é classificada

como *mandato*. O trecho da entrevista do representante deste conselho distrital simboliza sua perspectiva acerca da representação praticada:

“... a minha entrada para o conselho distrital é que veio me trazer a oportunidade de estar dentro do conselho municipal [...] a questão de estar no CMS, eu estou vendo as oportunidades para o CDS [...] porque o CMS é que delibera as ações para os conselhos distritais”.

No *Conselho Distrital da AP 2.1* (Copacabana, Botafogo, Lagoa e Rocinha), as reuniões plenárias habitualmente têm apresentações realizadas por gestores, com o objetivo principal de informar o colegiado sobre as situações que afetam a saúde da população e sobre as condições assistenciais do SUS na região. O encaminhamento ao CMS-RJ de demandas levantadas nessas reuniões parece ser pouco volumoso, o que se relaciona com o próprio nível das necessidades de saúde da população, considerando que razoável parcela utiliza pouco o SUS em virtude de possuir seguros de saúde. Sendo assim, as regras internas do órgão não fomentam objetivamente a constituição de seu conjunto de interesses a partir das deliberações colegiadas e não incentivam interações firmes entre a entidade e seu representante no CMS-RJ.

Neste contexto, os conhecimentos do representante e suas opiniões sobre a condução das políticas de saúde definem uma postura de representação no CMS-RJ do tipo *autonomia*. As passagens da entrevista com o conselheiro municipal da AP 2.1 nas quais comenta sobre os interesses que influenciam sua representação no CMS-RJ oferecem um bom exemplo da descrição exposta:

“... como eu entendo as outras áreas, logicamente, a minha área fica um pouco sem aquela proteção que teria se tivesse uma outra pessoa mais fanática [...] realmente, os problemas nossos aqui na zona sul são bem menores que os das outras áreas. Então, eu como entendo que o planejamento tem essas coisas, logicamente, eu me atenho a isso”

O *Conselho Distrital da AP 2.2*, que responde pelas regiões da Tijuca e Vila Isabel, organiza reuniões mensais que abordam, prioritariamente, questões vinculadas às condições assistenciais das unidades de saúde da região. Estes encontros contribuem para a pactuação dos interesses objetivos dos usuários da instância que, em algumas ocasiões, são encaminhados ao CMS-RJ no sentido de auxiliar seu alcance. O fato de a representante municipal também ocupar a presidência do CDS em questão, acaba por colaborar para firmar este mecanismo de encaminhamento de interesses. Além disso, as visitas às unidades de saúde da região e as reivindicações diretas dos moradores locais compõem o conjunto de demandas dos usuários que chegam ao conselho.

Na medida em que tais práticas internas desempenham influência preponderante na atuação da conselheira no nível municipal, comportamentos de maior independência em relação aos interesses do conselho distrital são restritos a ponto de configurar uma postura de representação do tipo *mandato*. Como nos demais casos, apresenta-se um trecho ilustrativo da entrevista realizada com a representante do CDS da AP 2.2:

“... eu não sou dona do conselho. Para aprovar alguma medida, que afete a área eu tenho que perguntar, se a plenária me aceita [...] Eu não sou dona, eu represento 60 pessoas, e eles tem que me dar o aval do que eu estou aprovando.”

O *Conselho Distrital da AP 3.1*, que abarca as regiões da Penha, Ramos, Complexo do Alemão, Maré, Vigário Geral e Ilha do Governador, apresenta um padrão de relação com o representante municipal semelhante ao anteriormente descrito. As deliberações das reuniões plenárias enfocam as demandas por ações e serviços de saúde da população e a capacidade da oferta assistencial do SUS na área, sendo estes temas frequentemente endereçados ao CMS. As reuniões envolvem uma grande quantidade de conselheiros de associações e de unidades de saúde locais e dispõem de momentos para a transmissão da atuação do representante no CMS-RJ, que também exerce o cargo de presidente do conselho distrital.

Considerando que as regras internas e práticas de representação determinam a aproximação entre a entidade e o representante na esfera municipal, conforma-se uma postura de representação *mandato*, conforme simbolizado pelas afirmações da conselheira da AP 3.1:

“... tem momentos que eu exponho a minha opinião de ser conselheira [...] mas eu tenho que estar baseada em toda estrutura que eu represento. [...] eu tenho que falar sempre no âmbito geral de todas as falas que me esclarecem ou trazem as demandas para mim. Em nenhum momento eu posso ser eu própria [...] Eu não posso falar o contrário [do que foi decidido no conselho distrital], tudo é gravado, alguém, algum outro conselheiro, pode comentar sua representante esteve lá [...] ele não falou a mesma linguagem que da área dele; a exposição foi pessoal. Então eu não posso ser contra, mesmo discordando, mas eu levo.”

No *Conselho Distrital da AP 3.2* (Méier, Inhaúma e Jacarezinho) as plenárias comumente confluem para o estabelecimento dos interesses dos usuários da área a partir de deliberações sobre as questões de saúde que afetam esta população. Assim, suas regras internas incentivam a configuração de relações de representação com sua conselheira no nível municipal, de modo que, através da sua participação, as demandas locais sejam projetadas para o processo decisório do CMS-RJ. Tais demandas também são conhecidas por meio de outras atividades do CDS, como visitas às unidades de saúde e articulações com profissionais e usuários destes serviços.

De forma similar aos dois casos anteriores, como o conjunto de interesses firmados nas reuniões e ações do CDS da AP 3.2 fundamenta a atuação na esfera municipal, a postura assumida por sua representante é do tipo *mandato*. As respostas desta representante às perguntas sobre a influência das decisões distritais na sua atuação no CMS-RJ exemplificam sua perspectiva:

“... nós somos dez conselheiros [distritais no CMS-RJ], cada um traz [as demandas de] sua área. [...] eu discuto aqui com a minha distrital para eu estar munida de conhecimento pra quando alguma coisa da minha área - tem votação, tem isso e isso – que eu esteja munida de

conhecimento pra municiar meus outros nobres representantes lá pra que eles me ajudem a votar aquela questão que é tão pertinente pra minha área.”

Embora no *Conselho Distrital da AP 3.3* (Anchieta, Irajá, Madureira e Pavuna) as regras internas também promovam a conformação de relações de representação estreitas entre entidade e conselheiro municipal, um fenômeno relacionado ao triplo mecanismo de representação merece ser ressaltado. A entrevista com este conselheiro indicou que os objetivos da entidade religiosa que ele representa no CDS influenciam primordialmente a sua atuação no CMS-RJ, simbolizando o único caso deste padrão no grupo dos representantes distritais.

Contudo, isto não significa que inexista representação dos usuários da AP 3.3 no âmbito municipal, mesmo porque certas práticas (como o encaminhamento de ofícios e declarações de posicionamento) são executadas para concretizá-la. Na verdade, esta situação retrata bem a complexidade do arranjo de interesses envolvidos na participação dos atores distritais no CMS-RJ, o que motivou a caracterização da postura de representação em relação ao conselho distrital e à entidade de base. A identificação de mecanismos de representação firmes nos dois níveis de instituições permite classificar a atuação deste representante no CMS-RJ como *mandato* para ambos os casos. O trecho de sua entrevista que melhor sintetiza a situação aqui exposta é o seguinte:

“... eu sou [representante] da distrital, a decisão que a distrital me der, eu tenho que seguir, mas, além disso, na distrital, eu sou da paróquia. [...] é a minha convicção, eu só estou lá no distrital por causa da Igreja Católica. Então, se o distrital tomar uma decisão que seja contrária à Igreja Católica e eu tiver que defender isso no municipal, quem vai vir vai ser meu suplente.”

O *Conselho Distrital da AP 4.0* abrange as regiões da Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus. Suas reuniões ambientam debates sobre as questões de saúde locais que resultam na elaboração de consensos acerca dos interesses dos usuários da instância que, com certa frequência, são projetados para o CMS, inclusive através de instrumentos como ofícios e declarações de posicionamento. Além disso, estas reuniões incorporam discussões sobre os projetos e planos elaborados pela Secretaria de Saúde, de modo a consolidar as posições da entidade sobre tais instrumentos de gestão que são vocalizadas nas deliberações e votações dos mesmos no CMS-RJ. Este conselho distrital também organiza uma rotina de visitas às unidades de saúde da área, que colabora para o conhecimento das demandas dos usuários por parte de seus membros.

Desta forma, as regras internas orientam interações sólidas entre a entidade e o conselheiro municipal, que são traduzidas em práticas de representação dos interesses do CDS. Considerando que tais interesses são articulados às visões do representante sobre os anseios gerais dos usuários municipais do SUS em sua atuação no CMS-RJ, a postura de representação que se configura é do tipo *mandato-autonomia*. As passagens da entrevista com o representante

do CDS da AP 4.0 demonstram a ponderação da influência dos elementos mandato e autonomia:

“Todas as minhas discussões começam, na realidade, quer dizer, aqui no CDS [...] Então eu discuto antes e quando eu chego no municipal, nas plenárias, normalmente, eu estou levando uma visão colocada e aceita e até aprovada pela plenária do distrital.”

“... a minha opinião, minha visão me permite fazer colocações no conselho em alguns temas ligados evidentemente ao SUS; quer dizer, as minhas críticas ou as minhas sugestões dizem respeito à atuação da secretaria de saúde, enquanto detentora dos recursos do SUS [...] estamos lá [no CMS-RJ] como controle social daquilo que diz respeito ao SUS.”

Por sua vez, no *Conselho Distrital da AP 5.1* (Bangu e Realengo), as plenárias que debatem as questões do SUS na área, frequentemente, sob o embasamento de apresentações informativas. Neste conselho, o representante municipal ocupa também o posto de presidente do conselho distrital. Tais características motivam o endereçamento de demandas para o CMS-RJ e o retorno das informações sobre as deliberações municipais.

Além disso, a entrevista com o conselheiro municipal da entidade apontou outra situação vinculada ao triplo mecanismo de representação digna de ser assinalada: os objetivos da associação de moradores representada por ele no nível distrital influenciam sua participação na esfera municipal tanto quanto os interesses firmados no CDS.

Neste contexto, os dispositivos de representação estabelecidos na associação e no conselho distrital são combinados, em muitas situações da atuação do conselheiro no CMS-RJ, aos conhecimentos do mesmo sobre o funcionamento do SUS. Desta forma, a postura de representação identificada neste caso é do tipo *mandato-autonomia* (tanto em relação ao CDS quanto à associação de base). A cadeia de relações de representação aqui mencionada é exemplificada nos trechos da entrevista do conselheiro municipal da AP 5.1 que abordam o conjunto de interesses que permeia sua atuação:

“ [No CMS-RJ, sou representante] de ambos, não tem diferença. Até porque eu tenho que levar pro meu colegiado e pra minha associação – que eles confiam em mim e eu represento – as informações, o que se deu, o que avançou, o que não avançou...”

“... esse vínculo [com as entidades representadas] é fundamental, eu tenho que ouvir eles pra tomar atitudes aqui. Mas, muitas das vezes, eu me obrigo a tomar atitudes para depois comunicar a eles que eu tomei: foi essa aqui e eu não tive tempo hábil pra me reunir com vocês. Tinha que ser no ato e a minha atitude foi essa [...] por exemplo, uma articulação. Você só vai tomar conhecimento, conhecer como funciona isso quando você venha a ser surpreendido aqui com uma coisa, como eu disse, de um projeto ou coisa qualquer, que não passou por discussão com você e o seu colegiado...”

Alterando discretamente a ordem seguida para facilitar a descrição, o *Conselho Distrital da AP 5.3* – que contempla a região de Santa Cruz – apresenta um arranjo de relações com o

representante municipal similar ao acima mencionado. Isto vale para o caráter das regras internas e práticas de representação, para a acumulação dos cargos de presidente do CDS e de representante municipal e para a influência equivalente dos interesses do colegiado distrital e da entidade de base (também uma associação de moradores) na atuação no CMS-RJ.

Porém, neste caso é possível sugerir que a representação dos interesses de saúde da população atendida pela associação é redimensionada para o âmbito distrital da AP 5.3 como resultado da participação deste ator no CDS, de maneira que ambos os níveis de interesses igualmente influenciem a representação praticada no CMS-RJ. Esta trajetória e os vínculos do representante com as entidades permitem qualificar sua postura de representação no órgão como *mandato* (tanto em relação ao conselho distrital quanto à associação de moradores). As passagens da entrevista com o conselheiro municipal da AP 5.3 indicam uma veemente preocupação com as demandas por serviços assistenciais de saúde da região representada:

“... não me interessa se hoje é Paes, Maia, Abreu, Cabral, não me interessa quem tá lá. Pra mim, é o legado que se deixa; o meu legado hoje é o serviço chegar na minha região [...] Então o legado que fica ali, vem a nossa necessidade de brigar dentro do conselho; é não deixar esses serviços que nós conquistamos acabar; ao contrário, temos que melhorar.”

Por fim, no *Conselho Distrital da AP 5.2* (Campo Grande e Guaratiba), as deliberações das plenárias mensais são revertidas em ações direcionadas para resolver os problemas locais e em encaminhamentos de questões para a esfera municipal, quando pertinente. Além disso, os procedimentos internos envolvem a apresentação de relatórios de participação do representante no CMS-RJ, incentivando a transmissão dos assuntos deliberados no órgão. A entrevista com o conselheiro municipal deste CDS revelou, novamente, que os objetivos da entidade de base (neste caso, uma ONG da área ambiental) influenciam sua atuação no CMS-RJ em intensidade similar aos interesses pactuados na instância distrital.

Considerando que, igualmente ao CDS da AP 5.2, esta ONG estabelece relações de representação concretas, a postura deste conselheiro no CMS-RJ é do tipo *mandato*, para ambas as entidades representadas. Isto é ilustrado por suas respostas aos questionamentos sobre quais grupos representa no CMS e a importância das relações com os mesmos:

“Eu acredito que [pratico a representação] de ambos, aliás, eu acredito que ainda tem mais, que é da distrital, da [ONG] e da população onde eu represento [...] porque às vezes eu trago anseios deles para cá [CMS-RJ]”

“... eu uso a plenária [do CDS] [...] todos nós temos voz, mas eu tenho um pouquinho a mais, porque eles entendem que eu como representante aqui, eu trago, eu faço um resumo de tudo o que aconteceu, como foi o encontro, a plenária do municipal [...] Eu acho que é uma forma de agradecimento. Até porque eles me elegeram. Então eu acho que eles têm que saber o que eu venho fazer aqui [no CMS-RJ]. Então foi essa forma que eu escolhi para fazer. É óbvio, claro que a reunião plenária do distrital me dá subsídios para trazer para cá.”