Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Clarete Teresinha Nespolo de David

Representantes e Representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Professora Orientadora: Dra. Soraya M. Vargas Cortes

Porto Alegre
2005

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Clarete Teresinha Nespolo de David

Representantes e Representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Professora Orientadora: Dra. Soraya M. Vargas Cortes

Porto Alegre

2005

Clarete T. Nespolo de David

Representantes e Representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em 8 de Setembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vini Rabassa da Silva
Professora Diretora da Escola de Serviço Social - UCPel

Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva
Professor do PPGS - UFRGS

Profa. Dra. Ceres Victora
Professora do PPGA - UFRGS

AGRADECIMENTOS

Há uma teia de relações que sustentaram a realização deste sonho – concluir o mestrado. Espero poder nominar sucintamente sem, no entanto, deixar de reconhecer o valor de cada gesto ato ou sentimento.

A Deus agradeço a oportunidade de viver neste plano. Aos meus pais Clarindo e Mires e aos meus irmãos (Tânia Isabel, in *memoriun*, Claudir, Clarizete, Cleomar, Luiz e Juliano) com os quais aprendi o valor da partilha e da solidariedade. Incluo aqui, com muito carinho, cunhados e cunhadas, sobrinhos e sobrinhas.

Ao meu companheiro Lino e aos meus filhos Marcos e Caroline pelo carinho e paciência.

Aos Colegas de trabalho nessa longa jornada da vida: Creche São Francisco (Passo Fundo), Centro Bom Jesus, Comunidade do Fragata e Conselho de Posseiros (Pelotas); Assistência Social Diocesana Leão XIII; Cáritas (Regional, Diocesana e Paroquial) Universidade de Passo Fundo; 6ª Coordenadoria Regional de Saúde e Escola de Saúde Pública pela consideração e apreço.

Aos companheiros (as) da JOC, das associações de moradores de Passo Fundo, das CEBs, do CEAP, da COONALTER, CRESS/RS, organizações representadas nos CMAS, CMS, CRS, CES/RS pelo apoio e trocas. E, de modo especial, lembrar das mulheres que lutam por inclusão e acreditam em uma nova sociedade, como o MMTU/RS.

Aos amigos (as) que fui conquistando nessa caminhada, Nelson, Berna, Noeli, Sirley, Vanderleia, Luiz, Ju, Meni, Vini, Áurea, Lea, Mairi, Janice, Bea, Cris, Cândida entre tantos outros que marcaram minha vida. Sou resultado dessas relações.

Aos colegas do Mestrado 2003, aos professores e aos servidores do PPGSociologia da UFRGS pela atenção. Mas, de modo especial, agradeço a professora e orientadora Soraya, atual coordenadora do PPGSociologia, que com carinho e muita paciência, me introduziu na arte da análise Sociológica. A Mônica pela revisão do texto, a Márcia pela orientação bibliografica e a Manoela pela transcrição das fitas. Ainda, e de modo especial, agradeço aos entrevistados (as) lideranças e representantes das entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados dos CMS de Porto Alegre, atores importantes, pela valiosa colaboração neste estudo.

> O poder é sempre, [como diríamos hoje], um potencial de poder, não uma entidade imutável, mensurável e confiável como força [...] Enquanto a força é a qualidade natural de um indivíduo isolado, o poder passa a existir entre os homens quando eles agem juntos, e desaparece no instante em que eles se dispersam (ARENT, 1981: 212).

RESUMO

Este estudo apresenta as relações estabelecidas entre representantes e representados em fóruns participatórios. A ênfase recaiu, em especial, sobre a trajetória dos Movimentos Sociais Urbanos (MSU), entre os anos oitenta e noventa. Estes movimentos tinham a maior parte dos representantes de usuários do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e de seus espaços participativos descentralizados. Foram analisados o grau de estruturação das entidades do MSU e dos espaços descentralizados do CMS principalmente em relação aos seguintes aspectos: nível de autonomia e capacidade propositiva dos representantes. Para isso realizou-se um estudo qualitativo baseado em entrevistas, documentos e observação. Constatamos que os entrevistados subdividem em três grupos: (a) representantes de entidades do MSU mais estruturado - possuem varias inserções políticas agem na área da saúde e mantêm uma ação articulada com as suas entidades de origem; (b) representantes do MSU menos estruturado - têm menor inserção política, agem nos espaços da saúde e detêm certa independência em relação as entidades de origem; e (c) representantes de espaços participativos descentralizados - possuem inserção exclusivamente na área da saúde. Segundo analise documental e das entrevistas concluímos que o primeiro e o último grupo tem atuação mais intensa e propositiva, enquanto que o segundo grupo é menos prepositivo.

Palavras-chave: Movimentos Sociais Urbanos, fóruns participatórios, conselhos de saúde, representantes, representados e representação política.

ABSTRACT

This study presents the relationships between representatives and represented in participating forums. The emphasis is about the trajectory of the Urban Social Movements (USM), between the 80s and 90s. These movements had the biggest part of the users in the Municipal Health Council of Porto Alegre and in the decentralized participative spaces. The degree of USM'S structure and the spaces of the HMC were analyzed in two aspects: the autonomy standard and the ability of the representatives. To do so, a qualitative study, based on interviews, documents and observation was accomplished. We verified that the interviewed were subdivided in three groups: (a) representatives of the best structured organizations of USM have got political inserts, act at the health area and keep act connections with their original organizations; (b) representatives of the least structured USM have lesser political inserts, act at the health spaces and arrest a definite independence from their original organization; and (c) representatives of decentralized participative spaces that act exclusively in the health area. According to documental analysis and interviews we conclude that the first and the last groups have a bigger performance, while the second group is less performing.

Key words: Urban Social Movements, participating forums, health councils, representatives, represented and political representation.

Lista de Siglas

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ACOVIMI – Associação Comunitária Vila São Miguel

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMBAJAÍ – Associação de Moradores do Bairro Jardim Ipú

AMBOJES – Associação de Moradores do Bairro Bom Jesus

AMONSAG – Associação de Moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças

AMOSEV – Associação de Moradores do Bairro Serra Verde

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular

CAR – Centro de Administração Regional

CDS – Conselho Distrital de Saúde

CEBs - Comunidades Eclesiais de Base

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo em Saúde

CEPIS - Centro de Educação Popular do Instituto Sede Sapientae

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIMIS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIS - Comissão Insterinstitucional de Saúde

CGU – Conselho Gestor de Unidade de Saúde

CLS – Conselhos Locais de Saúde

CLIS - Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde

CMS/POA – Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS – Conselho Nacional de Saúde e/ou Conferência Nacional de Saúde

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CONAM - Confederação Nacional de Associações de Moradores

COP – Conselho do Orçamento Participativo

COONALTER – Cooperativa Mista e de Consumo Alternativa

CRIS - Comissão Regional Insterinstitucional de Saúde

CRESS/RS – Conselho Regional de Assistência Social

DEP – Departamento de Esgoto Público

DEMAE – Departamento Municipal de Água e Esgoto

DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana

ENEMEC - Encontro Nacional de Experiências e Medicinas Comunitárias

ESP - Escola de Saúde Pública

FEEE – Fundação Estadual de Economia e Estatística

FROP – Fórum Regional do Orçamento Participativo

FRACAB - Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Sociedades de Amigos de Bairro

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

I**IBGE –** Instituto Brasileiro de Economia e Estatística

MEC – Ministério da Educação e Cultura

METROPLAN – Fundação de Planejamento Metropolitano

MPAS – Ministério da Previdência e da Assistência Social

MOVA – Movimento de Alfabetização de Adultos

MOPS – Movimento Popular de Saúde

MS – Ministério da Saúde

MSU – Movimento Social Urbano

NOB - Normas Operacionais Básicas

PA – Pronto Atendimento

PAM - Posto de Assistência Médica

PGU – Programa de Gestão Urbana

PSF – Programa Saúde da Família

OP – Orçamento Participativo

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-governamental

RMPA – Região Metropolitana de Porto Alegre

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMAM – Secretaria Municipal do Meio Ambiente

SEJA – Serviço de Alfabetização de Jovens e Adultos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Superintendência do Desenvolvimento de Saúde

US – Unidade de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UAMPA – União das Associações de Moradores de Porto Alegre

Lista de Quadros

Quadro 1 Descentralização das Regionais do MSU de 1980 Porto Alegre..... 59

Quadro 2 Composição do Conselho Municipal de Saúde Porto Alegre (CMS/POA)..... 62

Quadro 3 Representação do Segmento Usuário no CMS de Porto Alegre /2004..... 65

Quadro 4 Caracterização sócio-demográfica dos entrevistados: lideranças de entidades do MSU, representantes de entidades e representantes de espaços participativos descentralizados do CMS de Porto Alegre..... 70

Quadro 5 Tipos de inserção em espaços participativos e políticos..... 72

Quadro 6 Caracterização das Entidades do MSU representadas no CMS..... 75

Quadro 7 Articulações do MSU na área da saúde, com órgãos públicos e outras instituições..... 89

Quadro 8 Espaços Participativos Descentralizados do CMS..... 90

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14

2 MOVIMENTOS SOCIAIS URBANOS E REPRESENTAÇÃO POLÍTICA E O CAPITAL POLÍTICO E CULTURAL EM FÓRUNS PARTICIPATÓRIOS..... 21

2.1 Contextualização dos Movimentos Sociais Urbanos (MSU)..... 21

2.2 Representação Política em Fóruns Participatórios..... 28

2.3 Capital Político e Cultural..... 33

2.4 Surgimento dos Fóruns Participatórios..... 36

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM UM CONTEXTO DE DEMOCRATIZAÇÃO..... 39

3.1 A Democratização e as Políticas Públicas de Saúde no Brasil..... 39

3.2 Espaços Públicos de Participação: Instituição dos Conselhos de Saúde..... 47

3.3 A Representação dos Usuários em Conselhos de Saúde..... 50

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DE PORTO ALEGRE: ENTIDADES DO MSU E O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE..... 54

4.1 Características sócio-econômicas, políticas, culturais e de saúde 54

4.2 As entidades do MSU em Porto Alegre: Institucionalidade, trajetória e lutas..... 56

4.3 O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: surgimento, organização e funcionamento..... 61

5 REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CMS E NÍVEL DE ANTONOMIA E CAPACIDADE PROPOSITIVA..... 69

5.1 Entrevistados:Caracterização sócio–demográficas e tipo de inserção política **70**

5.2 Entrevistados :Caracterização das entidades do MSU abrangidas por este estudo..... **74**

5.3 Entrevistados:Caracterização dos espaços participativos descentralizados do CMS..... **89**

5.4 Grau de estruturação das entidades do MSU e de espaços participativos descentralizados do CMS e o nível de autonomia dos representantes..... 93

5.4.1 *Entidades do MSU com maior grau de estruturação*..... 95

5.4.2 *Entidades do MSU com menor grau de estruturação*..... 98

5.4.3 *Espaços participativos descentralizados do CMS*..... 100

5.5 Grau de estruturação das entidades do MSU e de espaços participativos descentralizados e a capacidade propositiva de representantes 103

5.5.1 *Entidades do MSU com maior grau de estruturação*..... 104

5.5.2 *Entidades do MSU com menor grau de estruturação*..... 108

5.5.3 *Espaços participativos descentralizados do CMS*..... 111

Considerações Finais..... 116

Referências 122

Apêndice A - Roteiro de Entrevista 1: Representantes do MSU no CMS de Porto Alegre..... 136

Apêndice B - Roteiro de Entrevista 2: Lideranças das Entidades do MSU representadas no CMS..... 138

Apêndice C - Roteiro de Pesquisa 3: Participação Individual Perfil do Representante de Espaços descentralizados do CMS..... 141

Apêndice D - Relação dos Entrevistados: Lideranças do MSU, representantes de entidades do MSU no CMS e de espaços participativos descentralizados do CMS..... 143

Anexo A - Categorização dos representantes dos usuários no CMS de Porto Alegre..... 144

Anexo B - Quadro e Mapa da Rede de Serviços de Saúde de Porto Alegre..... 147

Anexo C - Mapa da divisão político-administrativa de Porto Alegre..... 150

1 INTRODUÇÃO

O tema central da presente dissertação é a relação entre representantes de usuários dos serviços públicos de saúde e os seus respectivos representados em fóruns participatórios. No estudo a ênfase recai sobre as lideranças e representantes de entidades dos Movimentos Sociais Urbanos (MSU) e de espaços participativos descentralizados do CMS no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA).

As entidades do MSU, hoje, ocupam 64% das vagas reservadas ao segmento 'usuários', na composição do CMS de Porto Alegre. Esse segmento, por sua vez, compõe-se de diversas instituições, dentre elas, as entidades representativas dos Sindicatos de Trabalhadores, das Associações de Bairro e de Moradores, das Igrejas, Organizações Não-Governamentais (ONGS), bem como os Conselhos Populares, Conselhos Locais de Saúde, além dos Clubes de Mães e de entidades representativas de pessoas com deficiências ou com patologias.

A expressão 'usuários' indica o grupo de pessoas que se utiliza dos serviços ou recebem benefícios específicos das políticas públicas, neste caso, de saúde. Esse conceito também é adotado na legislação reguladora dos serviços de saúde, para designar, os participantes preferenciais, em fóruns de políticas públicas instituídos, nos níveis Municipal, Estadual e Federal (Brasil.Congresso, 1990 e 1993).

A presença dos 'usuários', por intermédio da participação na deliberação de políticas públicas, em Conferências e Conselhos de Saúde, é uma das diretrizes que foi instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Lei 8.080, de 1990, que regulamentou o SUS, o atendimento universal e a atenção integral à saúde seriam mais bem viabilizados e controlados mediante a descentralização político-administrativa e da participação da população em instâncias colegiadas (BRASIL, 1990a). As Conferências e os Conselhos de Saúde foram juridicamente instituídos como fóruns colegiados de

participação, [1] cujas composições incluem representantes do governo, dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde, dos profissionais e trabalhadores da saúde, e dos usuários. À representação dos usuários coube os cinqüenta por cento da composição legal desses fóruns; a outra metade dividida entre os demais segmentos.

Fóruns de caráter permanente, os Conselhos de Saúde são espaços de deliberação, circunscritos em cada nível de Governo do poder Executivo. Contudo, além de proporem estratégias, eles atuam "no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (BRASIL, 1990b). Nesse caso, as decisões tomadas nos Conselhos de Saúde deverão ser homologadas pelo Chefe do poder Executivo no nível correspondente.

Sobre a participação do segmento 'usuário' nos Conselhos de Saúde, alguns autores (BRAVO,1999; MOCINHO, 2000; TATAGIBA, 2002) têm ressaltado que a natureza dessa participação pode ser problemática, em função principalmente de três razões: (a) as entidades, que fazem parte dos Conselhos de Saúde estariam oferecendo um apoio incipiente ou até mesmo inexistente ao seu respectivo representante; (b) a maioria das entidades representadas pouco se envolveria no processo decisório; e (c) a representação dos usuários poderia variar de acordo com a existência (ou não) de articulação entre representante e entidade representada. Essas questões haverão de ser retomadas e discutidas no segundo capítulo deste estudo.

Diferentemente de outros trabalhos que enfocam a participação, a composição, ou a agenda de discussão dos Conselhos de Saúde, a presente investigação examina, especificamente, a relação entre representantes e representados. O interesse por este assunto deve-se, por um lado, à quase que inexistência de trabalhos acadêmicos que enfoquem o tema. Estudos sobre os movimentos sociais urbanos e participação (AZEVEDO ,1991; NUNES, 1985; SILVA, 1997; 1998 e 2001) e sobre a participação em fóruns colegiados (CECCIM,1990; CORTES, 1995; 1996; 1998 e 2002; LABRA, 2002; FUKS, 2002; TATAGIBA, 2002 e DAGNINO, 2002), tendem a privilegiar a análise da participação específica do movimento ou da entidade. Neles, não são focalizadas as formas de

[1] Os Conselhos e as Conferências de Saúde foram normatizados mediante Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) tema que vai ser abordado com maior profundidade no capítulo 2.

intermediação entre representantes e representados, nem os fatores dessa relação que interferem na construção da representação em fóruns participatórios.

Por outro lado, os trabalhos que analisam o envolvimento de usuários nos Conselhos de Saúde (CORTES, 1996 e LABRA, 2002) indicam que tal participação varia conforme as especificidades históricas, políticas e sociais da região ou do local no qual eles estão inseridos.[2] Este caso particular situa-se em Porto Alegre, uma cidade que, tradicionalmente, possui forte associativismo vinculado às lutas e reivindicações de demandas frente ao poder público Municipal (BAIERLE,1995; SILVA, 1997 e 2001 e IBGE, 1996). Basta lembrar, em especial no final da década de setenta e início dos anos oitenta, quando surgiram os movimentos reivindicatórios de setores populares, cujas demandas redundaram em ações de mudança social (TELLES, 1994; VALLA, 1999; VASCONCELOS, 2001 e DOIMO, 2003).

Na área da saúde, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e as Associações de Bairro promoveram inserções mobilizatórias para a obtenção de bens e serviços (CECCIM, 1990; CORTES, 1995 e RÉOS, 2003). O Conselho Popular da União de Vilas, na região-Grande Cruzeiro, teria constituído, em 1978, uma comissão de saúde e saneamento, na qual se reuniram, além de profissionais da área da saúde, vinculados aos serviços públicos da região, as lideranças do Movimento Social Urbano (MSU), para discutirem ações que pudessem viabilizar a organização da saúde no município de Porto Alegre.

Essas experiências de associativismo, localizadas em Porto Alegre, bem como as formas de lutas e reivindicações aqui empreendidas são fatores que exercem influencia na representação dos usuários junto ao CMS local, em especial junto às entidades do MSU. A escolha, por tais entidades, dentre as demais que constituem o segmento ‘usuários’, foi definida por se acreditar que essas organizações têm papel crescente nos Conselhos de Saúde, face ao gradual afastamento, desses espaços, das organizações sindicais de trabalhadores (CORTES, 2000).

---

[2] Ao realizar uma sistematização da literatura que trata dos Conselhos de Saúde, no período de 1996 a 2000, Labra (2002, p. 12) destaca que os estudos por ela examinados apresentam, de um modo geral, visões bastante pessimistas quanto ao modo de funcionamento e efetividade deles. Exceção seria feita ao caso de Porto Alegre, cidade na qual há uma tradição de associativismo catalisado por sucessivos governos do Partido dos Trabalhadores (PT).

Assim, diante de tão rica experiência, o objetivo principal deste estudo é verificar a relação entre o grau de estruturação de entidades do MSU e de espaços participativos descentralizados do CMS e o nível de autonomia e capacidade propositiva dos seus representantes em fóruns participatórios. Com esse intento, construímos hipóteses, que pressupõem que:

(a) quanto maior o grau de estruturação da entidade representada, menor o grau de autonomia do representante, configurando um tipo de representação política delegada, articulada com a entidade de origem; Ou então, quanto menor o grau de estruturação da entidade do MSU representada no CMS, maior o grau de autonomia dos representantes, delineando-se uma relação de representação política fiduciária mitigada, com certa autonomia e independência dos representantes;

(b) quanto maior a inserção política das lideranças e dos representantes de entidades do MSU em espaços públicos de participação, na articulação com outras entidades, instituições, com os profissionais da saúde maior a atuação política dos representantes; Ou seja, quando menor a trajetória de inserção política das lideranças e representantes de entidades do MSU, menor a capacidade propositiva deles; e

(c) quanto maior os de recursos capitais, principalmente, os políticos e culturais de representantes e de lideranças maior, a capacidade propositiva, em fóruns participatórios, isto é, quanto menor os recursos de capitais que o representante possui menor seria sua capacidade de proposição.

Cada uma dessas dimensões, acima referidas, foi analisada, a partir de dados empíricos, que foram obtidos por meio da realização de uma pesquisa social empírica, que buscou incorporar as questões do “significado e da intencionalidade” como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Essas últimas foram tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, tal como construções humanas significativas (MINAYO, 1999)

A presente pesquisa social (Estudo de Caso) combinou as seguintes estratégias metodológicas: (a) pesquisa documental; (b) realização de entrevistas semi-estruturadas; e

(c) observação. Mediante a análise dos documentos – estatutos, regimentos internos, atas e relatórios de atividades –, pretendeu-se investigar as características infra-estruturais, os interesses, as finalidades e as ações prioritárias das entidades que integraram o estudo.

A entrevista semi - estruturada é uma metodologia de coleta de dados amplamente empregada. Optamos por ela por ser, como indica Farr (apud Gaskell, 2003: 65) "essencialmente uma técnica, ou método para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou ponto de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista". Ainda referindo Gaskell:

> Toda a pesquisa com entrevista é um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca [...] ela é uma interação, uma troca de idéias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas [...] tanto o (s) entrevistado (s) como os entrevistadores (es) estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimentos (GASKELL, p. 73).

Por intermédio das entrevistas, pretendeu-se investigar o grau de autonomia e os capitais dos representantes e dos representados, bem como estudar o processo de escolha de representantes e as relações que estes e as lideranças estabelecem com outras entidades.

Os critérios de seleção dos entrevistados foram os seguintes. As regularidades de presença nas Plenárias do CMS de Porto Alegre; selecionamos, para estudo, os representantes 'usuários'; com maior e com menor número de presenças nas reuniões plenárias do CMS realizadas no período compreendido entre agosto e dezembro de 2003. Outro critério considerado foi o de gênero. Como a maior parte dos representantes de usuários eram homens foram selecionados quatro entrevistados do sexo masculino e três do sexo feminino. Para tanto, realizamos um levantamento nas listas de presença das reuniões plenárias ordinárias e extraordinárias do CMS. Foram selecionadas ainda lideranças das entidades das quais provinham os representantes de usuários, no caso das entidades do MSU. Os representantes dos espaços participativos descentralizados do CMS não tinham entidades as quais se referir. No total, foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas;

cinco com lideranças das entidades do MSU; cinco com representantes das entidades no CMS; e duas com representantes de espaços participativos descentralizados do CMS.

Foram ainda realizadas observações nas reuniões do CMS e junto às entidades do MSU, mediante as quais, buscou-se verificar como foram escolhidos os representantes, auscultar as condições de infra-estrutura de apoio que os representantes dispõem em suas entidades, como também, as formas pelas quais representantes e representados interagem tanto entre si, quanto em espaços participativos descentralizados do CMS e outros (reuniões das entidades do MSU, do Conselho Gestor de Unidades de Saúde, das Plenárias do CMS e das Pré-Conferências e Conferências de Saúde).

As entidades do MSU foram classificadas de acordo com o seu grau de estruturação. Com maior grau de estruturação foram consideradas aquelas entidades que possuíam sede própria, realizavam reuniões periódicas entre a sua direção e a base social e cujas lideranças estavam inseridas em diversos espaços públicos de participação e nas quais a questão saúde constava entre as suas prioridades de ação. Com menor grau de estruturação foram consideradas as entidades que não possuíam sede própria, não possuíam cronograma de reuniões sistemáticas entre a direção e com sua base social e a questão saúde não constava entre as principais prioridades de ação. Os Conselhos Distritais e Locais de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF) foram considerados como espaços participativos descentralizados.

Esta dissertação estrutura-se em quatro capítulos: o primeiro enfoca os conceitos teóricos centrais, os movimentos sociais urbanos, representação política, capital e fóruns participatórios. Além disso, enfoca-se a ação coletiva desses atores, a luta pela autonomia e identidade em um contexto de exclusão e empobrecimento. Igualmente, buscamos trazer a relação de representação política (ainda difusa) de representantes em espaços participatórios e os capitais, adquiridos pelos representantes ou pelos delegados das entidades, como recursos de poder em fóruns participatórios.

No segundo capítulo, está a nossa tentativa de descrever a tecedura social, movimento de unidade dos diferentes campos ético-políticos Societal e Estatal, o qual, resultou na democratização do Estado e na instituição dos espaços públicos de participação,

neste caso, a política pública de saúde. Buscamos descrever também os contextos sócio-político culturais diferenciados em que está inserida a representação dos usuários.

O terceiro capítulo é dedicado à contextualização da cidade de Porto Alegre, em seus aspectos sócio-demográficos, políticos, econômicos e culturais, assim como os impactos desse contexto de associativismo na política de saúde. Buscou-se considerar o modo como vai-se constituindo o associativismo urbano e como este articula-se na defesa dos interesses da população local. Nesse contexto de representação plural de interesses, merecem destaque o surgimento, a organização e a forma como o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre foi-se constituindo, e a sua trajetória na deliberação, fiscalização e garantia da qualidade do atendimento à saúde da população no município, e a forma como foi construindo a sua estrutura participativa descentralizada.

O último capítulo, por fim, refere-se, especificamente, ao nosso estudo de Caso Social. Abarcando a caracterização dos entrevistados: lideranças de entidades do MSU, representantes de entidades no CMS e representantes de espaços participativos descentralizados do CMS; e a análise da existência (ou não) de relação entre o grau de estruturação das entidades do MSU e dos espaços descentralizados do CMS e o nível de autonomia e capacidade propositiva de seus representantes em fóruns participatórios.

2 MOVIMENTOS SOCIAIS URBANOS E REPRESENTAÇÃO POLÍTICA E O CAPITAL POLÍTICO E CULTURAL EM FÓRUNS PARTICIPATÓRIOS

Este capítulo examina os conceitos centrais que orientam esta análise, quais sejam: os Movimentos Sociais Urbanos (MSU) no Brasil, as formas de representação política em fóruns participatórios de políticas públicas, e os capitais, empregados que representam recursos de poder, pelos representantes na sua interação com outros representantes.

As referências bibliográficas sobre os MSU, além de contextualizá-los, buscam ressaltar a relevância deles no processo de intermediação dos interesses da população local junto ao Estado. Assim sendo, as formas de representação política serão expostas com o intuito de evidenciar o caráter delas, em espaços participativos descentralizados, inseridos nos novos processos de gestão pública. A pluralidade dos atores que compõem os mecanismos de participação aponta, por um lado, para a função intermediadora dos MSU – ou seja, para os interesses da população na relação da sociedade organizada com o Estado; e; por outro, indica a assimetria que se desenha nas relações entre os diferentes atores que atuam nos espaços participativos descentralizados, em um contexto de desigualdades e de exclusão.

2.1 Contextualização dos Movimentos Sociais Urbanos (MSUs)

A Sociologia da década de oitenta foi marcada pelo tema dos movimentos sociais. [3] Mesmo aqueles que não compartilham da posição de Touraine (1978), para quem o objeto do estudo da Sociologia são os movimentos sociais, reconhecem que esta temática tenha

[3] Dentre a ampla literatura sobre o tema, Santos (2000) destaca os estudos realizados por Scott (1990);Dalton e Kuechler (1990) – ambos relativos aos Movimentos Sociais dos países capitalistas avançados; e os estudos de Scherer-Warren e Krischk (1987), e Laranjeira (1990), que Analisam os Movimentos Sociais da América Latina.

prevalecido sobre as demais, tanto nos países capitalistas avançados, quanto na própria América Latina (SANTOS, 2000, p. 256).

Ao tratar dos movimentos sociais, diferentes matrizes teóricas produziram um emaranhado conceitual. Tal tecedura reflete-se na diversidade de conceitos que são empregados para definir objetos com características semelhantes: movimentos sociais, novos movimentos sociais, movimentos sociais urbanos, movimentos sociais populares, e movimentos populares. Essa diversidade de conceitos, que pode ser vista nos inúmeros estudos, tem dificultado a adoção da categoria MSU. Pela própria complexidade do tema, não existe um conceito único sobre o movimento social; existem, isso sim, concepções variadas, que são empregadas conforme o paradigma orientador de cada uma das análises (GOHN,1997, p. 13).

Considerando que este trabalho se debruça sobre as relações mantidas entre as lideranças dos MSU – ativistas que representam organizações do MSU -, e as lideranças de outras organizações, é a natureza desses movimentos que buscaremos compreender por meio da revisão bibliográfica que passaremos a apresentar. Convém sublinhar que a ênfase recaiu sobre as análises do MSU no Brasil; no entanto, não ficou restrita a esse enfoque.

Um conjunto de trabalhos de grande influência para o entendimento do MSU, tal como um fenômeno sociológico, é de autoria de Scheren-Warren (1995, 1996 e 1998). Segundo essa autora (1996: 14), os mais expressivos estudos, realizados sobre o tema, podem ser divididos em quatro subgrupos, de acordo com a época em que foram realizados: (a) de meados do século XX até a década de 70 (CASTELLS; KOVARIK; FALETTO); (b) durante os anos 70 (TOURAINE; CASTELLS e MÉRIDA); (c) durante os anos 80 (JACOBI; CALDERON; MELUCCI; OFFE; HABERMAS, GUATTARI); e (d) no decorrer dos anos 90 (BURGWAL, 1990; DOIMO, 1995; GOHN, 1995 e 1997; SCHEREN-WARREN, 1995, 1996 e 1998). Para essa mesma autora, a influência de cada um desses tipos de interpretação não desapareceu de um período para outro, mas manteve-se coexistindo com os anteriores – ora impondo-se, ora convivendo tanto conflituosamente, como paralelamente (SCHEREN-WARREN, 1996, p. 16).

A perspectiva dos anos setenta é influenciada pelos paradigmas teóricos que, na época, dominavam o pensamento sociológico: o marxismo e o funcionalismo. A análise dos movimentos sociais não poderia, dessa forma, deixar de ser influenciada, principalmente, pelo primeiro: os movimentos sociais, assim, eram vistos como a expressão das lutas de classes. Segundo a mesma autora, nessa década, o pensamento social brasileiro dirige seu foco, em especial, à sociedade civil organizada, às lutas de classes, e aos movimentos sociais. Para ela, esses últimos, nos anos 70, promoveram lutas nacionais – populares, na construção da vontade coletiva (SCHEREN-WARREN, 1996, p.15).

Nos anos oitenta, esse foco vai se dirigir aos 'movimentos sociais' de base (*grassroots*). No lugar das análises dos processos históricos globais, surgem os estudos específicos sobre grupos organizados e sobre a identidade dos movimentos. Para a autora, essa categoria agrega vários conceitos. Tanto assim, que classe social, movimento popular e movimento social substituem o conceito de luta de classe. Um elemento inovador nessas análises é o resgate dos aspectos positivos da cultura político-popular e de base (espontaneidade, autenticidade e 'comunitarismo'). Os estudos realizados nesse período vêem os movimentos sociais no contexto de Estado-nação, especialmente na América Latina. Para eles, os MSU ou buscavam a interlocução com a esfera governamental, ou denunciavam a falta de diálogo e de negociação com os governantes durante os regimes ditatoriais.[4] Nesse cenário, os sujeitos sociais são múltiplos: novos movimentos sociais (NMS), movimentos étnicos, ecológicos e de gênero, e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Tudo isso traz, para o espaço público, questões que, antes, eram tidas como de domínio privado (SCHEREN-WARREN, 1996, p. 17).

Nos anos noventa, os movimentos sociais passam a ser analisados como redes de movimentos sociais (*networks*).[5] As pesquisas sobre MSU, na América Latina e no Brasil,

---

[4] Os referenciais teóricos desse período abrangiam estudos sobre o binômio autoritarismo *versus* democratização (O'DONNEL, 1982; WEFFORT, 1984; VIOLA e SHEREN-WERREN, 1998 e GOHN, 1997.

[5] Essa noção de rede é a sociológica. Ela é entendida a partir da idéia de redes de articulação política, ideológica e simbólica - "estratégia de ação coletiva ou seja, como conceito propositivo de atores coletivos, movimentos sociais" (SHEREN-WAREN, 1999, p. 23). O conceito de rede é adotado, aqui, como sinônimo de teia, num sentido estritamente empírico-descritivo. São redes de comunicação interpessoal, que podem-se diferenciar funcionalmente, assumindo a forma de associações providas de certa institucionalidade (COSTA, 1997, p. 121).

concentram-se no surgimento de práticas políticas que articulam ações no nível local, bem como na constituição das redes de movimentos. Nesse período, é acentuada a crise do regime fordista das instituições sociais e políticas; ou, então, a crise do Estado nacional, diante da globalização tanto da economia, quanto das instituições que, com ela, vão-se desenvolvendo (as empresas multinacionais, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial). Esse processo apresenta novos desafios, que conduzem à reflexão sobre a relação da pessoa com o seu contexto social; ou então a relação do indivíduo com o coletivo; ou, ainda, do sujeito com o movimento (SCHEREN-WARREN, 1996, p. 22).

No contexto desses anos noventa, duas questões mereceram destaque, segundo essa mesma autora: (a) a proposição dos movimentos; e (b) a estratégia de organização da ação.

A proposição do MSU pressupõe uma nova utopia de democracia, que é marcada por relações políticas horizontais, como também, pelo reconhecimento e pelo respeito à diversidade cultural e ao pluralismo ideológico. Como estratégia, o MSU aposta na possibilidade de serem criados fóruns mediante a participação de associações de bairro, de mulheres, ou das pastorais; o MSU aposta, ainda, na possibilidade de ser estabelecido um elo entre o local (ou o específico) e o global.

Ainda referindo Scheren-Warren, em outra obra dela, tem-se a adoção de uma perspectiva sócio-política e cultural na qual os movimentos sociais são caracterizados pela prática de ações coletivas, que se relacionam aos contextos históricos e sociais diferenciados, em que eles estão inseridos. Três tipos de ações podem ocorrer, segundo essa autora (1999, p. 14-16): (a) ações de caráter contestatório, como por exemplo, a realização de denúncias, de protestos, deflagração de conflitos e oposições organizadas; (b) ações de caráter solidário, como a cooperação e parcerias para resolução de problemas sociais; e (3) ações propositivas, como a elaboração de propostas e de projetos alternativos com vistas à transformação social. Um mesmo movimento pode empreender, simultaneamente, os três tipos de ação coletiva. Nesse estudo o movimento social urbano é entendido como,

> ...conjunto mais abrangente de práticas sócio-políticos-culturais que visam à realização de um projeto de mudança (social, sistêmica ou civilizatória), resultante de múltiplas redes de relações sociais entre sujeitos e associações civis (SCHEREN-WARREN, 1999, p. 17).

Outros autores, igualmente, contribuem para a compreensão dos MSU. Dentre eles, destacam-se: Melucci, 1994; Baierle, 1994; Silva, 1987 e 2001 e Gohn, 1995, 1997 e 2001.

Para Melucci (1994, p. 168 - 169), é possível analisar a ação do MSU de acordo com: (a) o potencial de mobilização; (b) as redes de recrutamento; e (c) a motivação para a participação.

O potencial de mobilização pode ser percebido mediante as relações estabelecidas entre os diferentes atores, na construção da identidade em torno de uma temática. Além disso. Ela pode ser detectada na negociação das ações. As redes, por sua vez, seriam fundamentais para o acontecimento das interações, das negociações e, também, de produção de compromissos entre os atores envolvidos. E, por último, a motivação para a participação resultaria do processo de interação entre os diferentes atores. Essa perspectiva percebe a ação coletiva dos MSU tal como uma construção social – fruto da negociação e da renegociação entre os atores envolvidos (MELUCCI, 1994, p. 154).

Silva (1997, p. 57) considera que as precárias condições de vida da população nas periferias urbanas, assim como a luta frente ao Estado, pelo acesso aos bens e serviços básicos (água, escola e saúde, por ex.), fomentaram a organização do MSU. Uma das preocupações desse autor refere-se ao entendimento da ação coletiva do MSU, a qual, segundo ele, Para ele, é um processo construído mediante a articulação entre a intencionalidade do ator e as oportunidades e condicionamentos inseridos no campo de possibilidades da ação. A primeira é entendida como uma construção da identidade, da experiência e do projeto dos atores. As oportunidades e os condicionamentos, por sua vez, fazem parte do campo das relações sociais objetivas – simbólicas, econômicas, políticas, culturais e institucionais –, fazem parte, também, do campo dos condicionamentos subjetivos – contidos nos discursos e nas representações dos atores. As principais características, destacadas por Silva (1997, p. 52 - 59) para identificar a ação dos MSU são: (a) a centralidade nos locais de moradia com relações que se construíram nos contatos cotidianos; (b) a experiência de uma trajetória de privações e carências históricas; (c) a experiência de exclusão da condição de cidadãos, a qual se expressa no não-acesso aos

‘direitos básicos’ – alimentação, moradia, trabalho, saúde, transporte e educação; (d) a luta coletiva pela melhoria da qualidade de vida e bem-comum de uma comunidade; e (f) a interação com outros atores.

Segundo o mesmo autor (SILVA, 2002, p. 28 – 29), a ação dos MSU acabou por incorporar influências de outros atores, com os quais eles interagiam. Esse processo pode garantir maior ou menor autonomia aos atores, numa influência que varia de acordo com a capacidade que eles têm de processar informações externas - de acordo com a respectiva identidade, as experiências acumuladas e os projetos. Os movimentos sociais, em função das diversidades de demandas relativas aos interesses da população em geral, não viriam a se unificar. Isso porque não houve uma articulação ‘central’ com capacidade de substituir uma ‘classe social’, no enfrentamento das contradições e das influências do modo capitalista. O que caracteriza os MSU, para esse autor, é a concepção pluralista que eles têm; e o não-reconhecimento dessa pluralidade faz desaparecer exatamente o que diferencia os MSU dos outros atores, igualmente contestadores, porém, orientados por um projeto totalizante.

Conforme alerta Baierle (1994, p. 15), seria necessário romper, por um lado, com o mito dos movimentos sociais tais como sujeitos dotados de unidade objetiva e marcados por um processo de mobilização permanente. Por outro, dever-se-ia entender a atuação dos MSU como se fossem teias de articulações sociais e de produção de sentido – no âmbito institucional, sem que isso signifique a captura deles pelo poder ou, então, a estatização dos mesmos. Segundo esse autor, os MSU podem ser vistos como o conjunto de formas de ação e de construção de identidades coletivas, implica a luta pelo acesso à cidade e à cidadania (BAIERLE, 1994, p. 1).

Gohn (2001, p. 13 - 14) analisa os MSU sob a ótica da constituição de mecanismos participatórios governamentais, nos quais as suas lideranças poderiam apresentar demandas e proposições. A autora destaca, no entanto, que a prática de participação dos MSU, presente no processo de democratização da sociedade brasileira, já existia até mesmo antes da instituição dos mecanismos de participação. Para essa autora, os estudos sobre participação estariam relacionados, essencialmente, à busca de acesso aos direitos sociais e à cidadania, em outras palavras, vincular-se-iam às lutas por melhores condições de vida.

As contribuições de Scheren – Warren, no âmbito desta investigação situam-se no sentido de resgatar e interpretar historicamente os MSU no Brasil; elas estão, também, na noção de rede, percebida a partir da idéia de uma articulação política, ideológica e simbólica entre os MSU e as diferentes formas de expressão das ações propositivas.

Para Melucci (1994), há que se destacar o potencial mobilizador, motivador e de recrutamento de atores que os MSU conquistaram nas relações estabelecidas, por eles, tanto entre si, como com outros atores e com o meio ambiente.

Esse primeiro grupo de autores, vistos até agora, é fundamental para a conceituação e o exame da natureza dos MSU. Por outro lado, o segundo grupo indicado anteriormente, tem sua relevância, por localizarem a tendência de ação do MSU, como representantes da sociedade civil organizada, [6] em mecanismos de participação política.

Silva (2002) indica que o caráter pluralista é o fator que caracteriza e diferencia a ação dos MSU da ação dos outros atores sociais, que se orientam por projetos totalizantes. Para Baierle (1994), a ação dos MSU - por acesso à cidade e à cidadania está localizada em territórios urbanos determinados e em espaços públicos de participação. Gohn (2000) enfoca que o acesso e a garantia de direitos povoa a centralidade da ação do MSU.

Após esta rápida síntese do debate sobre os MSU, são apresentados vários autores que discorrem sobre o conceito-chave deste estudo – a representação política. O tema será enfocado sob dois aspectos: como mecanismo de democracia em sociedades liberais e

[6] A categoria de Sociedade Civil, aqui, é entendida, genericamente, como um ator que aglutina cidadãos e atores coletivos plurais, os quais lançam mão de recursos materiais e simbólicos para implementar lutas mais ou menos universalizadas. Ela se constitui num espaço específico de força política que, na pluralidade de formas organizativas (associações, movimentos, ONGS, sindicatos, redes, articulações), tem a pretensão de captar os anseios e os problemas sociais, e ressoá-los de forma mais ou menos organizada, mais ou menos universalizada, no espaço público, demandando solução de problemas e apresentando propostas que têm potencial de se tornarem soluções públicas, coletivas, institucionais. Nesse sentido, a sociedade civil organizada é um espaço de geração de novos direitos e de novos valores capazes de preservar os laços de solidariedade e de comunicabilidade, via de regra sufocada tanto pelos sistemas de poder (Estado), quanto pelo dinheiro (Mercado) (CARBONARI, 2002).

como tentativa de construir um referencial de análise sobre a representação em fóruns participatórios.

2.2 Representação Política em Fóruns Participatórios

As instituições representativas surgiram na Europa Ocidental, em fins do século XIV, e foram-se fortalecendo com a democracia liberal do século XIX e, também, com as revoluções burguesas. Manin (1995) considera que a questão da representação é controversa. A maioria dos autores, que tratam do tema, destaca que os representantes seriam os profissionais da política, que são eleitos para exercerem a função com dedicação exclusiva.

Revisando a bibliografia alusiva ao tema, encontramos alguns autores que nos auxiliam na delimitação do conceito de representação política. Dentre eles, destacam-se (PITKIN, 1979; COTTA, 1985; MANIN, 1995; e LABRA, 2001).

Cotta (1985) e Manin (1995) Vêem essa questão sob o prisma de os mecanismos de representação política serem típicos das democracias liberais. Para Manin (1995, p. 23), o representante político é habilitado, por meio de um processo eleitoral, a ‘substituir’ o representado; porém, o povo tem o poder, graças à liberdade de opinião pública, como sujeito político, de intervir, com certa unidade e força, sobre a atitude desse representante.

Para esse autor, quatro princípios assinalam o governo representativo moderno: o primeiro seria a eleição dos governantes pelos governados, a intervalos regulares. Essas consultas sistemáticas são a revelação de um juízo do povo sobre os seus governantes. O segundo princípio seria o fato de os representantes conservarem, em suas iniciativas, uma margem de independência na sua relação com os representados**.** Para o autor, **“**a democracia representativa não é um regime em que os governantes estão rigorosamente obrigados a colocar em prática os desejos dos governados”. O terceiro princípio seria o de que uma opinião pública sobre os temas políticos poderia se expressar fora do controle dos representantes. A liberdade de opinião pública exige publicidade nas decisões; também, numa via de duas mãos ela requer a liberdade de expressão das opiniões políticas. O quarto

e último princípio seria a decisão coletiva, que é tomada ao final da discussão. Manin (1995, p. 31) considera que “o sistema representativo sempre tem sido pensado e justificado como um sistema político em que uma assembléia é para decidir, uma instância composta de uma pluralidade de indivíduos, desempenha um papel decisivo” .

Cotta (1985, p. 1102 - 1103) apresenta o seu conceito de representação política: “um mecanismo político particular para a realização de uma relação de controle (regular) entre representantes e representados”. Para ele, o sentido da representação política está, portanto, na possibilidade de exercer controle sobre o poder político, atribuído a quem não pode exercê-lo pessoalmente. O autor propõe três modelos interpretativos para a relação na representação política: (a) relação de representação política por delegação: (b) relação de representação fiduciária; e (c) relação de representação como espelho (também chamada representatividade sociológica).

Na representação por delegação, o representante careceria de iniciativa e de autonomia; e a ação dele tenderia a ser muito mais por meio de instruções que ele viesse receber. Esse seria o caso, por exemplo, da representação dos interesses nacionais por intermédio de diplomatas: o conteúdo dessa representação é controlado pelo representado. Entretanto, Cotta admite que a representação delegada compõe algum nível de vínculo com os representados (1985, p. 1102).

Por outro lado, na representação fiduciária, o representante teria autonomia, supondo-se que o interesse dos representados fosse a sua única direção para a tomada de decisão. Por fim a relação de representação como espelho concebe o organismo político representativo tal qual um microcosmo, que reproduzisse, fielmente, as características do corpo político. Essa representação também é conhecida como representação sociológica, à medida que se refere a perfis não políticos, como por exemplo, os grupos religiosos, étnicos, raciais e de gênero. As subdivisões sociais poderiam provocar conflitos tendo em vista que os representantes têm a tendência de defender, preferencialmente, os interesses do grupo; isso tornaria precária a defesa do interesse público (COTTA, 1985, p. 1105).

Cotta conclui que, em um sistema político representativo, nenhum desses três modelos existe, na prática, em sua forma mais pura. Porém, o próprio autor entende que

não há representação sem que esta esteja inserida ou numa instituição, ou na complexa rede de instituições políticas. Isso remete a duas questões centrais: (a) as condições da representação; e (b) o grau de incidência que a representação tem sobre as outras instituições.

Tais questões estão condicionadas, tanto pela comunicação quanto, pela informação das mensagens políticas enviadas as bases. Elas se condicionam, também, por fatores culturais.

Pitkin (1979) desenvolve o conceito de representação substantiva, que se refere à substância de determinado segmento. O conceito baseia-se na idéia do representante agir pelo outro e

> não no sentido meramente formal de que a pessoa tenha sido autorizada ou vá ser considerada responsável, mas considerando a substância real por trás da formalidade: atividade de representar (PITKIN, apud, CORTES, 2002, p. 175)

O modo como a autora enfoca a questão, permite- nos analisar uma distinção entre a posição formal ou legal do representante e a daqueles que são representados, em termos de ação. Assim, para esta perspectiva, muito mais importante que a delegação formal ou se os representantes simbolizam, ou se parecem, com os representados, é a substância da atividade identificada com os interesses das respectivas entidades associativas (CORTES, 2002, p. 175). A autora introduz a noção de que a representação substantiva independe das características do representante: ele pode ter melhor condição social, maior capacidade representativa, de argumentação e de liderança, o que seria desejável para os representados. Isso por que o importante, nessa relação, é a identificação do representante com o grupo ou entidade representada. O que vai lhe dar legitimidade são as ‘bases’ que vão legitimar a sua função de representação. Por isso, os representantes devem ser escolhidos ou indicados por suas entidades associativas; essas, por sua vez, responderão pelos atos políticos de seus representantes. Tais entidades detêm o mandato do representante; assim, elas podem substituí-lo, em casos de não cumprimento das responsabilidades acordadas.

Em outra obra, Pitkin destaca, porém, que a literatura que trata da representação como ‘substância de uma atividade ou modo de agir’ apresenta limites no que concerne à definição do papel do representante e do que se poderia esperar dele (PITKIN, 1979, p. 19). Nessa perspectiva, configuram-se duas formas de compreensão da representação: a representação pelo mandato e a representação independente. Na primeira, o papel da representação estaria relacionado ao cumprimento da função conforme o que foi designado pelos representados; ou seja, o representante teria a obrigação de fazer o que é esperado dele. No que tange à representação independente, o representante deteria certa autonomia, e ele poderia agir com independência, de acordo com o seu próprio julgamento.

A representação substantiva, segundo Pitkin (1979) indica que o representante estaria identificado, e sua ação, seria o reflexo dos interesses de determinado grupo. Esse tipo de representação, segundo a autora, não exige que o representante reúna-se, com freqüência, com a respectiva base, para saber como representá-la.

Para Labra (2002), as teorias disponíveis sobre a representação política em fóruns de participação, no que diz respeito à representação da sociedade civil organizada, dão conta do tema apenas parcialmente. Essa autora reproduz os seguintes aspectos, que poderiam auxiliar no entendimento do conceito de representação em mecanismos participatórios: (a) político, (b) finalidade, e (c) conteúdo (LABRA, 2002, p. 23 – 24).

A representação como princípio político, significa a relação mediante a qual um indivíduo ou um grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas. Ela pode ser entendida, igualmente como o cuidado com os interesses de outrem; significa, pois, reproduzir, refletir ou evocar as características de alguém ou de algo. Em relação à finalidade, a representação pode ser definida como um particular ‘mecanismo político’ para a consecução de uma relação de controle (regular) entre representantes e representados. E, por último, quanto ao conteúdo, a noção abarcaria os aspectos da função representativa e do papel dos representantes.

Recorrendo às idéias de Paiva, Labra destaca a representação comunitária como um mecanismo surgido em um espaço construído pelos moradores. Os problemas emergentes na coletividade e as demandas por melhores condições de vida teriam direcionado os

> movimentos sociais urbanos para a realização de ações coletivas. Estabeleceram, assim, uma forma de intermediação e de interlocução organizada – as associações de moradores –, as quais seriam os veículos das demandas frente ao Estado (Labra, 2002, p. 26). Nesses termos, a representação comunitária não se identificaria com a representação política tradicional, muito menos com a corporativa. Essa modalidade de representação estaria muito mais vinculada à representação geral de interesses de determinada população.

A contribuição de Cotta, a este estudo, refere- se ao conteúdo da função representativa e ao papel dos representantes na relação de representação política. Embora esse autor analise a representação política tradicional, no âmbito da relação delegada, nas relações fiduciária e como espelho ou sociológica, essa tipologia pode-nos auxiliar na construção de categorias de análise das formas de representação política em fóruns participatórios. Por seu turno, Pitkin desenvolve o conceito de representação substantiva de determinado segmento, o qual se baseia na idéia de o representante agir por outro. A autora considera que o relevante é a responsabilidade de um representante legítimo no agir em nome de outros. Piktin não aponta, porém, a maneira como se dá o controle dos representantes pelos representados.

Para Labra as teorias disponíveis sobre a representação política em fóruns de participação, no que diz respeito à representação da sociedade civil organizada em espaços de participação, dão conta apenas parcialmente do tema.

Com base na literatura (MANIN, 1995; COTTA, 1985; PIKTIN, 1979; BOURDIEU, 1991 e 2003 e LABRA, 2002) e considerando, também, a realidade empírica aqui examinada, esta pesquisa recorreu a dois conceitos básicos de representação política para empreender a análise da relação entre representantes e representados do MSU no CMS de Porto Alegre. Procurou-se adequar a classificação proposta por Cotta, e utilizada por Labra, para analisar representantes em fóruns participatórios, quais sejam: (a) relação de representação política delegada, na qual a entidade exerce algum tipo de controle sobre seus representantes; e (b) relação de representação política fiduciária, mitigada na qual os representantes detêm relativa autonomia e independência frente aos representados.

Os recursos de capital, segundo Bourdieu, são utilizados estrategicamente pelos representantes, como recursos de poder na relação entre os representantes de diversos segmentos e suas respectivas instituições. No presente estudo, estaremos conceituando os capitais políticos e culturais além de outras formas de capitais, com o intuito de entender como os MSU utilizam tais recursos nas relações que eles estabelecem tanto com os seus representantes, quanto com as redes que os apóiam e com outros atores sociais em espaços públicos de participação.

2.3 Capital Político e Cultural

Bourdieu (2003) trabalha com a noção de representação, no plano da identificação entre representantes e representados, a partir da idéia de 'ocupação de espaços sociais' similares no contexto social. Em outra obra, ao criticar os limites da democracia liberal representativa, esse autor argumenta que "nada é menos natural do que o modo de pensamento e ação que é exigido pela participação no campo político", pois "o *habitus* político supõe uma preparação especial, [...] um *corpus* de saberes, domínio, prática" (BOURDIEU, 2003, 169).

Para o exercício da representação, o representante necessita adquirir certa competência política exigida pelo campo. Essa competência envolveria três níveis: (a) aprendizagem do *corpus* específico, isto é, teorias, problemáticas, conceitos, tradições históricas, dados econômicos, dentre outros; (b) o domínio da linguagem, de uma retórica política, ao debater com os 'profanos', necessária nos contatos com os profissionais; e (3) alguma iniciação, ou seja, provas e ritos de passagem que tenderiam a inculcar o domínio prático da lógica do campo político. Esse sentido prático dos representantes intermediasse em orientação para as tomadas de decisões possíveis e impossíveis, bem como para conhecer (e inclusive, para escolher) as posições 'convenientes e convencionadas'.

Bourdieu (2003) focaliza os atores sociais individuais ou institucionais que, de posse de maior ou menor quantidade de capital, têm determinada disposição para realizar

ações nos campos sociais, políticos ou culturais. O capital social forma-se a partir de um conjunto de relações potenciais sociais, que o ator mobiliza. Essas relações podem ser mais ou menos institucionalizadas; e elas são fruto da capacidade de articulação e de solidariedade entre os atores em determinado campo social. O capital simbólico, por sua vez, manifesta- se no conhecimento e no reconhecimento de uma das formas de capital que o ator possua e que, pelo reconhecimento, atribui- lhe poder político. Esse tipo de capital leva ao exercício de influência do poder de alguns atores sociais sobre outros atores ou sobre um conjunto de atores no, espaço social, mediante a dominação legítima (MARTINS, 2003). E o capital cultural é assinalado, por um lado, pela educação formal – acesso à escola, à universidade – e, por outro, por um somatório de valores, crenças, formas de comunicação e falas que constituem o espaço no qual o ator está situado (CORTES, 2003).

Bourdieu (2003, p. 172) levanta a questão de que a política tem-se tornado um monopólio de profissionais. As pessoas comuns, particularmente aquelas que carecem tanto da competência social para a política, quanto dos instrumentos para a produção de discursos e atos próprios, têm-se tornados consumidores; e, assim, delegam poder a seus representantes. Atitudes como a de se abster de votar podem denotar uma recusa em participar como consumidor; isso vem favorecer a concentração desse capital nas mãos de uma elite política. Outros fatores podem interferir nessa participação política: a falta de capital econômico e o comprometimento com a sobrevivência (própria e da família); Esses fatores impossibilitam o acesso a capitais culturais, que podem vir a ser convertidos em importantes instrumentos de participação no mercado político (CORTES, 2004, p. 5).

A competência social no campo de relações dos representantes é adquirida por meio de instrumentos materiais tais como: o capital econômico, que aglutina um conjunto de bens materiais disponíveis no espaço físico; o capital cultural fator importante que auxilia na produção e na formação das competências técnicas e políticas. Essas, por sua vez, possibilitam acesso ao campo político.

O espaço social [7] é identificado como local onde acontecem as relações entre os

---

[7] Os espaços sociais só podem ser compreendidos pela identificação do princípio gerador que funda essas diferenças na objetividade – a estrutura de distribuição de formas de poder (tipos de capital) eficientes no universo social considerado e que variam, portanto, de acordo com lugares e momentos. “A topologia que

diferentes atores de diferentes campos, a correlação de forças e as lutas sociais. A noção de campo, segundo Bourdieu (2003, p. 134 - 135) é, "o *lócus* onde se trava uma luta concorêncial entre os atores em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão"

O espaço social e o campo são movimentados pelos atores (individuais e institucionais), os quais, por meio de estratégias, possibilitam a produção (ou não) das mudanças desejadas. Essas estratégias são o produto da incorporação da necessidade e dos interesses dos atores, a partir da identidade que eles têm com determinada situação, bem como a partir dos seus projetos políticos e propostas frente a determinadas realidades. O volume de capital potencial de cada ator social pode condicionar as estratégias que serão empregadas por outros atores.

Bourdieu, ao tratar do capital e da representação política, faz referência aos representantes 'profissionais" com mandatos eletivos. Entretanto, optamos por adotar a noção de capitais de Bourdieu, por entender que eles permitem a realização da analise da interação de diferentes representantes em um mesmo campo social.

As formas de participação do MSU, nas políticas públicas, são mediadas por fóruns participatórios, que foram instituídos no processo de democratização do Estado brasileiro, ocorrido nos anos oitenta. O tipo de representação instituído configura-se em um amálgama de democracia participativa com democracia representativa.

---

descreve um estado de posições sociais permite fundar uma analise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura de distribuição das propriedades ativas e, assim, do espaço social. È isso que acredito expressar quando descrevo o espaço social global como um campo, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja a necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou transformação da estrutura"(BOUDIEU, 1996, p.50).

2.4 Surgimento dos Fóruns Participatórios

Vários autores têm chamado a atenção para a instituição de espaços públicos de participação, também denominados fóruns participatórios, em diversas áreas e diferentes níveis da administração pública no Brasil. Dentre tantos, referenciamos Bravo, 1995; Cortes, 1995, 1998, 2002 e 2003; Carvalho, 1998; Raichelis, 2000; Valla, 1998; Dagnino, 1990 e 2002; Tatagiba, 2002; Gohn, 2001 e Fuks, 2002.

Segundo Cortes (2003), dentre esses fóruns participatórios podem-se destacar os conselhos de políticas públicas, nas áreas de saúde, assistência social, trabalho e emprego, desenvolvimento rural e educação. Além disso, destacam-se as experiências de Orçamento Participativo, promovido por administrações Municipais, particularmente naquelas cidades governadas por partidos de esquerda. Entre os conselhos de políticas públicas, os da área da saúde foram os primeiros a ser legalmente instituídos e regulamentados (Brasil, 1990). O modo como eles são constituídos, como funcionam e se compõem tem servido de modelo para os conselhos que vieram a se organizar posteriormente (CORTES, 2003, p. 167).

O paradigma vigente, que orientou os anos oitenta era o de que, com a participação cidadã em espaços públicos instituídos, seria possível intervir, de forma propositiva, na formulação das agendas de planejamento e na execução das políticas públicas no Brasil. As mudanças seriam possíveis – a participação provocaria tensionamentos – entre as agências estatais. Isso resultaria em: (a) maior transparência nas ações desenvolvidas pelos governos, vindo a permitir um maior controle desses pela sociedade; (b) negociação do Estado com diversos grupos de interesse, coibindo a ação de grupos corporativos que pudessem circular em torno do poder estatal; e (c) promoção da cidadania, pois essa participação teria um efeito pedagógico sobre os atores envolvidos (TATAGIBA, 2002, p. 47- 48).

É possível compreender melhor os conselhos de políticas tendo em conta as seguintes características: (a) elas são ligadas às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais; (b) estão previstos, geralmente, em Legislação Nacional, com atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e da

implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo as práticas de planejamento e fiscalização das ações; (c) são, também, concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e de negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais; e (d) eles são um instrumento de ampliação, da participação dos segmentos que têm pouco acesso ao aparelho do Estado. Nesse sentido, podemos situar os conselhos num nível amplo e restrito de políticas (TATAGIBA, 2002, p. 49).

Em suas naturezas, os conselhos podem variar de acordo com a natureza da área temática que abrangem ou conformação política locorregional. Conforme indica Tatagiba (2002, p. 65). (a) são órgãos concebidos para influir, consecutivamente, na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas Leis criadoras, as quais devem trazer as linhas definem o respectivo campo de atuação; (b) os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém, não executivo. São órgãos com função de controle, contudo, não concorêncial, das políticas sociais, á base de anulação do poder político; (c) os conselhos devem-se deter, também, sobre medidas que visem ao reordenamento institucional dos órgãos da administração pública responsáveis pela execução das políticas sociais dentro de cada campo específico de intervenção. Tudo o que tenha caráter de adequação ou reorientação, e que expresse o exercício de competência prevista na sua Lei de criação, não necessita de homologação; (d) as exceções são os conselhos de saúde, cujas Resoluções devem ser homologas pelos Executivos.

Estudando o aspecto de contextualização dos espaços públicos reivindicatórios, Nunes e Jacobi (1989) destacam a possibilidade de o município transformar- se em *lócus* privilegiado para o confronto de idéias entre os atores. Ao descrever as organizações populares em cidades de pequeno e médio porte, esses autores fazem referencia ao município como sendo a unidade de Governo com maior sensibilidade e permeabilidade às camadas sociais excluídas do processo decisório. A descentralização político-administrativa, a municipalização dos serviços de saúde e a instituição de mecanismos participatórios favoreceriam a defesa de interesses, o debate acerca da organização do município e a inclusão dos MSU na tomada de decisão.

Na presente, pesquisa o Conselho Municipal de Saúde será enfocado como um dos diversos conselhos de políticas públicas instituídos a partir da Constituição de 1988.

Normatizados, pela Lei Federal 8.142, de 1990 (Brasil, 1990) por ocasião da descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, eles passaram a ser uma condição indispensável para a efetivação do repasse de recursos federais aos municípios.

Para melhor compreender a ação dos representantes dos MSU nos Conselhos Municipais de Saúde, será contextualizada, a seguir, a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, em especial durante as décadas de oitenta e noventa.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM UM CONTEXTO DE DEMOCRATIZAÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como resultado do processo de democratização do Estado, bem como de importantes reformas instauradas no país, desde meados dos anos setenta. Esse processo foi-se desenvolvendo juntamente com outros, que ocorreram em diferentes setores da política pública no Brasil. Dessa forma, foi redefinido o padrão de intervenção do Estado em um contexto de crises fiscal, econômica e política. O processo de reformas aconteceu com a participação de diversas forças políticas, estatais e societais. Nesse contexto, a Constituição de 1988 instituiu, juridicamente, mecanismos de participação da sociedade civil organizada no controle e na definição das ações do Estado, em suas políticas públicas. Nesse cenário os conselhos de saúde foram os primeiros fóruns participatórios a serem organizados.

3.1 A Democratização e as Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Tanto em países capitalistas avançados, como na própria América Latina, os processos de reformas do Estado encaminharam-se para a redução da capacidade regulatória dos Estados nacionais. A finalidade era diminuir as funções produtivas e as estruturas administrativas desses Estados (MELO e COSTA, 1995, p. 154). No Brasil, essas reformas aconteceram em um contexto de crise do Estado, quando ainda vigorava o regime político autoritário de cerceamento dos direitos. Na década de oitenta, a sociedade brasileira vivenciou, ao mesmo tempo, uma profunda e prolongada crise econômica, que persiste até os dias atuais, e um processo de democratização política mediante o enfrentamento ao regime de governo que havia-se instaurado no ano de 1964.

Em um ambiente de crise, conflitos e tensões, foram instituídas as bases para as políticas públicas de saúde no País.

Em fins da década de setenta e início dos anos oitenta, buscando distensionar o regime, tendo em vista que a crise econômica havia reduzido a legitimidade política, o governo militar tomou medidas administrativas na tentativa de constituir novos canais de representação de interesses da população. Sem o apoio da sua base de sustentação (a burguesia), foi criando formas democráticas de representação e de expressão política, tais como as eleições para cargos de Executivo; e as liberdades de imprensa, de associação e de organização partidária. Projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam ter, entre seus componentes, representantes da sociedade civil (CORTES, 2000, p. 24).

Por seu turno, as recomendações das agências internacionais de desenvolvimento Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, por exemplo, também convergiam na direção de uma abertura de canais participatórios. A descentralização e a criação de fóruns colegiados, abertos à participação da população, seriam estratégias que tornariam viável a fiscalização sobre a aplicação dos recursos financeiros internacionais – com planejamento, regulação e previsão de políticas. Isso porque os governos centralizadores não teriam estrutura para controlar a totalidade desses gastos repassados aos projetos locais.

Os principais mecanismos desenvolvidos pelo Governo federal em direção à descentralização e à abertura de canais participatórios foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciados em 1984, e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

As AIS previam o repasse, pela Previdência Social, de recursos financeiros para aqueles governos estaduais e municipais que aderissem ao sistema, cujo principal objetivo era melhorar a rede de serviços distribuídos nos três níveis de governo. Estar-se-ia, assim, diminuindo as demandas, por serviços ambulatoriais e hospitalares, à Previdência Social. Essas medidas visavam à integração das instituições que prestavam serviços de saúde e repassavam recursos financeiros para os Estados e Municípios. Em atendimento à condição

necessária à adesão, foram criadas comissões colegiadas de participação cuja função seria planejar, gerir e acompanhar as AIS.[8] Tal estratégia redefiniu o modelo assistencial de saúde no Brasil, implicando mudanças estruturais no aparato funcional do sistema de saúde (CORTES, 2000, p. 25).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) tinha por objetivo consolidar as AIS mediante a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais da esfera federal para os Estados e Municípios, significando a descentralização do poder decisório. Contudo, as experiências promovidas pelo SUDS foram inexpressivas, em função da insuficiência e da inconstância dos repasses financeiros, bem como, face à ausência de uma reorganização técnica e administrativa das Secretarias Municipais e à falta de um modelo assistencial que orientasse as ações (CORTES, 1995, p. 89). Fortes resistências à implementação do SUDS – por parte dos empresários do complexo médico-hospitalar e da medicina liberal, dos burocratas ligados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) e de parlamentares – seriam a explicação para o fracasso do programa. Tais resistências, segundo Melo (1993, p. 134- 135), visavam a manter a articulação dos arranjos clientelistas, que haviam sido consolidados na estrutura burocrática federal. Assim, a descentralização, pretendida pelo SUDS, poria em risco os "mecanismos de patronagem" existentes no aparato estatal. De acordo com Costa (1998, p. 104), esse programa teria promovido o "deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor para as agências de governo, especialmente os hospitais universitários e às Secretarias Municipais".

Aliada ao debate em torno de projetos alternativos para a redução de gastos, do governo, a participação de novos atores sociais teve forte expressão na redemocratização do país, em meados dos anos oitenta. No âmbito da saúde, o movimento pela reforma do setor saúde[9] teve papel destacado no cenário, especialmente por ter desencadeado um debate

---

[8] Foram criadas comissões interinstitucionais nos três níveis de Governo. No âmbito federal, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); no estadual, a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); no regional, a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), e no municipal, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS).

[9] O movimento pela reforma do setor saúde teria iniciado a partir da década de setenta. Nele, estavam envolvidos movimentos populares e sindicais, grupos de trabalhadores da saúde e instituições acadêmicas ligadas à área da saúde – como o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira

articulado, que resultou em deliberações propositivas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, [10] realizada em 1986. Tais proposições repercutiram positivamente, que veio a formular o Sistema Único de Saúde (SUS). Trabalhadores da saúde, movimentos populares e sindicais, além de instituições acadêmicas ligadas à área da saúde reivindicaram políticas que apontavam para universalidade e a integralidade do atendimento. Elas apontavam, também para a descentralização político-administrativa e para a democratização do sistema, mediante a participação popular na tomada de decisões (FERLA, 2000 e CARVALHO, 1995).

A partir das contribuições, em especial de Cortes, 2000, 2002 e 2003 e Doimo, 1995, 2003 teceremos a contextualização do processo que antecedeu as reformas e permeou a sociedade brasileira nesse período, bem como a identificação dos protagonistas políticos suas principais estratégias políticas, e as suas contribuições aos avanços democráticos na área da saúde.

Ambas as autoras partem do princípio de que os movimentos sociais reivindicativos podem ser decisivos na configuração democrática de uma política social, desde que: (a) mantenham fortes vínculos com as redes sociais locais predispostas à participação; (b) possuam lideranças dentro do sistema político-administrativo – as *Policy Community*[11] Cortes (2002, p. 5) -, que desativem os bloqueios burocráticos e mobilizem recursos; e (c) equacionem e respeitem a diversidade e a pluralidade interna no movimento – consenso quanto ao interesse público.

---

de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – os quais forneceram sustentação política e técnica ao movimento (FERLA, 2000; CARVALHO, 1995).

[10] A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi a primeira que permitiu a participação de diferentes setores sociais na arena do debate, especialmente as instituições e entidades envolvidas no movimento pela reforma do setor da saúde.

[11] *Policy Community*, segundo Smith (1994, p. 166), é uma forma institucionalizada das relações entre um grupo de interesses e o Governo, a qual favorece certos interesses. Em uma comunidade política, existe uma estrutura institucional, um comitê consultivo, que institui certos grupos e excluem outros; e tem um conjunto de crenças que levam a um acordo sobre as opções políticas disponíveis. Já para Walt, as *policy community* são compostas por atores, tanto de organizações privadas como públicas, que compartilham as mesmas concepções acerca de determinados problemas e das políticas que podem solucioná-los [...] formando-se a partir de interesses compartilhados que, em conformidade, promovem uma causa particular, levando-a para a atenção pública a fim de influenciar a política governamental. O estabelecimento de alianças confere, aos indivíduos, uma identidade como grupo de pressão formal, podendo atuar como movimento social (WALT, apud, RÉOS, 2003, p. 27). Na área da saúde, essa *policy community* pode ser associada ao conjunto de diferentes atores que somaram forças para realizar as reformas no setor saúde nos anos oitenta.

É possível categorizar as diferentes forças políticas, que compõem o movimento reformista, em dois eixos estratégicos: as forças de ação política Estatal e as de ação política Societal. As primeiras vinculam-se a estratégia Estadista no sentido de propor uma transformação por meio da inserção político-institucional hegemônica – médicos – sanitaristas e políticos da tradicional esquerda comunista. As forças de orientação de Societal relacionam-se à chamada 'nova esquerda' e ao trabalho de base da Igreja Católica, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) – compostas por inúmeros profissionais de saúde identificados com o Partido dos Trabalhadores. Essas últimas ações vão convergir na organização do Movimento Popular de Saúde (MOPS). (DOIMO e RODRIGUES, 2003, p. 96).

É desse processo que resulta a instituição jurídica do Estado de Direito do cidadão e da participação popular na deliberação e na fiscalização das ações do Estado. Entendemos ser de fundamental importância a compreensão mais profunda das articulações e das redes que foram-se estabelecendo entre os atores Societais e Estatais. Em função disso, fundamental se torna descrever os movimentos e os interesses de cada conjunto de atores que, em diferentes espaços de articulação política, construíram as bases para a reforma do Estado, neste caso, no setor da saúde.

As ações dos segmentos identificados com a estratégia de ação societal tiveram a sua articulação sustentada nas estruturas capilarizadas da Igreja Católica, a qual estava comprometida com a Teologia da Libertação; as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) eram a maior expressão organizativa. Dessa estrutura vários agentes sociais foram destaques nesse período, [12] com atuação em tais espaços, marcados por uma metodologia de educação popular; "fazer com" em várias áreas temáticas. Duas dessas temáticas de atuação, que se tornaram importantes, face ao envolvimento de profissionais da saúde, foram a saúde alternativa e a saúde comunitária. É a partir dessas ações alternativas de atenção e produção de saúde junto às comunidades vão sendo construídos os conceitos de saúde como 'direito para todos os cidadãos'; e de 'humanização'

[12] D. Mauro Morelli, D.Paulo Evaristo Arns, D. Helder Câmara (*in memmorium*) Frei Beto (este, um dos principais idealizadores das Comunidades Eclesiais de Base – CEBs cuja efervescência aconteceu nos anos 1980).

no atendimento. Essa articulação acontecia por meio de inúmeros encontros locoregionais, em níveis estadual e nacional de medicina alternativa, os quais envolviam a troca de experiência entre as comunidades organizadas, e os técnicos engajados nessas comunidades, bem como de algumas experiências de gestão da saúde desenvolvidas em administrações populares. No Encontro Nacional de Experiências e Medicinas Comunitárias – ENEMEC (1981) o Movimento Popular de Saúde (MOPS) foi oficialmente criado, como resultado do empenho de várias entidades, [13] integradas no objetivo de dar unidade aos movimentos populares e às experiências comunitárias de saúde, que existiam e estavam dispersas em todo o Brasil (DOIMO e RODRIGUES, 2003.

Nesse contexto, ainda segundo as mesmas autoras o MOPS vai adquirindo visibilidade e se instalando em pequenas e grandes cidades; dentre as regiões metropolitanas populosas destaca-se Porto Alegre. As mobilizações dos atores, articulados em torno desse movimento, vão construir em todo o país e em Porto Alegre, por um lado, a noção de saúde como um 'direito' a ser provido pelo Estado; e por outro, um radical desejo do 'poder popular' alternativo a esse Estado autoritário

O Novo Movimento Popular de Saúde emerge, no Brasil, acoplado aos novos movimentos sociais, cujas características principais são a independência e a autonomia em relação, principalmente, aos partidos, aos sindicatos, às instituições tradicionais, e ao Estado autoritário (CORTES, 2000, p. 34).

A estratégia central do MOPS referia-se à exigência de serviços de saúde a partir de decisões tomadas pelo 'povo', sem concessões. Esse foi o discurso adotado por esses movimentos, cujas práticas foram de enfrentamento ao Estado autoritário. Naquele momento, as redes sociais locais, predispostas à participação já estavam articuladas, com forte vínculo orgânico à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, e as Pastorais Sociais criadas em 1981, dentre elas, a Pastoral da Saúde, sob a hegemonia da Teologia da Libertação (FREI BETO, 1988).

[13] Uma das principais articuladoras do MOPS foi a ONG Centro de Educação Popular do Instituto Sede Sapientae – CEPIS. Porém, inúmeras entidades estavam envolvidas nessa articulação e organização popular: Ação Católica Especializada – ACE; Ação Popular – AP; Coordenadoria Ecumênica de Serviços – CESE e Centro de Estudos e Documentação e Informação – CEDI. Essas são entidades de apoio nacional, que não podem deixar de ser mencionadas por serem um conjunto importante de entidades que foram se instituindo em âmbito locorregional.

A crise da Teologia da Libertação veio coincidir com o processo da Assembléia Constituinte de 1988. Nesses tempos, o discurso do poder popular *versus* Estado já não se sustentava mais, devido às mudanças conjunturais e políticas que aconteciam. A opção da CNBB que, na época, detinha a hegemonia nesse segmento, foi então de chamar as bases organizadas para a realização de um grande mutirão – traduzir, politicamente, as reivindicações, institucionalizando-as como direito. Uma estratégia que se destaca desse conjunto de forças políticas foi a coleta de assinaturas, em torno das Emendas Populares, desencadeadas em nível nacional. Na temática saúde, cuja mobilização estava interligada, a Emenda Constitucional n. 050, relativa ao direito à Saúde que instituiu o SUS, foi uma das emendas que coletou o maior número de assinaturas: 58.615 mil pessoas e 160 entidades sociais que apoiaram. Essa estratégia de mobilização articulada forçou a inclusão de dois importantes princípios no SUS: a saúde como direito de todos os cidadãos e a participação da comunidade nas decisões sobre a política de saúde (DOIMO e RODRIGUES, 2003, p. 99).

Entretanto, para melhor entender o fato de essas propostas terem sido incorporadas ao discurso oficial e incluídas na reforma da saúde, é fundamental resgatarmos a participação das forças de ação política Estatal. Durante os anos oitenta, foi marcante a atuação do movimento sindical, na luta pela autonomia em relação ao Estado, por melhores condições de trabalho. Na área da saúde, os trabalhadores reivindicavam trabalhos dignos contra a medicina hegemônica de grupo. O movimento médico passou a posicionar-se politicamente contra as multinacionais da área da saúde (CORTES, 2000; DOIMO, 2003) Soma-se a essas frentes de lutas, a dos grupos vinculados ao Partido Comunista Brasileiro, em defesa da eficácia da ação política Estatal. Esses mesmos atores, com o processo de abertura política que se instaurava no Brasil e, posteriormente, com a eleição direta para os Governadores, passaram a ocupar espaços e postos importantes nas esferas federal, Estadual e Municipal.

Em 1982, em condições favoráveis no Governo da Nova República, vários técnicos já ocupavam postos no Ministério da Saúde, como sanitaristas, na coordenação de trabalhos em Postos de Saúde Pública, nos espaços das Câmaras Legislativas Federal e Estaduais; ali, eles passam a produzir movimentos institucionais importantes. As ações políticas

estratégicas de mobilização Estatal adquirem visibilidade e adesão das forças de ação política Societal.

Fortalecidas pela atuação que foi articulada, nacionalmente, pelo MOPS, são reativadas: as Conferências Nacionais e Estaduais de Saúde. Em 1975, por Decreto, as 5ª e 6ª Conferências aconteceram em um Estado burocrático-autoritário. Mesmo assim, elas propuseram um Sistema Nacional de saúde, que estimulasse as ações pulverizadas, e que houvesse um mínimo de racionalidade operacional. Após os eventos da Anistia Política e da Reforma Partidária, em 1980, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), convocou a 7ª Conferência Nacional de Saúde. [14] Nela, foi proposta a criação de alternativas que ampliassem os espaços de participação dos técnicos não-comprometidos com o modelo previdenciário hospitalocêntrico. Esse modelo se caracterizava pela contratação de provedores privados de serviços de saúde (CARVALHO, 1995). E, em 1986, antes da eleição dos Deputados Constituintes, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reunindo lideranças de base, ela envolveu cinco mil participantes.

> Numa estratégia de ganhar espaços dentro do estado vão [as forças políticas Estatais] estabelecendo princípios básicos norteadores da reforma: a universalização do direito a saúde, a descentralização do sistema (DOIMO e RODRIGUES, 2003, p. 102).

Os fóruns participatórios em saúde foram sendo instituídos em um processo de articulação de diferentes forças políticas. Configura-se, a área da saúde, em importante espaço de participação plural de diferentes segmentos, os quais interagem nesse campo. Tais avanços resultam da articulação de um importante movimento político de reformas no Estado brasileiro: o Movimento de reformas do setor saúde, também, conhecido como movimento Sanitário Brasileiro.

---

[14] De acordo com a Lei 378, de 1927, as Conferências Nacionais de Saúde deveriam ser convocadas pelo Presidente da República, a cada dois anos. No entanto, a primeira foi realizada em 1942, a segunda, em 1950, e a terceira, em 1963. Até a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, participavam, principalmente, o Ministro da Saúde, funcionários graduados desse Ministério e representantes comprometidos com o modelo assistencial da medicina privada e previdenciária.

Nos anos noventa, a crise mundial do capitalismo começa a afetar o processo de implantação tardia do sistema capitalista no Brasil. Isso não impediu, contudo, dificultou a implementação das reformas que haviam sido aprovadas na Constituição Federal de 1988.

3.2 Espaços Públicos de Participação: Instituição dos Conselhos de Saúde

A Constituição Federal de 1988 introduziu, no Brasil, uma série de instrumentos de participação os quais ultrapassaram os limites da democracia representativa. Mecanismos como Referendum, Plebiscito e Projetos de Lei de Emenda Popular foram instituídos, assim como os Conselhos Setoriais em áreas vitais das políticas públicas. A instituição dos Conselhos de Saúde, tal como são configurados hoje, combina aspectos das democracias direta e representativa. (DRAIBE, 1995, p. 201-221). Particularmente a partir do final da década de setenta e início dos anos oitenta, surgiram movimentos reivindicatórios com origem setores populares, cujas demandas resultaram em ações de mudança social.

Tanto a Constituição Federal do Brasil, 1988, quanto as Leis 8080 e 8142 (BRASIL,1990) aprovadas em 1990, pelo Congresso Nacional, conforme já vimos anteriormente, foram influenciadas pelas articulações entre as organizações que representavam os interesses da população, quanto à saúde (segmento 'usuário'), em parceria com outros segmentos reformistas do sistema brasileiro. A participação dos usuários, por intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde, [15]

As conferências e os conselhos de saúde foram juridicamente instituídos como fóruns colegiados de participação, [16] cujas composições incluem representantes do governo, dos prestadores privados e filantrópicos dos serviços de saúde, dos profissionais e trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema. Coube à representação dos usuários, porém, cinqüenta por cento da composição legal, sendo a outra metade dividida entre os

[15] Os Conselhos e as Conferências de Saúde foram normatizados pela lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) e Resolução 033 Conselho Nacional de Saúde – CNS e, mais recentemente pela Resolução n. 0333/2003.
[16] Os conselhos e as conferências foram normalizados pela lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) e Resolução 033 Conselho Nacional de Saúde – CNS e mais recentemente pela, Resolução n. 0333/2003.

demais segmentos.[17] A participação de usuários por intermédio de conferências e conselhos de saúde é uma das diretrizes da organização do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, o atendimento universal e a atenção integral à saúde seriam mais bem viabilizados e controlados mediante a descentralização político-administrativa e pela participação em instâncias colegiadas (BRASIL, 1990[a]).

Os Conselhos de Saúde, de caráter permanente, também compõem espaços de deliberação circunscrita a cada nível de governo do poder Executivo. Porém, além de proporem estratégias, esses Conselhos atuam "no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (BRASIL, 1990b).

Embora a atenção à saúde tenha se tornada, por Lei, uma obrigação Municipal, até meados da década de noventa, essa municipalização aconteceu paulatinamente, em meio a negociações complexas e conflituosas entre as autoridades de saúde das esferas estaduais e municipais. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) do Ministério da Saúde, editadas em (1991, 1993 e1996), normatizam e regulam o nível de responsabilidade em cada área da saúde, bem como a forma de ser efetuado o repasse de recursos; estar-se-ia, assim, estimulando a municipalização da saúde (CORTES, 2000, p.527- 28). Um dos requisitos para que as Secretarias Estaduais e Municipais pudessem se habilitar a receber recursos financeiros federais era a exigência de terem Conselhos organizados, de acordo com as determinações legais. Esses fóruns deveriam participar do estabelecimento de estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e monitorar a implantação das políticas.

Estudos que enfocam o envolvimento dos usuários nos Conselhos de Saúde indicam que essa participação oscila em variações, de acordo com as especificidades históricas, políticas e sociais da região ou local. (CORTES,1995; LABRA, 2002; DAGNINO, 1994; GOHN, 2001 e DARON, 2003.

Partindo-se do pressuposto que as realidades locais tem-se que estes vão influenciar, diretamente na constituição dos Conselhos de Saúde, estes vão adquirindo diferentes

[17] O segmento usuário compõe cinqüenta por cento das vagas nos conselhos de saúde, constituem os outros cinqüenta por cento: vinte e cinco de profissionais trabalhadores de saúde e vinte e cinco por cento de representantes de prestadores de serviços públicos e privados

formatos. Freqüentemente representam: "*cunhas* democratizantes inseridas em contextos predominantemente conservadores, e o caráter que irão assumir no nível local poderá variar de meras estruturas governamentais a espaços públicos nos quais são constituídos atores e sujeitos políticos autônomos" (DAGNINO, 1994, p. 110).

As variações a que essa autora se refere, no entanto, vão depender do resultado da disputa travada nos diferentes contextos públicos que abrigam os Conselhos de Saúde. Grande parte desses conselhos foi criado, sem haver o envolvimento da sociedade; em sua maioria, eles foram criados nas Câmaras de Vereadores e seus integrantes, indicados pelos Secretários Municipais de Saúde ou por setores das elites locais, como requisito para ter acesso aos recursos federais. Essa cultura política autoritária pode exercer predomínio sobre as ações de grande parte dos Conselhos que, nesse caso, passariam a se constituir como órgãos de legitimação das políticas do Governo (DARON, 2003, p. 43).

A instituição dos Conselhos de Saúde gerou uma nova institucionalidade pública, no modo como eles são configurados. Assim, eles são arenas públicas de disputas que visam à elaboração de políticas e às definições de ações de saúde no nível de jurisdição em que estão localizados. Esses Conselhos são novos instrumentos de expressão, de representação e de participação; em tese, eles detêm um potencial de transformação política. Se, efetivamente, representativos, eles poderão imprimir um novo formato às políticas sociais, pois se relacionam aos processos de formação das políticas e à tomada de decisões (GOHN, 2001, p. 87).

Se, por um lado, o Estado e as políticas Neoliberais 'desconstruíram' o sentido do público, retirando-lhe a sua universalidade remetendo-a para o campo do assistencialismo e da lógica do consumidor usuário dos serviços; por outro, a existência dos Conselhos possibilita a aglutinação de tais direitos fragmentados, *reconstruindo* os caminhos de conquista da cidadania, que estaria sendo esfacelada (GOHN, 2001, p. 88). Nesse processo de disputa, entretanto, os representantes dos usuários competem, em condições de desigualdade, com os outros atores envolvidos. De acordo com Telles (1994, p. 99), existe uma "assimetria de posições e diferenças no poder de negociação dos grupos envolvidos".

3.3 A Representação dos Usuários nos Conselhos de Saúde

Estudos que investigam a natureza da representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde (MOCINHO, 2000; BRAVO, 1999; LABRA, 2001; TATAGIBA, 2002 e CORTES, 2003) têm indicado que essa participação pode ser tão complexa quanto problemática: a maioria das entidades representadas envolver-se-ia pouco no processo decisório**,** em função de três razões principais: (a) as entidades, que fazem parte dos Conselhos de Saúde estariam oferecendo um apoio incipiente ou até mesmo inexistente ao seu representante; (b) a maioria das entidades representadas pouco se envolveria no processo decisório; e (c) a representação dos usuários poderia oscilar dependendo da existência (ou não) de articulação entre o representante e a entidade representada.

Os fatores relacionados acima estariam vinculados entre si, em parte, devido à precariedade no nível de estrutura existente em algumas entidades que compõem o segmento ‘usuários’ e de outra, devido ao baixo poder de deliberação dos Conselhos de Saúde. A precária infra-estrutura das entidades afetaria, por exemplo, o investimento na qualificação dos seus representantes para o exercício da função designada; e conseqüentemente, estaria afetada, também, a participação deles nos debates e nas tomadas de decisão que têm lugar tanto nas Conferências quanto nas Plenárias e nas Comissões dos Conselhos de Saúde.

A esse problema, adicionar-se-ia a falta de disponibilidade de horários para o estabelecimento da troca de informações entre os representantes e as entidades, com a finalidade de tornar conhecidas a pauta de discussão, as deliberações levadas a efeito e as atividades desenvolvidas por intermédio das Comissões Internas dos Conselhos (MOCINHO, 2000, p. 115). Por outro lado, as avaliações mais presentes na literatura sobre esses Conselhos apontam no sentido de que eles não estarem cumprindo a respectiva vocação deliberativa.

A morosidade em atender às Resoluções dos Conselhos de Saúde e /ou a não-implementação dessas Resoluções, pelo Executivo, seriam indícios dos resultados de um processo inconcluso de reforma. Não há uma normatização clara quanto à questão deliberativa dos Conselhos e quanto à obrigatoriedade do Executivo em implementar as deliberações propostas; cada gestor orienta a ação baseado em seu respectivo projeto político, o qual, muitas vezes, não inclui a participação do usuário nas decisões. Isso resulta em uma "institucionalização incompleta" dos Conselhos; e, daí, poderiam decorrer as dificuldades de definição sobre até onde as suas deliberações detêm poder de mudança nas políticas públicas (TATAGIBA, 2003, p. 92 - 95).

A comunicação e a articulação seriam mecanismos que, ao ocorrerem dentro das entidades representadas nos Conselhos de Saúde, induziriam o envolvimento dessas no processo decisório. A ausência de articulação entre representantes e representados, no entanto, enfraqueceria o debate nos fóruns colegiados de participação, justamente porque as Conferências e os Conselhos de Saúde caracterizariam-se por terem uma natureza própria, por um lado, como espaços contraditórios e de conflitos sociais e, por outro, como *lócus* privilegiado para a articulação de interesses (BRAVO, 1999, p. 374).

Ao mesmo tempo em que as deficiências na comunicação dos conselheiros com suas entidades se traduzem em público fraco no processo deliberativo que ocorre no interior dos Conselhos, elas diminuem, também a força destes como espaços de disputa numa esfera pública mais ampla (TATAGIBA, 2002, p. 66). Embora os motivos apontados sejam os mais variados, a maioria dos estudos constata, como vertentes centrais a baixa capacidade de inovação das políticas públicas, a partir da participação da sociedade civil nos Conselhos, o caráter mais reativo do que propositivo e a reduzida capacidade deliberativa desses espaços.

Os Conselhos de Saúde, segundo Carvalho (1995) parecem estar mais capacitados para "impedir o estado a transgredir", do que "induzi-lo [*o Estado*] a agir", investindo a maior parte de sua ação no controle das ações e dos serviços prestados por ele, do que na formulação das políticas.

> Embora com identidade e atribuições legais formalmente definidas, os Conselhos de Saúde, na verdade, iniciaram e ainda hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambigüidades, decorrentes de marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram. Pertencem ao governo ou à sociedade? Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento? (CARVALHO, 1995, p. 136).

Os Conselhos setoriais traduziram-se em importantes espaços públicos de deliberação da sociedade civil organizada: Espaços para negociar conflitos, incorporar novas demandas e construir alianças entre os reformistas e os setores populares. Esses Conselhos caracterizaram-se pela participação de novos atores sociais, que antes, eram excluídos do processo decisório. Entretanto, estudos sobre as práticas desses fóruns apontam para limites importantes, os quais, segundo Carvalho (1995); Draibe (1998); e Tatagiba (2002), Cortes (2000) sinalizaram o contexto no qual foram produzidas as articulações hegemônicas de setores diferenciados, cujas origens situem nas mobilizações Estatais e Societais:

> Afinal o que são os conselhos? Constituem estruturas governamentais – nesse caso, submetidos à lógica do Estado e às pressões do sistema de forças hegemônicas? Ou conformam uma esfera pública, ao alargar o espaço democrático e transformar-se no *lócus* por excelência da constituição de atores coletivos e de autônomos sujeitos políticos [...] Os conselhos representam e advogam, ou também fiscalizam e executam [...] Onde se localizam as fronteiras que separam conselhos e governo, no campo concreto das deliberações políticas? (TATAGIBA, 2002, p. 94).

De acordo com os dados fornecidos pela Plenária de Conselhos de Saúde (1999) [18]; pelo Relatório do Curso Estadual de Capacitação de Conselheiros de Saúde no RS – 2002/2004 [19] e pela Pesquisa Nacional, por amostragem, realizada pela Cáritas Internacional (2003/2004), são diversos os motivos que limitam a ação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde: a centralidade do Estado na elaboração da pauta das reuniões; a escassez de capacitação técnica e política dos conselheiros, em especial no segmento dos usuários; os problemas com a representação – legitimidade e representatividade; as dificuldades em trabalhar com a pluralidade de interesses; a manutenção dos vínculos clientelistas e corporativas na relação entre Estado e sociedade; as diferentes concepções e projetos políticos que se alternam na gestão da sociedade (com partilha e sem partilha de poder pelos gestores).

A característica de associativismo que assinala Porto Alegre e a sua região metropolitana tornaria possível a construção de uma nova cultura política na relação entre a sociedade organizada e o Estado, via construção de espaços participativos descentralizados. Não se pode deixar de considerar que essa nova cultura política teria condições de influenciar a constituição dos fóruns participatórios de Saúde

[18] As Plenárias Nacionais de Conselheiros da Saúde foram instituídas a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de promover e aprofundar a articulação entre os Conselhos de Saúde do país, com vistas ao aumento da autonomia no funcionamento desses fóruns participatórios. A 8ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília, 9 e 10 nos dias de novembro de 1999, analisou as condições sócio-econômicas da população e os limites e avanços no controle social do SUS.

[19] O Projeto de Capacitação Ampliada de Conselheiros e de Agentes Sociais do Rio Grande do Sul, na gestão das Políticas Públicas, ampliou o Projeto Nacional de Fortalecimento do Controle Social do SUS, desenvolvido em todo o Brasil de 2000 a 2003. Esse projeto recebeu recursos adicionais do Governo do RS, o que permitiu ampliar a meta inicial de 3.996 conselheiros para 10.000, incluindo, além dos conselheiros titulares e suplentes, os delegados do OP, as lideranças de entidades populares e dos trabalhadores da saúde. Os cursos contaram com a parceria de entidades do Movimento Social, Sindical e de ONGS, com experiência em educação popular; bem como assessores do governo democrático e popular, via gabinete da Secretária Estadual de Saúde, Assessoria de Movimentos Sociais e da Escola de Saúde Pública- ESP/RS. Esta última gerenciou a realização dos cursos em parceria com o Conselho Estadual de Saúde, CES/RS. Os cursos foram distribuídos entre as dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde, conforme critérios estabelecidos pelo projeto. O formato dos cursos seguiu a metodologia da educação popular; oficinas pedagógicas e assessoria de monitores. Neste período atuamos ativamente na Coordenação do Projeto por intermédio da ESP/RS.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DE PORTO ALEGRE: ENTIDADES DO MSU E O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O presente capítulo pretende discorrer sobre as características do município de Porto Alegre, em especial nos seus aspectos sócio-econômicos, políticos e culturais, com a necessária ênfase na área da saúde. Empreendemos este nosso estudo com base em dados estatísticos obtidos junto à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, à Fundação Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul (FEE), ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como informações oriundas de outros estudos sobre a cidade.

A tradição associativa e organizativa da cidade foi determinante na forma como o Conselho Municipal de Saúde surgiu, construiu e reconstruiu seu desenho organizativo. Isso o diferencia do conjunto dos demais Conselhos Municipais de Saúde encontrados na literatura. O Conselho de Porto Alegre foi criado concomitantemente ao Orçamento Participativo, no período em que a administração popular assumia o poder Executivo da cidade.

4.1 Características Sócio-econômicas, políticas e culturais e de saúde

Capital do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre foi emancipada em 23 de agosto de 1808. Situa-se no centro da sua região metropolitana (RMPA), a qual congrega a sede e mais 31 municípios que pertencem à região do Delta do Jacuí. Segundo dados fornecidos pela Fundação de Economia e Estatística do Estado (2004), em 2003, na RMPA residia um total de 3.658.376 habitantes, sendo que a cidade de Porto Alegre abrigava 1.392.711 habitantes, distribuídos numa área geográfica que abrange 496,8 Km^2.

Mesmo apresentando índices de desenvolvimento humano e de qualidade de vida relativamente altos em relação aos dados gerais do Brasil, [20] grande parte da população de Porto Alegre reside em áreas de ocupação irregular. Conforme dados fornecidos pelo Programa de Gestão Urbana (PGU) (2003),[21] o número de domicílios em situação de irregularidade fundiária caiu de 77.234 em 1991 para 74.309 em 2002, com uma redução de 3,8%. Nesse mesmo ano, 35.308 domicílios estão integrados ao Programa de Regularização Fundiária da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. No entanto, com o crescimento da população em situação de pobreza protagoniza novas ocupações. A situação de subhabitação/favelização da população cresceu de 99.621 em 1991, 7,9% para 143.292, 10,5% em 2002.

No nível da educação 3,45% da população de Porto Alegre eram analfabetos. Conforme dados do IBGE (2003) em Porto Alegre a percentagem de chefes de domicílio que não haviam concluído o nível de ensino fundamental era de pouco mais de 40%, no resto do país este mesmo índice atingia mais de 70%. A renda per capta, por sua vez, em 1999/2000 (Relação Anual de Informações Sociais/ TEM) foi de R$ 6.861,00. Já, o PIB per capta (2001) foi de R$ 7.413,00.

Segundo a agenda da Saúde, (2004),[22] Porto Alegre engloba, 85 bairros, os quais se articulam, cada um deles, com várias vilas, representando uma distribuição em que distribuem 440,557 domicílios, com 3,06 pessoas por unidade habitacional. A densidade demográfica, no município, é de 2.803, 2 habitantes por Km^2 com uma taxa de urbanização equivalente a 97,4% da sua população; e somente 2,6% está situada no meio rural.

---

[20] A expectativa de vida, entre os que nasceram entre 2000/2002, é de 78,2 anos (mulheres) e 68,3 (homens). Comprova com a expectativa de vida no estado do RGS, nesse mesmo período, tem-se 77,7 (mulheres) e 69,3 (homens) Em termos nacionais, o Brasil (período de 2000) com o Brasil apresenta uma média de 72,6 (mulheres) e 64,8,6 (homens). É possível perceber um expressivo aumento significativo na expectativa de vida das mulheres em relação aos homens e entre ambos os sexos, no RGS,frente à média brasileira. No que se refere aos índices indicativos da mortalidade infantil, conforme informações emanadas pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS em 2001 houve 14,19 óbitos/ 1000 nascidos vivos; 14,84% em 2000; 15,7 em 1997. A serie histórica revelou queda da taxa de mortalidade nesse período.

[21] PGU(2003) Programa de Gestão Urbana por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento e de outra agências de cooperação internacional que executa o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos. Busca com isso fortalecer a contribuição das cidades e povos do mundo ao desenvolvimento Humano. A promoção da governabilidade local participativa, a erradicação da pobreza urbana e a melhoria da gestão ambiental das cidades constituem seus eixos principais em sua 4º fase; junto com a construção da igualdade social e de gênero.

[22] O mapa com a localização dos bairros e seus respectivos nomes consta no (Anexo C: 148).

A população da cidade, em especial os moradores dessas regiões em situação de irregularidade fundiária, utiliza a rede de serviços do SUS, as quais encontram-se sob a gestão municipal. A rede de saúde é composta por 31 Hospitais (dois municipais: o Hospital de Pronto Socorro (HPS) e o Hospital Presidente Vargas (HPV), 54 Unidades e Centros de Saúde, 53 Equipes de Saúde da Família, e 11 Serviços de Emergência '24 horas' descentralizada regionalmente), (Apêndice A - Tabela da Rede de Serviços de Saúde de Porto Alegre). O CMS de Porto Alegre atua sobre essa rede descentralizada de saúde.

4.2 As entidades do MSU em Porto Alegre: Institucionalidade trajetórias e lutas

A tradição política organizativa de Porto Alegre vem sendo objeto de estudo de várias pesquisas. Dentre elas, destacam-se os que foram realizadas pelo IBGE (1996-2000). Neles, o objeto de estudo foram os movimentos sociais, os conselhos de políticas públicas e o Orçamento Participativo (BAIERLE, 1994; SILVA, 1997 e 2001; CORTES, 1995, 1998, 2000 e 2003). Todos eles indicam que a participação tanto na cidade de Porto Alegre quanto na região Metropolitana, faz parte da constituição histórico-política e cultural da região. Essa cultura diferenciada de participação pode exercer influência na forma como são concebidas a política e a instituição dos mecanismos de intervenção da sociedade nas ações do Estado.

A partir das intensas mobilizações ocorridas nos anos setenta, ainda sob domínio do regime militar, nos principais centros urbanos do Brasil, surgiram os MSU. Suas principais ações de reivindicação e de contestação visavam à obtenção do acesso à regularização fundiária e aos serviços urbanos (BAIERLE,1994, p. 6). Em Porto Alegre, as ações coletivas desenvolviam- se principalmente a partir do esforço voluntário de agentes e lideranças de diferentes orientações ético-políticas, bem como de segmentos da Igreja afinados com a Teologia da Libertação, de militantes adeptos à filosofia dos partidos políticos de esquerda, de estudantes e, por fim, de profissionais ligados a projetos de extensão universitária entre outros.

O surgimento das Associações de Moradores foi precedido pela formação de Federações Estaduais de Associação de Moradores e de Sociedades de Amigos de Bairro. Conforme a esfera geográfica, essas Associações tinham diferentes denominações; no Bairro Associação de Moradores; no município União Municipal de Associação de Moradores – UAMPA; no estado, Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Sociedades de Amigos de Bairro – FRACAB; e no país, de Confederação Nacional de Associações de Moradores – CONAM (BAIERLE, 1994, p. 7).

Na década de oitenta, a ação coletiva de acesso à cidadania caracterizou-se por se revestir de uma maior intensidade, como ação de inclusão no processo de democratização do Estado. No obstante o crescimento do associativismo civil em Porto Alegre, o saldo dessa época foi de decepção política. O governo militar no estado vai perdendo espaço e poder no mesmo período em que, em nível nacional, afirmava- se uma cultura de direitos. Nesse momento, o MSU vive um período de refluxo, uma crise de identidade profunda. A estratégia de enfrentamento ao regime militar, até então adotada, já não serve mais para ações populares, face à transição política que inaugurava a possibilidade de surgirem novos governos progressistas, os quais acenavam para uma maior abertura à participação e a recepção das reivindicações populares.

Em Porto Alegre, nesse período, um grande número de agentes voluntários é incorporado às organizações não governamentais – ONGs, ou, então, cede lugar aos militantes profissionais, ligados aos gabinetes de parlamentares, funcionários de partidos, e de sindicatos. Os MSU, na sua grande maioria, instrumentalizados pelos partidos políticos, não rompem nem com a tradição delegatória tradicional de organização e representação e a tendência ao legalismo. Para Baierle a forma como se dá à representatividade no MSU se identifica a da representação sindical de trabalhadores a,

> ...definição de quem representa quem, ao se dar de modo burocrático e não orgânico, terminou por criar uma série de estruturas semi-artificiais [dos MSU]sem poder efetivo de negociação, funcionando mais como *corpo de Bombeiros, correndo atrás dos incêndios* e quase nunca conseguindo ser dirigente (BAIERLE, 1994, p. 6).

Nesse período, as ações foram sendo descentralizadas e articuladas pelas grandes regiões de Porto Alegre. Os dirigentes dos MSU entendiam que quanto maior fosse a proximidade das organizações com as pessoas, maior seria a participação da população nas suas diversas formas organizativas, como por exemplo: os clubes de mães, grupos de jovens, hortas comunitárias, Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), dentre outras. Essa diversidade entre as organizações leva, ao debate público, temáticas antes tidas como de domínio privado, tais como as questões da mulher, da criança e da juventude, da saúde, dentre outras. Tais demandas, até então reprimidas, passam, agora, para o âmbito dos direitos e do *empowerment* [23] da cidadania. Nessa conjuntura, inicia-se um movimento, na descentralização dos MSU, o qual pode ser observado no quadro 1.

[23]Essa perspectiva que trabalha a dimensão de valorização do cidadão tem emergido recentemente, relacionando-se à possibilidade de *empowerment* dos cidadãos por meio do capital social, o qual se refere ao envolvimento dos indivíduos em atividades coletivas que geram benefícios em um espectro mais amplo. Essa guinada para explicações alternativas de *empowerment* e participação política têm gerado uma produção científica significativa sobre a validade ou não do paradigma de capital social no processo de fortalecimento da democracia contemporânea. Uma das conseqüências desse debate tem sido a proliferação de estudos que tem orientado sua preocupação para avaliar a qualidade da democracia nos países em desenvolvimento (BAKER, 1999; BAQUERO, 2003).

Quadro 1 – Descentralização das Regionais do MSU de 1980 - Porto Alegre

Bairro	**Nº de Associações**	**Ano Regionalização**
União de Vilas Cruzeiro	16 associações, das 23 existentes	1988
União de Vilas da Lomba do Pinheiro	14 associações, das 20 existentes	1988
Conselho Popular da Zona Norte	10 associações, das 18 existentes	1987
Conselho Comunitário da Cavalhada	6 associações, das 28 existentes	1982 e reorganizado em 1988
Conselho Popular do Partenon	*	1988
Conselho da Restinga	5 associações, das 8 existentes	1988
Conselho Popular da Glória	10 associações, das 14 existentes	1988
União de Vilas da Zona Leste	3 associações e, progressivamente o conjunto das entidades da região	1989
Pré-Conselho do Eixo Baltazar	5 associações, das 21 existentes	1989

Fonte: Dados obtidos junto a fontes secundárias: Baierle (1992); Diagnóstico sobre "movimentos populares" em Porto Alegre, realizado pela ONG CAMP (1992); SILVA (2001).

* Dados não encontrados. Porém, os moradores informaram - nos que este foi um dos primeiros bairros a articular o Conselho Popular.

Com esse processo de descentralização, situado no final da década de oitenta, as regionais descentralizadas do MSU aglutinaram-se, dando origem a uma rede capilarizada de entidades e de organizações representativas do MSU, sob as denominações de União de Vilas e Conselhos Populares, dentre outras. Essa capacidade de articulação, típica desse período, edificou as bases para o posterior acontecimento de dois momentos: o primeiro foi

o movimento para a descentralização dos serviços de saúde, por intermédio dos Conselhos Locais de Saúde (CLIS) e das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS). A alternativa para a articulação dessas lutas e para o exercício de pressão junto ao processo da Assembléia Constituinte, aberto a partir de 1986, foi a de criar um novo formato organizativo, tal como os movimentos setoriais (CORTES, 1995). Essa autora, ainda, destaca o caso dos movimentos de saúde da zona Leste de Porto Alegre, bem como as mobilizações ocorridas nas áreas da habitação, transporte, educação, criação do fórum da reforma urbana e a proliferação de ONGs. Na área da saúde, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e as Associações de Bairro promoveram ações mobilizatórias para a obtenção de bens e serviços. O segundo evento foi à implantação do Orçamento Participativo.

A idéia de participação popular está ligada à noção dos Conselhos Populares, ao Fórum do Orçamento Participativo e à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. [24] Posteriormente, ela se vincula aos Conselhos Municipais de Políticas Setoriais. A ação coletiva foi-se organizando no sentido de garantir acesso aos direitos (saúde, educação, habitação, transporte, dentre outros). Esses espaços públicos passaram a adquirir um caráter diferenciado: a participação não mais está atrelada ao vínculo de um partido político ou a uma organização específica. Instituem-se, assim, mecanismos de representação e de participação direta nas várias regiões da cidade; e, a partir daí, já é possível pensar-se em um novo modo de se fazer política.

Em sua trajetória de ação coletiva, quando o MSU em certas áreas, teve um histórico de lutas, ele apoiou-se em base social de sustentação, como é o caso dos das Uniões de Vilas e Conselhos Populares em Porto Alegre. Nesse sentido ficou demonstrado que governos, mais abertos à participação, conquistaram parcerias transformadoras no âmbito da relação tradicional entre excluídos e o Estado.

[24] A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, em 1992, mediante a Lei Complementar Municipal, n. 277/1992, passou a se denominar Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

4.3 O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: surgimento, organização e funcionamento.

Em Porto Alegre, o Conselho Municipal de Saúde encontrou as condições necessárias, à sua estruturação e funcionamento, junto às redes regionais descentralizadas dos MSU: Conselhos Populares, Uniões de Vila e os Conselhos Locais de Saúde (CLIS) já existentes. [25] Houve, ainda, o incentivo do Governo Municipal, cujas ações de participação, na área da saúde, foram sendo implementadas por um conjunto de funcionários públicos identificados com as reformas que estavam em andamento no setor.

Com, vistas ao seu fortalecimento, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMIS) contou com a ampliação das Comissões Locais de Saúde CLIS. O município foi dividido em onze regiões; e, em cada uma delas, foi constituída uma CLIS, essas, tanto quanto a CIMS, eram integradas pelos prestadores de serviço, pelos trabalhadores da área de saúde, por representantes das instituições governamentais e pelas Associações de Moradores. A CIMS, a partir de 1989, passou a se consolidar como um fórum de gestão das ações de saúde, no qual a política de saúde do município era deliberada, normatizada, fiscalizada e controlada (PORTO ALEGRE, 2004).

A Lei que criou o Conselho Municipal de Saúde foi proposta pelo Executivo, na gestão da então Secretária Municipal da Saúde, Maria Luiza Ieager; essa lei foi aprovada, pela Câmara de Vereadores, após a realização de um acordo entre as entidades representativas (sindicato de trabalhadores e associações de moradores). Esses fatos desaguaram na constituição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, criado pela Lei Municipal Complementar 277/92 (Porto Alegre, 1992). O papel desse Conselho, além de aprovar os critérios, é decidir sobre onde e como os recursos financeiros vão ser gastos pela Prefeitura.

---

[25] Para aprofundar mais sobre o processo de instituição dos fóruns participatórios em saúde em Porto Alegre ver: Ceccim (1990); Cortes (1995, 1996, 1998 e 2000); Réos (2003) ; e dentre outros.

Essa normatização especificou as competências do CMS, além de definir a composição e a estrutura organizativa dele. Essa estrutura compreenderia: (a) Plenário, a instância máxima de deliberação; (b) Núcleo de Coordenação; (c) Secretaria Técnica; (d) Comissão de Fiscalização; (e) Secretaria Executiva; e (f) Conselhos Locais de Saúde – CLS.

Os Conselhos Locais de Saúde foram instituídos com o fim de serem instâncias deliberativas locais. Alem disso, a lei de criação do CMS, regulamenta a representação de dois representantes da população usuária e de um representante técnico por CLIS, na composição do Conselho Municipal de Saúde – CMS/ Porto Alegre.

Os CLS observam à regionalização das Gerências Distritos de Saúde da cidade; essas, a partir de 2003 (Porto Alegre, 2003), foram transformadas em Conselhos Distritais de Saúde (CDS), com as respectivas abrangências que foram delimitadas de acordo com a regionalização do Orçamento Participativo (ver Quadro 8: Caracterização dos Espaços Participativos Descentralizados do CMS de Porto Alegre; e Anexo B: Rede de Serviços Descentralizados de Saúde).

Quanto à composição, o CMS passou a ser integrado em 1992 por 78 entidades representativas dos segmentos do Governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários do sistema, ficando assim constituída:

Quadro 2 – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)

Segmento Do Conselho Municipal De Saúde	Entidades Representadas
Segmento dos Prestadores de Serviço	Secretaria Municipal de Saúde – SMS; 1ª Coordenadoria Regional de Saúde/ 1ª CRS-SES; 1ª Delegacia Regional do Trabalho/1ªDRT – MT; Ministério da Saúde/escritório regional – MS; Ministério da Educação e Cultura – MEC; Secretaria Municipal do Meio Ambiente – SMAM; Departamento Municipal de Águas e Esgoto – DMAE; Fundação de Atendimento Sócio-Educativo – FASE; Representação dos Empregados em Hospitais e

	Estabelecimentos de Saúde; sindicato dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul - SIDSEPE/RS; Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas – SINDILAC; Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos; e Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre – SINDIHOSPA;
Segmento dos Trabalhadores e Profissionais da Saúde	Representação dos Enfermeiros Sindicato dos Enfermeiros – SERGS; Representação dos Odontólogos (Associação Brasileira de Odontologia- ABO, Conselho Regional dos Odontólogos do RS – CRORGS e Sindicato dos Odontólogos); Representação dos Assistentes Sociais – Conselho Regional de Assistentes Sociais – CRES; Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – Entidade: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapias Ocupacionais – CREFITO; Representação dos Médicos – Entidade: Sindicato Médico do RS – SIMERS, Conselho Regional de Medicina – CREMERS; Representação dos Nutricionistas – Conselho Regional de Nutricionistas – CRN, Sindicato dos Nutricionistas; Representação dos Veterinários – Conselho Regional de Medicina Veterinária – CRMV Representação dos Farmacêuticos e Bioquímicos – Associação dos Farmacêuticos, Conselho Regional de Farmácia – CRF/RS, Sindicato dos Farmacêuticos – SINDIFARS; Entidade – AMRIGS; e Representação dos Psicólogos, Sindicato dos Psicólogos
Segmento dos Usuários	Representação dos Previdenciários – Sindicato dos Previdenciários – SINDISPREV; Representantes dos Servidores de SMS – ASSMS;; Centro dos Hemofílicos do RS – Hemocentro do Rio Grande do Sul; Conselho Nacional de Igrejas Cristãs – CONIC, Serviço Interconfessional de Aconselhamento – SICA; Associação dos Docentes da UFRGS – ADURGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Federação das Indústrias do RS – FIERGS;

	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais – APAE/RS; Comissão de Saúde e Meio Ambiente – COSMAM; Câmara de Vereadores de Porto Alegre; CUT – Metropolitana, CUT/RS – Estadual, Força Sindical/RS; União das Associações de Moradores de Porto Alegre – UAMPA; Associação Comercial de Porto Alegre; Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS – GAPA; Sindicato dos Municipários de Porto Alegre – SIMPA; Categoria Trabalhadores Rurais – Sindicato dos Trabalhadores Rurais; SINDICÂMARA; Defesa do Consumidor – PROCOM; Associação Gaúcha dos Deficientes Renais; Representação dos Conselhos Distritais de Saúde – CDS: CDS Humaitá/Navegantes/Ilhas; CDS Nordeste; CDS Sul; CDS Centro- Sul; CDS Glória;CDS Cruzeiro; CDS Cristal; CDS Noroeste; CDS Partenon; CDS Leste; CDS Centro; CDS Restinga; CDS Lomba do Pinheiro; CDS Norte; CDS Eixo-Baltazar; e CDS Extremo Sul.

Fonte: Dados obtidos junto ao Conselho Municipal de Saúde. Maio a Setembro de 2004

O MSU ocupa um total de 27 dentre as 42 vagas reservadas ao segmento dos usuários no CMS. Com um número bem menos significativo, aparece, com cinco representantes o grupo das outras entidades representativas de segmentos da sociedade

organizada. Igualmente, cinco vagas são ocupadas por entidades representativas de trabalhadores. Em seguida, com três vagas, aparecem as entidades representativas das pessoas portadoras de patologias. As entidades representativas do meio ambiente ocupam uma vaga, seguidas por entidades representativas de trabalhadores rurais. O quadro abaixo apresenta a classificação da representação usuária no CMS de Porto Alegre:

Quadro 3 – Representação do Segmento dos Usuários no CMS de Porto Alegre/ 2004

Classificação	Categoria	Número Entidades	Percentual %
1º	Movimento Social Urbano (UAMPA e mais dois representantes titulares por Conselho Distrital de Saúde)	27	64,28
2º	Outras Entidades (FIERGS, CONIC, APAE, PROCON, Associação Comercial)	05	11,90
3º	Entidades Representativas dos Trabalhadores (CUT/RS, Força Sindical, Associação dos Municipários, Associação de Professores da UFRGS, SINDICÂMARA)	05	11,90
4º	Entidade Representativa de Portadores de Patologias (Hemofílicos, GAPA, Deficientes Renais)	03	7,14
5º	Entidades Representativas do Meio Ambiente	01	2,38
6º	Entidades representativas do Segmento Rural	01	2,38
TOTAL		42	100

Fonte: Dados obtidos junto ao CMS de Porto Alegre. Maio a Setembro, 2004

A Plenária do CMS, que ocorreu em 25 de dezembro de 1997 (PORTO ALEGRE, 1997) aprovou o Regimento Interno (RI). Esse documento que reafirma a finalidade do CMS, qual seja, a de ser a instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre. Além disso, cria as comissões observando a paridade na composição entre as entidades que compõem o CMS. As comissões técnicas ou especiais previstas constituem-se em: (a) doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS; (b) saúde do trabalhador; e (c) saúde mental. Cada comissão, depois de composta, elabora seu próprio RI e submete-o à aprovação no CMS.[26] À Secretaria Municipal de Saúde, cabe prever, em seu planejamento, os recursos e a infra-estrutura necessários ao funcionamento do CMS.

Numa seção plenária (PORTO ALEGRE, 2003), o CMS aprovou a Resolução que criou o Estatuto dos Conselhos Distritais de Saúde do Município de Porto Alegre (CDS), em cada uma das dezesseis áreas de regionalização política-administrativa do OP. Seu objetivo é de que o Conselho Distrital de Saúde (CDS) seja uma instância deliberativa da política pública de saúde, em sua respectiva área de abrangência geográfica (Conforme quadro 8).

Quanto à composição dos CDS (PORTO ALEGRE, 2003), o Estatuto dos CDS de Porto Alegre prevê: (a) Plenário, a instância máxima de deliberação, composto por: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços (público e privados); (trabalhadores de saúde e gestor de saúde). Portanto seguem a mesma estrutura organizativa do CMS. É interessante observar o parágrafo primeiro deste Estatuto quando refere às Plenárias do Conselho Distrital de Saúde, estas deverão ser abertos a toda a população que terá direito, a voz. Por sua vez o direito ao voto é exercido: (a) pelos membros eleitos nos Conselhos Locais de Saúde (CLS), Conselhos Gestores de Unidades e nas Comissões Técnicas, obedecendo à paridade, e pela coordenação eleita do CDS; (b) pelo núcleo de coordenação, com composição mínima de um coordenador, um vice-coordenador, primeiro e segundo secretários, eleitos em Plenárias específicas, e mandato de dois anos; e (c) pelos Conselhos

[26] Para conhecer a competência e a composição dessas Comissões, bem como a trajetória do CMS, ver: PORTO ALEGRE:SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **10 anos do CMS 1992/2002:** uma década de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS!

Locais, Gestores e/ou Câmaras Técnicas, em sua área de abrangência. Interessante observar que, quando o estatuto prevê as atribuições da coordenação,[27] enfatiza que a função da coordenação distrital é representar o Conselho Distrital de Saúde de sua região. O Estatuto prevê, ainda que o gestor deverá garantir o espaço físico e a estrutura para as reuniões, bem como responsabilizar-se pela guarda da documentação dos Conselhos Distritais de Saúde.

Ainda em 2003, a 10ª sessão Plenária Ordinária, que resultou na Resolução 34 (Porto Alegre, 2003), aprovou os Estatutos para os Conselhos Locais de Saúde do Município de Porto Alegre (CLS). Tais Conselhos, conforme o previsto nos Estatutos do CDS, poderão ser nominados Conselhos Gestores e/ou Câmaras Técnicas -: Conselhos Gestores, quando criados junto aos serviços de saúde da rede municipal; e Câmaras Técnicas, quando criados junto à rede de prestadores de serviços privados.

Quanto à finalidade, o Conselho Local de Saúde (CLS) configura-se na instância de diagnóstico, co-gestão, planejamento, e fiscalização, com deliberação social, para avaliar as políticas e ações de saúde e melhoria da qualidade de vida no âmbito do CLS, nas unidades de atenção primária à saúde, em seus territórios.[28]

Quanto às atribuições (2003, Resolução, 34. Art.3º) é indicada a participação no CDS, por meio dos seus representantes legitimamente eleitos, garantindo a paridade com os usuários. E, no seu parágrafo único, consta a previsão de que as reuniões do CLS deverão ser abertas à participação social, com direito à voz, a decisão do voto ficaria sujeita a determinação no Regimento Interno de cada CLS (Conselho Gestor ou Câmara Técnica).

Em seus dez anos de história, o CMS/POA acumulou experiências e empreendeu muitas ações; estas foram resgatadas, pelos conselheiros, para compor uma cartilha comemorativa: a Cartilha "**10 anos do CMS 1992/2002:** uma década de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS!". Esse trabalho foi uma produção conjunta do CMS com a Secretaria Municipal de Saúde.

---

[27] Porto Alegre (2003 art. 3º, parágrafo 4, línea d).

[28] A territorialização nesse caso é um processo de vigilância à saúde que envolve eqüidade, acesso, problemas, atores sociais, intersetorialidade, distrito sanitário, território, área de abrangência e área de influência, micro-área e riscos. É um tema que vem sendo estudado por vários autores das áreas da saúde, geografia dentre outras: Pires (2005); Alves (1998); Aerts e Flores (1996)

Em Porto Alegre, como já vimos anteriormente, a política de saúde foi resultado de lutas e mobilizações assumidas por um conjunto de entidades articuladas. Este foi o fator que garantiu a descentralização das ações e dos serviços de saúde, com maior proximidade à população usuária dos serviços. Os representantes do MSU tiveram participação importante nesse processo de descentralização dos serviços públicos de saúde, e foram contemplados com mais da metade do número de vagas reservadas a entidades do segmento 'usuários'. Constatamos que os CLS (atuais CDS), um desenho institucional semelhante ao do OP e a mesma forma de escolha de seus representantes. Escolhidos nas regiões dos Conselhos Distritais de Saúde, os representantes das entidades e participantes individuais, posteriormente, trabalham em conjunto com a União de Vilas e com os Conselhos Populares. e são os porta-vozes dos interesses de um conjunto mais amplo da população, na deliberação da política pública de saúde – via espaços participativos descentralizados dos Conselhos de Saúde.

Com as mobilizações que movimentaram os anos setenta e oitenta, e a definição da participação como uma diretriz na Constituição Federal de 1988, segmentos sensíveis aos anseios da população implementaram, no interiro do Estado e na sociedade civil organizada, as condições necessárias à implementação de espaços públicos e plurais de participação. Resultado desse conjunto de mobilizações articuladas, os Conselhos de Saúde se apresentam como os primeiros mecanismos de participação instituídos após a consecução da reforma do Estado.

Criados em 1992, o CMS de Porto Alegre, há 11 anos vem se constituindo em um espaço de debate da política de saúde no município. Nesse período o Conselho passou por várias modificações na sua estrutura institucional, para dar conta tanto das exigências remetidas pela sociedade organizada, quanto da ampliação dos serviços da administração municipal e das próprias demandas do Orçamento Participativo.

Os dados da pesquisa empírica apresentados a seguir analisam a relação entre representantes e representados do MSU, segmento dos usuários na composição do CMS de Porto Alegre.

5. REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NO CMS: NÍVEL DE AUTONOMIA E CAPACIDADE PROPOSITIVA

Este capítulo tem dois objetivos centrais. O primeiro visa caracterizar os entrevistados (a) as lideranças de entidades do Movimento Social Urbano (MSU) cujos conselheiros, participantes do CMS de Porto Alegre foram entrevistados; (b) os representantes das entidades do MSU no CMS; e (c) os representantes de espaços participativos descentralizados do CMS. As entidades do MSU foram classificadas de acordo com o seu grau de estruturação. Foram consideradas entidades com maior grau de estruturação aquelas que possuíam sede própria, realizavam reuniões periódicas entre a sua direção e a base social cujas lideranças estavam inseridas em diversos espaços públicos de participação e nas quais a questão saúde constava entre as suas prioridades de ação. Já as entidades consideradas com menor grau de estruturação são as que não possuem sede própria, não possuem cronograma de reuniões sistemáticas entre a direção e com sua base social e a questão saúde não constava entre as principais prioridades de ação. Já os espaços participativos descentralizados são os Conselhos Distritais e Locais de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF).

O segundo pretende, verificar se há uma relação entre o grau de estruturação das entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS, no âmbito da autonomia e da capacidade propositiva dos seus representantes em fóruns participatórios. Para o melhor desenvolvimento desta análise, optou-se em subdividir este estudo em duas partes: Uma que busca investigar a existência de uma relação entre o grau de estruturação das entidades do MSU e os espaços participativos descentralizados do CMS, com o nível de autonomia dos representantes. A outra parte procura investigar se há uma relação entre o grau de estruturação das entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS e capacidade propositiva dos representantes em fóruns participatórios.

5.1 Entrevistados: Caracterização sócia demográfica e tipo de inserção política

Conforme se denota dos quadros 4 e 5, apresentados a seguir, os entrevistados são representantes do MSU ou são lideranças das entidades dos MSU dos quais provinham aqueles representantes. Eles integram o segmento 'usuário' do SUS no Conselho Municipal de Saúde. Eles foram indicados por entidades do MSU (associações de moradores) ou foram eleitos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) espaços participativos descentralizados do CMS para participarem.no Conselho Municipal de Saúde. As lideranças eram dirigentes de organizações do MSU que indicaram representantes para participar no CMS.

Os entrevistados representantes de entidades do MSU foram escolhidos de acordo com a intensidade de suas presenças nas Plenárias do CMS. Foram selecionados os quatro mais freqüentes e os três menos. As lideranças compõem as direções das entidades que os cinco primeiros representavam. Nota-se ainda que, entre os sete respondentes representantes, dois declararam representar espaços participativos descentralizados do CMS, uma vez que foram indicados pelos Conselhos Distritais de Saúde.

Quadro 4 Caracterização sócio-demográfica dos entrevistados: lideranças de entidades do MSU, representantes de entidades e representantes de espaços participativos descentralizados do CMS – (CMS de Porto Alegre) *

Entrevistado	**Idade**	**Sexo**	**Grau de Escolaridade**	**Ocupação**
Liderança Entidade 11 AMOSAG	44	Feminino	Ensino Médio Completo	Dona de Casa
Liderança Entidade 8 AMBAJAÍ	45	Feminino	Superior Incompleto	Dona de Casa
Liderança Entidade 9 AMOSEV	55	Masculino	Ensino Médio Completo Pós Graduação	Aposentado

Liderança Entidade 10 AMBOJES	55	Masculino	Fundamental Incompleto	Aposentado
Liderança Entidade 12 ACOVISMI	70	Masculino		Aposentado
Repres. Entidade 2 AMBOJES	48	Feminino	Ensino Médio Completo	Aposentada
Repres. Entidade 4 ACOVISMI	48	Masculino	Ensino Fundamental Incompleto	Comerciário
Repres. Entidade 1 AMBAJAÍ	56	Feminino	Pós Graduação	Aposentada
Repres. Entidade 3 AMOSEV	58	Masculino	Ensino Médio Completo	Aposentado
Repres. Entidade 5 AMOSAG	64	Masculino	Fundamental Incompleto	Desempregado
Repres. Espaços Desc. 6 CDS 16/Centro	45	Feminino	Pós Graduação	Arquiteta
Repres. Espaços Desc 7 CDS 1 Humaitá/Navegantes/Ilhas	52	Masculino	Ensino Médio Completo	Aposentado

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas com lideranças e representantes de entidade e espaços participativos descentralizados do CMS. Maio a Agosto de 2004.

* A numeração dos entrevistados obedece à ordem de realização das entrevistas; a seqüência foi garantida pela idade em cada sub grupo dos entrevistados.

Observa-se que, entre os entrevistados, sete possuem idade na faixa etária de 45 – 55 anos; e três, entre 56 – 65 anos. Nota-se, também, que apenas um entrevistado possui idade inferior a 45 anos e um, com idade superior a 66 anos. Nesse grupo estudado, sete representantes pertencem ao sexo masculino e cinco, ao feminino. No que se refere à escolaridade, três representantes possuem Ensino Fundamental Incompleto, cinco, Ensino Médio Completo, um, Terceiro Grau Incompleto, e três, Pós-Graduação. Esses dados indicam que os entrevistados tem idade média de 53 anos. Os dados indicam, ainda, um

grau elevado de escolaridade entre os entrevistados bastante superior a media de escolaridade de um terço da população brasileira, acima dos 25 anos de idade, que tem quatro anos de estudo. Quanto à ocupação, os entrevistados assim se declararam: sete aposentados, duas são donas-de-casa e os demais como desempregado trabalhador na indústria e profissional liberal.

Quadro 5 Tipos de inserção em espaços participativos e políticos

Entrevistados	Representação	Inserção na Saúde	Outras Inserções Políticas
Liderança Entidade 11 AMOSAG	MSU	Cons. Gestor de Unidade Saúde; eAgente de Saúde	Presidenta da AMOSAG; Orçamento Participativo; e Comissão Habitação
Liderança Entidade 8 AMBAJAÍ	MSU	Cons. Gestor de Unidade Saúde	Presidenta da AMBAJAÍ; e Direção da Creche Comunitaria
Liderança Entidade 9 AMOSEV	MSU	Cons. Gestor de Unidade Saúde; e Comissão- CMS	Presidente da AMOSEV; e Direção da Rádio Comunitaria
Liderança Entidade 10 AMBOJES	MSU	-	Vice Pres. AMBOJES; Orçamento Participativo; Fórum Comunitário de Antenas Celulares; e Partido Político
Liderança Entidade 12 ACOVISMI	MSU	-	Diretoria da ACIVISMI; e Orçamento Participativo
Repres. Entidade 2 AMBOJES	MSU	Cons. Gestor de Unidade Saúde; Cons Dist. Saúde; Cons. Mun. Saúde; e Cons. Gestor HPS.	Orçamento Participativo; Partido Político; Comissão de Habitação; e Núc. Criança Adolescente;
Repres. Entidade 4	MSU	Conselho Gestor de	Orçamento Participativo; Partido Político;

ACOVISMI		Unidade de Saúde; Cons. Dist. Saúde; e Cons. Mun. Saúde	Comissão de Habitação; Conselho Popular; e Participação Religiosa
Repres. Entidade 1 AMBOJES	MSU	Cons. Gestor de Unidade de Saúde; Cons. Dist. Saúde; e Intercomunitária	Orçamento Participativo; Comissão Emp. Renda; e Participação Religiosa
Repres. Entidade 3 AMOSEV	MSU	Cons. Mun. Saúde; e Cons. Dist. Saúde	Orçamento Participativo; Partido Político; e Cons. Segurança Pública
Repres. Entidade 5 AMOSAG	MSU	Cons. Dist. Saúde; Cons. Mun. Saúde; Comissão Saúde; e Com. Téc. Hosp. Belém	Orçamento Participativo; e Comissão Habitação
Repres. Esp. Desc. 6 CDS 16/ Centro	Esp. Desc. CMS	Cons. Dist. Saúde; Séc. Tec. CMS; Cons. Mun. Saúde; e Comissão de Ética	-
Repres. Esp. Desc. 7 CDS 1 Humaitá/Navegantes/Ilhas	Esp. Desc. CMS	Cons. Mun. Saúde; e Núcleo de Coordenação	-

Fonte: Dados obtidos nos documentos e nas entrevistas realizadas junto lideranças e representantes de entidade e espaços participativos descentralizados do CMS de Porto Alegre. Maio a Agosto de 2004.

Diante desse quadro 5, constata-se que, dez, dos doze entrevistados, declararam representar entidades do MSU. No que tange ao envolvimento dos entrevistados em outros espaços participativos e políticos, constatou-se, que na área da Saúde, seis entrevistados participam do Conselho Distrital de Saúde, cinco possuem, representação em Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e PSF; quatro possuem representação em comissões do CMS de Porto Alegre; um em fórum específico de articulação intercomunitária do GHC; dois em Conselho Gestor de Hospital, pelo segmento usuários por suas regiões; e um possui

representação em comissão de ética e pesquisa pelo CMS. Ao mesmo tempo, constata-se que, entre os doze entrevistados, oito declararam participar do Orçamento Participativo; dois têm alguma forma de inserção em Igrejas; e cinco participam de projetos sociais ou culturais na comunidade. Dos sete representantes entrevistados, três declararam ter vínculo orgânico com partidos políticos: deles, dois são vinculados ao PT e um, ao PMDB.[29] Entre as lideranças de entidades do MSU, apenas um entrevistado declarou ter vínculo partidário.

Os entrevistados (ENTREVISTA 1- Representante; ENTREVISTA 2 – Representante e ENTREVISTA 4 - Representante) representantes das entidades AMBAJAÍ, AMBOJES e ACOVISMI, afirmaram ter vários tipos de inserção política. São eles os que declararam manter ação mais articulada com suas entidades de origem. Eles participam de reuniões da entidade, mobilizam a comunidade em eventos da saúde disputam com outras lideranças da própria entidade a condição de representante titular no Conselho. Os representantes das entidades AMOSEV e AMOSAG declaram manter menor inserção política, afirmaram agir tanto na área da saúde como no Orçamento Participativo com certa independência em relação a sua entidade de origem. Já os representantes de espaços participativos descentralizados afirmaram possuir inserção exclusivamente na saúde e não têm entidade de origem a que se reportar.

5.2 Entrevistados: Caracterização das Entidades pesquisadas do MSU representadas no CMS

As trajetórias de atuação política das entidades do MSU cujos líderes foram entrevistados apresentam diferenças quanto: ao período de surgimento; à localização geográfica; à finalidade (principais eixos de ação); e ao grau de estruturação (espaços e periodicidade de encontros e reuniões). Em termos gerais, todas elas surgiram entre os anos setenta e noventa, período no qual ocorreram transformações na realidade sócio-política

[29] Um entrevistado concorreu ao cargo de vereador no processo eleitoral de 2004, e dois concorreram, em 2004, à vaga do Conselho Tutelar, por suas regiões, sem garantir eleição (Bom Jesus e Lomba do Pinheiro). A representante do Bairro Bom Jesus já atuou como Conselheira Tutelar.

brasileira, bem como na forma de compreender e analisar o MSU, como já foi abordado em capítulos anteriores.

Quadro 6 Caracterização das Entidades do MSU representadas no CMS

Entidades	Data De Fundação	Região	Periodicidade Das Reuniões	Principais Eixos De Ação	Infra - Estrutura
Associação de Moradores da Vila Jardim Ipú - AMBAJAÍ	22/07/1972	Noroeste	Semanais (quintas – feiras, às). 20 hs) reuniões abertas à participação da comunidade	Saúde; segurança; saneamento; terceira Idade; creche; e incubadora tecnológica	Sede e terreno amplos e próprios, biblioteca; panfleto da Associação; Parque em Construção; posto de saúde do GHC funciona no terreno da Associação.
Associação de Moradores do Bairro Bom Jesus - AMBOJES	08/10/1971	Leste	Semanais (quartas-feiras, às 20 hs) reuniões abertas à comunidade	Saúde; habitação; segurança; e saneamento básico	Sede e terreno próprios.
Associação Comunitária São Miguel - ACOVISMI	18/08/1981	Partenon *	Quinzenalmente (quartas-feiras, às 20 hs) reuniões abertas à participação da comunidade	Regularização fundiária; saúde; infra-estrutura; e saneamento e água	Possui duas sedes: uma para realização de reuniões de entidade e pelo projeto EJA, e a outra para suporte para aos projetos de Saúde; terrenos do estado (falta regularização fundiária)

Associação de Moradores Serra Verde - AMOSEV	29/06/1995	Lomba do Pinheiro*	Não existe periodicidade de reuniões.	Comunicação; segurança; e saúde	Sede alugada, com funcionamento conjunto à sede da Rádio Comunitária Serra Verde.
Associação de moradores Nossa Senhora das Graças - AMONSEG	** 1984	Glória/ Cruzeiro/ Cristal*	Não existe periodicidade de reuniões	Regularização fundiária; saúde; e segurança	Sede e terrenos próprios (falta regularização fundiária)

Fonte: Documentação disponibilizada pelas lideranças das entidades, que foram entrevistadas em junho / julho/agosto 2004.[30] * Regiões com problemas de regularização fundiária (áreas do Estado, do Município e particulares)

** Essa Entidade mudou de nome três vezes. A atual direção aponta sua criação como sendo em 1984.

Segundo os entrevistados (ENTREVISTA 1 – Representante e ENTREVISTA 8 - Liderança) e os documentos coletados junto à entidade, à Associação de Moradores (AMBAJAÍ) surgiu nos anos setenta, durante o regime militar e está localiza-se na região Noroeste de Porto Alegre. Conforme os entrevistados, essa área é habitada por população oriunda de outros municípios da região metropolitana; sua maioria trabalhadora sobrevive mediante a economia informal, ou são aposentados. Há, ainda desempregados.

> A nossa associação nasceu em setenta e dois, e eu vim morar no bairro em setenta e quatro. A associação estava adormecida, porque tudo na vida tem *picos e baixos, Ai, teve* um casal, que começou de novo e nos convidaram. Iniciaram as reuniões, *a gente* foi participando [...] Nós atuávamos em um grupo de casais da Igreja, comprometidos com os mais pobres (ENTREVISTA 1 - Representante).

A AMBAJAÍ participou da criação do Conselho Popular da Assis Brasil, tendo atuado ativamente na equipe que elaborou o regimento interno para as unidades de saúde junto ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC).A referida entidade ampliou sua ação no período em que os militantes oriundos da Igreja, de partidos políticos, bem como

[30] A localização dessas regiões está detalhada no mapa de descentralização político-administrativo de Porto Alegre (Anexo C, 148).

acadêmico (professores e estudantes) priorizaram suas ações políticas frente às lideranças de bairros populares.

O texto de um convite à comunidade, aludindo uma reunião com o objetivo de prestar contas e projetar as atividades para 2001, afirma que a finalidade da associação comunitária seria:

> A defesa dos interesses dos moradores reivindicando dos poderes públicos o atendimento às suas necessidades. Visa também [a] incentivar a participação, o companheirismo, a união e a conscientização dos moradores *a cerca* de seus direitos e deveres (AMBAJAÍ, 2001).

A Associação tem sede e terreno próprios, há longa data. Nesse mesmo espaço, funciona um Posto de atenção e saúde da família do Grupo Hospitalar Conceição. Os entrevistados relacionados a essa entidade afirmam que a ação da mesma lhes garantiu o reconhecimento tanto da população local, quanto da administração pública, por intermédio de suas secretarias e departamentos, com as quais mantêm uma parceria nas ações e serviços naquela região:

> Nossa entidade é muito reconhecida [lá] nas secretarias da prefeitura municipal. *Fala* na AMBAJAI, todo mundo conhece (ENTREVISTA 1 – Representante).

Em sua estrutura funcional, a entidade prevê a realização de reuniões sistemáticas com a equipe de direção e comissões. Tais encontros são abertos à participação da população, bem como da equipe de técnicos, quando a temática, referir-se a questões de saúde.

> Segunda-feira eu vou para a reunião. Eu vou discutir, hoje, aqui [*reunião da quinta feira*] com as pessoas. Eu peço ajuda aos técnicos que nos rodeiam, tanto da prefeitura como os daqui [referindo-se ao posto do GHC]. Eu peço a opinião das *pessoas da população*. E, *ai* eu começ o a formar um conceito de como agir naquela situação [proposições da entidade ao CDS] (ENTREVISTA 1 - Representante).

Segundo os entrevistados (ENTREVISTA 2 – Representante e ENTREVISTA 10 - Liderança), a Associação de Moradores do Bairro Bom Jesus (AMBOJES) surgiu nos anos setenta, durante o regime militar. Ela se localiza na região Leste de Porto Alegre, onde existe uma grande concentração de miséria. A luta em torno da criação de postos de saúde nessa região mobilizou e fortaleceu a organização da entidade:

> Na época, mobilizamos toda a comunidade e *fechamos* a avenida Protásio Alves para chamar a atenção sobre a importância da obra [*Posto de Saúde*]. Chamamos à [o jornal] Zero Hora e quem veio foi à polícia de choque. Levamos um *pauzão*. Imagine os *vileiros* querendo *fechar* a Avenida. *Fechamos*, apanhamos e conseguimos ... (ENTREVISTA 2 – Representante).

As grandes conquistas aconteceram por meio da União de Vilas, que congregou várias entidades do MSU, e articulou na época, o diálogo com o poder público municipal: "conseguimos calçamento para todas as ruas. Hoje, só *tem* uma rua sem calçamento no bairro. Mas tudo isso foi [possível] porque a gente nunca desistiu" (ENTREVISTA 2 – Representante).

Faz parte da rotina dessa entidade manter encontros sistemáticos (reuniões e plenárias) da direção com seus representantes e com seus membros. Tais encontros, assim como a pauta de discussões, estão previstos em cronograma, e são divulgados permanentemente. Para tratar das temáticas consideradas prioritárias, existem comissões estruturadas com a participação de um número ampliado de representantes, como é o caso da política de saúde.

> A grande maioria das entidades não tem uma forma organizada de funcionar. *Não estão nem aí* para *ter* um documento formal, sede, reuniões. [há] duas coisas que eu acho importante preservar no Movimento Comunitário: são a autonomia e independência [...] aqui, a gente *faz* reuniões sempre abertas nas quartas-feiras. *Reúne* toda a semana e são assembléias abertas. Então, não é só a diretoria. Acredito *que dê* uma média de vinte pessoas por reunião. (ENTREVISTA 10 - Liderança).

Segundo os entrevistados (ENTREVISTA 4 – Representante e ENTRVISTA 12 - Liderança) e os documentos coletados junto à entidade, a Associação de Moradores Vila São Miguel (ACOVISMI) foi fundada na década de oitenta, em um contexto de abertura política, marcado por mudanças nos perfis das associações de moradores, no que tange à relação com o Estado. A referida entidade localiza-se na região Partenon de Porto Alegre. Mesmo sendo um bairro no qual os primeiros moradores se instalado tenham se instalado desde 1945, somente em 1981 foi legalizada a associação, não obstante já existirem ações comunitárias. Esse bairro servia de área residencial para as famílias dos militares que atuavam no Presídio Estadual; a administração da área era de responsabilidade do Estado, mediante o Comando da Brigada Militar. Essa associação participou da organização do Orçamento Participativo na sua região, pois já atuava de forma articulada, com outras entidades populares, via Conselho Popular de Vilas da região Partenon:

> Na época, *tinha* um major que era o chefe da assistência social. *E aí* o comandante da Brigada determinou que o setor de assistência social convocasse uma reunião com os moradores do bairro para *tirar* uma liderança para batalhar pela legalização dos terrenos. Eu já vinha trabalhando com o problema da água; ajudava a *trazer coisas* para o colégio e, *qualquer coisa* a comunidade me procurava [...] Já que eu fui escolhido, *eu quero* um posto de saúde (ENTREVISTA 12 – Liderança).

A primeira luta empreendida pela ACOVISMI foi a *regulamentação fundiária*. [31] Configurando-se em um processo inserido no contexto da reforma urbana de Porto Alegre dos anos oitenta. Até 2004, os moradores ainda não detinham os títulos de propriedade dos terrenos que estavam ocupando. As principais demandas da associação referiam-se a melhorias na infra-estrutura urbana, tais como: acesso à água potável; serviço de esgotos; e

[31] O processo de Reforma Urbana, além de atingir todos os moradores da Vila, envolveu dezoito áreas de Porto Alegre e da Região Metropolitana, cujas propriedades eram de responsabilidade do Estado ou de suas autarquias. Foram beneficiadas 12.406 mil pessoas (Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Estudo de Alternativas para Intervenção em Áreas de subabitação/1984”e IIº Inventário de Vilas Irregulares - METROPLAN. 1991). Em Novembro de 1992, houve a aprovação da Lei de Regularização de Doação de Áreas públicas Ocupadas do Estado (Lei n. 9.752/92). Em fevereiro de 1993, foi assinado um Decreto-Lei Complementar, n. 34.668/93, que regulamentou a lei de Doações de Terras do Estado.

calçamento de ruas. Além disso, ela reivindicava acesso à saúde e à educação, mediante a construção e ampliação do posto de saúde e de escolas.

As duas sedes dessa entidade foram doadas pela Brigada Militar, em regime de comodato. Em uma das sedes, funciona o Projeto de Alfabetização (SEJA), para jovens e adultos. No mesmo local, igualmente são realizadas as reuniões da entidade. Na outra sede, funcionam os programas de Saúde Pública da Unidade de Saúde Murialdo; [32] nela também a entidade mantém encontros da direção com seus respectivos representantes. Essas reuniões são ordinárias, quinzenais e abertas à comunidade. São momentos nos quais a direção ausculta as principais demandas da população e informa os resultados da participação de seus representantes em diversas áreas.

> São reuniões da diretoria e, quando há necessidade, *a gente* convoca *a plenária,* com a comunidade. Bem que eu gostaria *que a* comunidade fosse mais participativa, porque, muitas vezes, *eles* reclamam que a associação não faz nada; mas, na verdade, quem deveria fazer é a comunidade. A associação é só uma entidade [...] um espaço para a comunidade discutir e *encaminhar* (ENTREVISTA 4 – Representante).

Segundo entrevistados (ENTREVISTA 3 – Representante e ENTREVISTA 9 - Liderança) e os documentos consultados junto à Associação de Moradores da Vila Serra Verde (AMOSEV), a referida entidade localiza-se na região Lomba do Pinheiro, essa foi fundada nos anos noventa, período no qual a administração popular de Porto Alegre implantava o Orçamento Participativo. Conforme os depoimentos essa associação [33] surgiu com a finalidade de ser a principal mantenedora da Rádio Comunitária Serra Verde. Os entrevistados manifestaram certo descrédito quanto à possibilidade de a entidade representar a comunidade, tendo em vista a pouca capacidade de mobilização, bem como as carências da população e o descrédito que ela tem em relação às suas entidades:

---

[32] O Centro de Saúde Escola Murialdo (CSM) iniciou suas atividades em 1956 em 1976 desenvolve uma proposta de Saúde Comunitária e surge a Residência Médica em Saúde Comunitária. Em 1999 acentua-se a ligação do CSM a Escola de Saúde Pública – ESP/RS da Secretaria de Saúde do Estado e inicia a Residência Médica e Aperfeiçoamento Multiprofissional Especializado. Essas ações são realizadas em seis Unidades de Saúde na Região do Partenon em Porto Alegre.

[33] No período da realização das entrevistas, essa entidade encontrava-se em meio ao processo de eleição da diretoria.

> Eu, assumindo a direção da associação, vou tentar [fazer com] que o povo me ouça, porque eu tenho facilidade, eu nasci aqui nesta zona. Eu pretendo dar continuidade *a isso aí* para trazer o povo mais *para junto* da associação e fazer com que *eles* entendam *das* necessidades *de eles estarem* participando (ENTREVISTA 9 - Liderança).

É recente a inserção da AMOSEV na organização e encaminhamentos das demandas da população daquela região. Por não possuir uma sede própria a entidade compartilhada o espaço físico com a Rádio Comunitária Serra Verde. Do mesmo modo, a Associação não mantém reuniões sistemáticas com sua base social. Porém, ela articula vinte e cinco voluntários, que atuam na programação da Rádio e participam em eventos da região, dada a necessidade de manterem-se bem informados.

A Associação da Vila Nossa Senhora das Graças (AMONSEG) por sua vez localiza-se na região do Bairro Cristal de Porto Alegre. Segundo as entrevistas (ENTREVISTA 5 Representante e ENTREVISTA 11- Liderança), ela a referida entidade surgiu nos anos oitenta, período no qual mudou de nome três vezes. [34]

A Vila Nossa Senhora das Graças situa-se em uma região de ocupação irregular. Os terrenos dos moradores e a sede da associação, pois, estão aguardando a respectiva regularização, que está prevista para acontecer até 2008. As mobilizações da comunidade giram em torno das demandadas apresentadas pela região. A entidade não mantém reuniões sistemáticas com sua base social:

> *A gente* não tem infra-estrutura *quase que* nenhuma. *A gente* só tem rede de água e de luz; esgoto *não tem*. Então, assim como não se tem estrutura e não se tem saneamento, não temos nada. É uma vila carente mesmo

[34] A entidade já foi denominada Associação Comunitária da Vila Nossa Senhora das Graças, Associação de Moradores da Nova Tamandaré e, atualmente chama-se Associação Comunitária dos Moradores da Vila Nossa Senhora das Graças. "Logo que eu vim morar aqui, o presidente [da AMOSEG] resolveu que *iria ser* vitalício. Ele não *ia fazer* eleição! Ele vendeu uma parte do prédio da associação e o que aconteceu? Um grupo de moradores se reuniu e fez uma nova eleição, registrou em cartório e ele ficou *com aquilo lá* trancado e [...] fundou uma nova associação, no caso a Tamandaré [nome da nova Associação de Moradores]. *Ai*, por problemas há três anos, *tinha* uma dívida de CNPJ. Então, optou-se, novamente, por trocar o nome da associação, por causa dos gastos. Mas continua funcionando na mesma sede" (ENTREVISTA 11- Liderança).

> [...] O índice de desemprego é *muito grande*, aqui, como na maioria das vilas pobres de Porto Alegre [...] As pessoas participam quando são convidadas *aqui*. *Eles* têm dificuldade de sair. Mas quando *a gente* chama para uma assembléia eles vêm. No ano passado, da nossa região, quem mais *colocou delegado* no OP foi a vila Nossa Senhora das Graças. Nós estávamos muito mobilizados. (ENTREVISTA 11 – Liderança).

A questão que vem mobilizando essa entidade, bem como a própria população e o poder público municipal refere-se ao enfoque sócio-ambiental.[35] Esse modelo está sendo incorporado por algumas gestões municipais, as quais apostam em compartilhar o uso sustentável do solo ao direito à moradia.

Ao final dos anos setenta até meados dos anos oitenta surgiram várias associações de moradores em Porto Alegre bem como em diversas grandes cidades brasileiras. As ações que elas promoviam eram diretas. As entidades, de forma organizada, iam até os governantes pedir que problemas locais fossem solucionados. Essas incursões resultaram em algumas conquistas.

Ainda nos anos oitenta, tais ações de pressão configuraram-se em importantes instrumentos dos MSU em Porto Alegre. Segundo entrevistado um dos entrevistados (ENTREVISTA 1- Representante), nesse período, como as propostas dos governos municipais não se consolidavam em ações práticas para a melhoria da qualidade de vida da população, o MSU intermediava os interesses entre a população usuária e o Estado.

As várias lutas, ocorridas na década de 1980, por direitos sociais foram possibilitando, em nível local, o surgimento de novas lideranças, bem como a organização de várias entidades associativas, tais como: clubes de mães, de jovens, de serviços solidários, entre outros. Buscavam organizar-se para pressionar os governos e construir alternativas para a sobrevivência da população. Dessa forma e influenciadas pelo contexto nacional de mobilizações e articulações em defesa da democracia e de participação popular, as

[35] Enfoque sócio-ambiental: Porto Alegre é um município que incorporou este enfoque em sua gestão ambiental. Esse novo modelo afirma-se a partir das discussões que culminaram com o Plano Diretor de Desenvolvimento Ambiental – PPDUA, 2000.

entidades do MSU articulavam-se em nível local, com o intuito de somarem forças para pressionar os governos com vistas ao acesso aos serviços públicos.

Para Gohn (2000) a ação do MSU, nesse período, concentra-se na busca de acesso e na garantia de direitos. Essa articulação de entidades e lideranças vem acrescentar força à reivindicação e à mobilização pelas demandas regionais**.** Em Porto Alegre, nesse período, segundo liderança da AMBOJES a

> *gente* tinha, a União de Vilas; e a ela pertencia toda a região leste. *A gente* discutia formas de como contemplar [demandas] e fazer negociações porque se promovia muito, assim, a questão da eqüidade. *A gente dava* prioridade a quem *precisava* mais; e, aí, já *marcava: bom*, no próximo ano, vai ser o outro tema acordado. *Aí* todo mundo concordava e *a gente* apresentava [demandas]. Era tudo sem muito documento, sem muita burocracia. Valia muito a palavra (ENTREVISTA 10 – Liderança).

Durante os anos oitenta, um dos eixos estratégicos de organização e mobilização foi à questão da saúde. A conquista de equipamentos e de serviços especializados motivou a organização de entidades e articulação de grupos e mobilizou inúmeras ações por infra-estrutura e equipamentos de saúde em diversas regiões de Porto Alegre (Cortes, 1995). As inúmeras ações coletivas levadas a efeito nas vilas resultaram na descentralização de serviços e nos espaços descentralizados de participação popular, tanto na área da saúde, quanto em outras áreas afins.

> *Olha*, em noventa e dois, *a gente* já *tinha* uma informação da OMS, de que a nossa região *tinha* o maior índice de mortalidade infanto-juvenil e mortalidade materna. Então, nós começamos a lutar por um posto de saúde. *Todo mundo, fechav – nos a porta na cara* e ficava *naquela função*, não é comigo, não é comigo. Até que iniciou o Orçamento Participativo (ENTREVISTA 2 – Representante).

A existência de comissões de saúde população e profissionais da saúde visavam ampliar a participação popular nas deliberações. Tais comissões, posteriormente, passaram a se denominar Conselhos Locais de Saúde e, hoje, são os Conselhos Distritais de Saúde.

As ações de lideranças e representantes de entidades do MSU podem ser identificadas como: aquelas que promovem mobilizações societais e aquelas que integram à gestão do Estado, participando em fóruns participatórios. Tal caracterização pode ser construída a partir da análise da inserção de representantes e lideranças nas estruturas participativas descentralizadas do CMS e do OP e do nível de mobilização societal. Segundo Dóimo (2003) a mobilização societal, hoje, tem pouca expressão. As ações das entidades do MSU e de lideranças societais aparecem de forma difusa em espaços de participação estatal.

Quadro 7 Articulações do MSU na área da saúde, com órgãos públicos e outras instituições

Entidade	**Articulação Saúde**	**Articulação com Órgãos Públicos**	**Articulação com Outras Instituições**
AMBAJAÌ	Conselho Gestor de US; Conselho Distrital Saúde; e Conselho Municipal de saúde	Orçamento Participativo; Coord. Admin. Regional/ CAR [36]; Proj. Sociais e Culturais; Câmara de Vereadores; e Brigada Militar	Igreja; ABADACAOEIRA; Hospital Conceição; e Cons. Gestor Incub. Tecnológica
AMBOJES	Conselho Gestor de US; Conselho Distrital Saúde; e Conselho Municipal de saúde	Orçamento Participativo; Coord. Admin. Regional (CAR); Proj. Sociais e Culturais; Câmara de Vereadores;	União de Assoc. Moradores de Porto Alegre (UAMPA); Comissão de Usuários de Antenas de Celular

[36] As Coordenadorias de Administração regional (CAR) fazem parte do projeto de descentralização dos serviços administrativos municipais na forma de subprefeituras próximas a comunidade. Elas estão ligadas ao Gabinete do Prefeito Municipal, por intermédio da Coordenadoria de relações Comunitárias. As CARs estão localizadas em oito regiões, e aglutinam as dezesseis regiões do Orçamento Participativo, os Fóruns de Políticas Públicas e os Conselhos Populares.

		Brigada Militar; e UAMPA	
ACOVISMI	Conselho Gestor de US; Conselho Distrital Saúde; e Conselho Municipal de Saúde	Orçamento Participativo; Coord. Admin. Regional; Proj. Sociais e Culturais; Câmara de Vereadores; Brigada Militar; Ministério da Saúde; e Séc. Estadual Saúde	Igreja; e Conselho Popular
AMOSEV	Conselho Distrital Saúde; e Conselho Municipal de Saúde	Orçamento Participativo; Coord. Admin. Regional; Proj. Sociais e Culturais; e Brigada Militar	Centro de Tradições Gaúchas; Igrejas; e UAMPA
AMONSEG	Conselho Gestor de US; Conselho Distrital Saúde; e Conselho Municipal de saúde	Orçamento Participativo; Coord. Admin. Regional; Proj. Sociais e Culturais; Câmara de Vereadores; e Brigada Militar	Conselho Popular

Fonte: Documentos fornecidos pelas Associações de Moradores pesquisadas e entrevistas realizadas. Maio a Agosto de 2004.

Segundo os entrevistados (ENTREVISTA 1 - Representante e ENTREVISTA 8 - Liderança), a AMBAJAÍ atua na área da saúde, junto aos Conselhos: Gestor de Unidade de Saúde, Distrital de Saúde Noroeste e Municipal de Saúde de Porto Alegre. Além disso, ela procura articular ações com o Fórum de ação Intercomunitária[37] e com técnicos do Posto de Saúde (GHC); igualmente, ela atua no Orçamento Participativo, na Creche Comunitária, no ABADA-CAPOEIRA,[38] no SEJA,[39] no Conselho Gestor da Incubadora Tecnológica,[40]

[37] A Intercomunitária é uma articulação das comissões de saúde que faz a intercomunicação entre os dez bairros e atende todas as necessidades dos bairros que têm Unidade de Saúde do GHC. Sua divisão geográfica não é a mesma do OP (Entrevista 1:2004).

[38] ABADA-CAPOEIRA é uma entidade nacional, com sede em Porto Alegre, que desenvolve um trabalho voluntário com as crianças da periferia Urbana (Entrevista 1: 2004).

junto à Igreja Católica, à Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, bem como em diversas Secretarias da administração pública municipal, Brigada Militar e Centro de Administração Regional/CAR Noroeste.

> As nossas propostas, os nossos problemas como a gente tem um bom relacionamento com a equipe nos resolvemos aqui mesmo. A única coisa daqui que nos levamos para o Conselho Municipal de Saúde foi o envenenamento de pessoas em noventa e oito (ENTREVSITA 1 – Representante).

Segundo os entrevistados (ENTREVISTA 2 – Representante e ENTREVISTA 10 - Liderança), a AMBOJES (na área da saúde) atua junto aos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde da Vila Bom Jesus e Jardim, ao Conselho Distrital de Saúde/Leste e ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Além disso, a entidade procura articular suas ações junto ao Orçamento Participativo, à Comissão de Habitação, à Associação de Usuários contra as Concessões de Antenas para Celulares, e a União de Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA). Ao mesmo tempo, a AMBOJES atua nas Secretarias da administração pública municipal e no Centro de Administração Regional/CAR Leste.

> Uma das características do movimento comunitário é a solidariedade. Além da representação da entidade no Conselho Gestor, eu represento os Usuários [SUS] no Conselho Distrital. Nesse espaço, as disputas *são superior* à entidade que represento; eu acabo tomando decisões que, muitas vezes, entram em disputa com a postura da minha entidade. *Gera* atritos; porém, eu peço para ser afastada e *eles* não me afastam. A cada troca de diretoria, meu nome é indicado para a Comissão de Saúde, e eu *vou continuando* (ENTREVISTA 2 – Representante).

---

[39] Projeto Educacional dirigido à qualificação de jovens e adultos para os Ensino Fundamental e Médio. Os Fóruns de SEJA, como movimentos sociais, caracterizam-se pela diversidade com que como vêm-se constituindo, e pela capacidade de mobilização. Atualmente, alcança quase todo o território nacional (www.raaab.org.br).

[40] Incubadora Tecnológica é um espaço público no qual estão abrigados os projetos de geração de emprego e renda. Nesses espaços, além de obterem aprendizagem de ofício específico, os grupos recebem orientação contábil e comercial.

De acordo com os depoimentos obtidos (ENTREVISTA 4 - Representante e ENTREVISTA 12 - Liderança), a ACOVISMI atua, na área da saúde, junto ao Conselho Gestor de Unidade de Saúde, ao Conselho Distrital de Saúde Partenon, e ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Além disso, ela se articula com o Orçamento Participativo, o Conselho Popular, a Comissão de Habitação, o Conselho Fome Zero,[41] e o SEJA. Além disso, a entidade estabelece contatos pontuais com o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde – por meio da Escola de Saúde Pública/Murialdo, as Secretarias da administração pública municipal e o Centro de Administração Regional/CAR Partenon /Lomba do Pinheiro.

> Participamos do Conselho do OP no CAR. Lá, *a gente* discute o saneamento, esgoto, ruas, saúde e *tudo* o que as comunidades têm *de necessidades. A gente* se inscreve em nome da comunidade e *levanta* os problemas para serem discutidos. Nessas reuniões, participam quase toda a diretoria da associação, os representantes de todas as comissões. Lá, nós encontramos lideranças de outras comunidades (ENTREVISTA 12 – Liderança).

De acordo com as respostas dadas, a AMOSEV atua, na área da saúde, junto ao Conselho Distrital de Saúde Lomba do Pinheiro. Além disso, ela procura articular ações com a Rádio Comunitária Serra Verde, bem como com o Conselho de Reciclagem do Lixo, o Centro de Tradições Gaúchas Três Figueiras, as Igrejas, a União de Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA), e, também, com as Secretarias da administração pública municipal, o Centro de Administração Regional/CAR Partenon Lomba e com a Secretaria Estadual de Segurança Pública – Brigada Militar.

---

[41] O Programa Fome Zero foi criado para combater a fome e suas causas estruturais. A má distribuição de renda, no país, não possibilita que todos tenham acesso a uma alimentação diária adequada. O 'Fome Zero' visa a garantir a segurança alimentar dos brasileiros e a diminuição das desigualdades sociais. Esse programa engloba um conjunto de políticas públicas, as quais envolvem as três esferas de governamentais (Federal, Estadual e Municipal) e a sociedade civil (www.apoiofomezero.org.br) O Programa Fome Zero é um movimento nacional de solidariedade voltado para aqueles que sofrem, a cada dia com a falta de alimentos e não podem mais esperar. Esse mutirão é uma iniciativa do Governo Federal e envolve toda a sociedade (Brasil, 2003)

> *A gente* transmite, pela rádio, as informações à comunidade, cada reunião; mesmo *as que* não são de saúde. *A gente* informa o que aconteceu. Nós divulgamos mais especificamente no programa 'Comunidade em Ação', *pelas* manhãs. E, também, *tem* os debates comunitários aos sábados e domingos, das 22 às 23 horas. Então, *a gente* traz, procura trazer alguém para debater, vereadores e outros (ENTREVISTA 9 – Liderança).

Conforme as informações prestadas pelos entrevistados a AMONSEG atua, na área da saúde, junto ao Conselho Gestor de Unidade de Saúde Cristal, ao Pronto Atendimento 24 horas, ao Conselho Distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal e ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A entidade articula-se com o OP, o Programa Sócio-ambiental e o Conselho Popular. Da mesma forma a AMOSEG estabelece contatos com as secretarias da administração pública municipal e o Centro de Administração Regional/CAR Cristal.

> Nós, que participamos do fórum do OP todas as segundas-feiras. Cada semana *é com* uma secretaria que *a gente* fala. Exemplo: uma semana *é* com o DEP, *aí* nos falamos *tudo referente* a saneamento básico. Uma semana *a gente* fala sobre habitação, outra semana *a gente* fala só sobre saúde. Assim, nós organizamos as nossas propostas. Então, primeiro nós nos reunimos, *só* com a comunidade, *tiramos* os encaminhamentos que *a gente* quer, anotamos tudo e mandamos para o CAR, que é a gerência da Prefeitura que dá suporte às ações da região [Glória,Cruzeiro,Cristal] (ENTREVISTA 11 – Liderança).

Não obstante os documentos (estatutos, atas, boletins, jornais) e as entrevistas apontarem que a principal finalidade das Associações de Moradores é representar os interesses gerais da comunidade na relação com o Estado e com outras instituições, observa-se que existem divergências. As entidades que foram criadas durante o período do regime militar são melhor estruturadas e mobilizam mais os seus membros para atender às reivindicações, saúde, segurança, regularização fundiária, entre outras. Entre a totalidade das entidades analisadas, classificam-se nesse grupo: a Associação de Moradores do Bairro Jardim Ipú (AMBAJAÍ), a Associação de Moradores do Bairro Bom Jesus (AMBOJES) e a Associação Comunitária da Vila São Miguel (ACOVISMI).

Por outro lado, as entidades que foram formadas nos anos noventa, no contexto da constituição de mecanismos de participação, empregam estratégias caracterizadas pelo envolvimento nos mecanismos governamentais e de participação que se caracterizam pelo envolvimento nos mecanismos de participação com ações de cooperação ou discordância e inércia. Esse é o caso da Associação de Moradores Serra Verde (AMOSEV) e Nossa Senhora das Graças (AMONSEG).

As entidades mais antigas são as que detêm maior grau de estruturação: isso lhes oportuniza uma atuação mais efetiva, assim como uma maior capacidade de mobilização de sua base social e de articulação com o poder público e outras instituições. Por fim, as associações que foram criadas ou reestruturadas nos anos noventa apresentam menor grau de estruturação, além de baixa capacidade de mobilização de sua base social, e relativa relação com outras instituições; elas apresentam, também, maior integração com o poder público.

5.3 Entrevistados: Espaços Participativos Descentralizados do CMS

A implantação do Orçamento Participativo em Porto Alegre, no início dos anos noventa, aconteceu em compasso concomitantemente à institucionalização dos espaços de participação na saúde, mediante a criação dos Conselhos Locais de Saúde. Essa prática de gestão, com mobilização e organização em nível local, ampliou a participação popular, multiplicando o número de fóruns de participativos.

Vários estudos (DAGNINO, 2000; CORTES, 2003) têm apontado que essa prática oportuniza qualificação (técnica e política) aos atores envolvidos nesses fóruns pariticipativos, produzindo as condições necessárias à participação de segmentos que, antes, eram excluídos.

Quadro 8 Espaços Participativos Descentralizados do CMS

Conselhos Distritais De Saúde (CDS)	Fóruns Regionais Do Orçamento Participativo (FROP)

CDS16 Centro	FROP 16 Centro
CDS 2 Noroeste CDS 1 Humaitá/Navegantes/Ilhas	FROP 2 Nordeste FROP1 Humaitá/Navegantes/Ilhas
CDS 3 Leste CDS 6 Nordeste	FROP 3 Leste FROP 6 Nordeste
CDS 5 Norte CDS 14 Eixo-Baltazar	FROP 5 Norte FROP 14 Eixo Baltazar
DS 9 Glória* DS 10 Cruzeiro* DS 11 Cristal*	FROP 9 Glória FROP 10 Cruzeiro FROP 11 Cristal
CDS 15 Sul CDS 12 Centro-Sul	FROP 15 Sul FROP 12 Centro- Sul
CDS 4 Lomba Pinheiro CDS 7 Partenon	FROP 4 Lomba Pinheiro FROP 7 Partenon
CDS 8 Restinga CDS 13 Extremo-Sul	FROP 8 Restinga FROP 13 Extremo-Sul

Fonte: Documentação CMS Porto Alegre - 2003 /2004; dados da Secretaria Municipal de Saúde/ 2004.

* Regiões nas quais ainda não foram implantaram os respectivos Conselhos Distritais de Saúde.

- As regiões destacadas em negrito indicam a localização de representantes de espaços participativos descentralizados no CMS.

As áreas de abrangência dos Conselhos Distritais de Saúde correspondem ao ordenamento político-administrativo do Orçamento Participativo, os quais são municipais e denominados Fóruns Regionais do Orçamento Participativo (FROP) descentralizados, em dezesseis regiões.

Os antigos Conselhos Locais de Saúde, mediante Resolução da Plenária Ordinária n. 23/2003 do CMS de Porto Alegre, passaram a ser denominados Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e atuam junto às Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). Treze

Conselhos Distritais de Saúde foram implantados até 2004 e três estão em fase de implantação.[42]

Como já foi visto, dentre os representantes entrevistados, dois declararam não possuir vínculos com entidades do MSU. São os representantes oriundos do Conselho Distrital de Saúde Humaitá, Navegantes e Ilhas (CDS 1) e do Centro (CDS 16). Eles

afirmam terem sido eleitos na plenária do CDS para representarem o segmento 'usuário' no CMS de Porto Alegre.

Segundo o entrevistado (ENTREVISTA 6 – Representante) que representa a área do Centro de Porto Alegre no CMS Conselho Distrital de Saúde Centro (CDS 16) sua região caracteriza-se por um público diferenciado: há uma parcela constituída por uma população idosa, que, em muitos casos fica abandonada nas casas; por crianças e população de rua, cuja grande maioria é oriunda de outras regiões do Estado. A fora a isso, o restante da população que reside no centro é mais abastada e não se caracteriza pela articulação e mobilização por meio do MSU. Segundo a liderança entrevistada o CDS Centro está sendo remodelado durante sua gestão, que encerra em 2005. Em seu depoimento ela demonstrou preocupação com a continuidade do trabalho, uma vez que não tem conhecimento se haverá outro representante na região:

> Eu comecei participando da Associação de moradores Famico Souto. Lá *eu ia* para praticar esportes. Eles me convidaram para *ir ao* Orçamento Participativo. *Ai*, eu fui *pegando as coisas*. Fiz um curso de Capacitação para Conselheiros de Saúde, me apaixonei pela saúde e me aproximei da equipe de saúde (ENTREVISTA 6 – Representante).

---

[42] Existem ainda os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. A constituição desse conselho não tem acontecido, em todas as regiões, de forma linear, no mesmo período e com a mesma intensidade. Em 2003, o CMS aprovou os Estatutos para os Conselhos Gestores nos serviços de saúde do Município de Porto Alegre. "Estamos na fase de estruturação dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde, na macrorregião Leste de Porto Alegre. Algumas unidades têm, outras ainda não têm os CGU. Estamos com uma meta de, até o final do ano 2004, organizar os CGU em todas as Unidades de Saúde da Região. A população *tem* pouca informação sobre o que está acontecendo. A nossa associação está conseguindo *fazer* este debate [implantação dos CGU] com a população" (ENTREVISTA 2 - Representante).

De acordo com as informações prestadas pelo entrevistado (ENTREVISTA 7 - Representante) representante do Conselho Distrital de Saúde Humaitá, Navegantes, Ilhas (CDS –1) a região, congrega mais de vinte associações de moradores. Ela é constituída pela concentração de bolsões de miséria localizados na entrada da cidade e nas Ilhas, onde o desemprego e o subemprego fazem com que a população sobreviva às custas da reciclagem do Lixo Urbano.

> Eu era da associação de moradores Humaitá. Fui secretário, tesoureiro e vice-presidente da entidade. Quando eu entrei no CDS, trabalhava na implantação dos Conselhos Locais de Saúde. No ano seguinte, vim para o CMS. Assumi o núcleo de coordenação, primeiro como vice-presidente e, posteriormente, como presidente, e não *saí* mais daqui (ENTREVISTA 7 – representante).

Os representantes dos CDS no CMS assumem a responsabilidade pela implantação e articulação, em suas regiões, do novo desenho dos espaços participativos descentralizados do CMS, o qual prevê: criar Conselhos Gestores em Unidades de Saúde, nos Programas de Saúde da Família, Pronto Atendimentos e outros serviços; mobilizar os representantes desses fóruns para participarem das plenárias quinzenais ou mensais do Conselho Distrital de Saúde; representar os Conselhos Distritais nas reuniões quinzenais do CMS de Porto Alegre, oxigenando essa rede com informações e proposições; responder pelas competências burocráticas exigidas pelo cargo junto ao CMS (comissões técnicas e representações institucionais)

> As lutas são *muito puxadas*, quando a gente vem para o conselho e instâncias maiores *né*. Então, praticamente, *lá a gente* não comparece nunca [...]. No bairro, as pessoas entendem mais de OP, que é o asfalto, enfim, *isso eles* entendem e se apropriam mais [...]. Quando se trata do Conselho de Saúde, a questão é mais complexa: então, as pessoas *têm dificuldade*. Por isso, tem *que ter* representante específico em cada conselho para ele se *apoderar* da situação como ela é, das leis, *como é que são* e dos critérios (ENTREVISTA 5 - Representante).

Representantes que não se vinculam as entidades do MSU atuam em nome do segmento ‘usuário’, em espaços participativos descentralizados do CMS. Eles se articulam com profissionais da saúde e com os segmentos da gestão para o exercício da representação dos interesses de sua região. Esse tipo de representação pode indicar uma relação independente com a entidade do MSU, porém, em articulação com segmentos da *policy community* local, via espaços participativos descentralizados do CMS.

Os representantes de espaços participativos descentralizados do CMS representam a base regional, pela qual foram indicados, ou seja, seus representados são difusos não representam a sociedade civil porque sua ação restringe - se ao CDS espaço institucionalizado do Estado.

5.4 Grau de estruturação das entidades do MSU e os espaços participativos descentralizados do CMS e nível de autonomia dos representantes

Com base em importantes autores (MANIN, 1995; COTTA,1985; PIKTIN,1979; BOURDIEU,1991; LABRA, 2002) e ao mesmo tempo, tendo em conta a realidade empírica estudada, esta pesquisa recorre a dois conceitos básicos de representação política para analisar a relação entre representantes e representados do MSU e de espaços participativos descentralizados do CMS de Porto Alegre. Dessa forma, buscou-se adequar a classificação proposta por Cotta, e utilizada por Labra, para analisar os representantes em fóruns participatórios, qual seja: (a) relação de representação política delegada, na qual a entidade exerce relativo controle sobre seus representantes; e (b) relação de representação política fiduciária mitigada, na qual os representantes possuem certa autonomia e independência em relação aos representados. A característica desses representantes é a sua autonomia frente aos assuntos não-deliberados nas entidades de origem e nos espaços participativos descentralizados do CMS.

O CMS de Porto Alegre, segundo Lei Complementar n. 277 (PORTO ALEGRE, 1992), garante, ao MSU, duas vagas para serem ocupadas por conselheiros de saúde titulares e duas, para conselheiros de saúde suplentes, desde que eles sejam indicados por cada Conselho Distrital de Saúde existente na cidade

As entidades do MSU consultadas, com representação no CMS, para fins de análise, podem ser caracterizadas como mais e menos estruturadas, conforme os critérios já descritos. Dessa forma, buscar-se-á verificar se há uma relação entre o grau de estruturação da entidade e o tipo de representação política que ela tem.

Dentre os sete entrevistados que são representantes do MSU no CMS, três deles apresentam características de relação de representação política delegada, ou seja sua atuação é articulada com suas entidades de origem. Eles são os representantes das entidades que têm maior grau de estruturação (AMBAJAÍ, ACOVISMI e AMBOJES).

Os demais entrevistados, quatro apresentam características de relação de representação fiduciária mitigada, com uma articulação frágil, incipiente, ou até inexistência de vínculo com suas entidades de origem ou representam espaços participativos descentralizados do CMS. Esses são os representantes das entidades do MSU com menor grau de estruturação (AMOSEV, AMOSAG) e representantes dos espaços participativos descentralizados do CMS (CDS/ Centro e CDS/ Humaitá, Navegantes, Ilhas).

Como será visto, as concepções de representação política e as formas de indicação de representantes também são contrastantes entre os integrantes de diferentes tipos de entidades as quais provem os entrevistados

5.4.1 Entidades do MSU com maior grau de estruturação

Entre as lideranças das entidades do MSU melhor estruturadas, a representação nos Conselhos foi considerada como responsável pelo repasse de informações e por se constituir como elo de ligação entre as demandas locais e administração pública municipal.

Para um conjunto de entidades do MSU, o representante cumpre as funções de repassar as informações e de ser o elo de ligação entre os interesses gerais da população e a administração pública. Lideranças afirmam que, se não existissem os fóruns participatórios, a entidade estaria à margem dos acontecimentos na área da saúde.Isso porque segundo eles, tais fóruns configuram-se nas únicas fontes de formação e de informação sobre o SUS, que a população pode acessar (ENTREVISTA 2 – Representante e ENTREVISTA 10 - Liderança). Além disso, essa informação auxiliaria a entidade na função de orientar a ação e o debate sobre a temática, bem como construir relações com outras entidades e instituições.

> A *gente tem que* informar as pessoas para, depois, gradativamente, ir ampliando o debate com pessoas que têm mais experiências, e, *dentro disso,* sim, poder construir nomes para representar [a associação] *dentro* desta discussão; e essas pessoas, cada vez que trouxerem *o que está rolando* lá, por exemplo: traz um relato para a associação e, aí, *a gente* pode repensar *a pessoa* [que vai representar], pode repensar a forma de luta (ENTREVISTA 10 - Liderança).

De um modo geral, embora, com pequenas variações nas compreensões sobre o sentido da representação política em fóruns participatórios, as lideranças destacam a importância de haver alguém que se insira nesses espaços, como forma de garantir, acesso à informação, além de veicular algumas propostas e falar em nome dessa população excluída.

> Para ser representante *tu tens que* saber o que está acontecendo; então, *tu tens que* ter um vínculo com os serviços e com as entidades dos locais.Ter vínculo com as próprias comunidades e dizer, a essas comunidades: *olha*, eu sou o representante do usuário. Então, o que eu tenho que fazer, eu tenho que puxar a *alçada* para o meu lado (ENTREVISTA 2 - Representante).

No que concerne aos critérios adotados no processo de indicação de representantes, as entidades mais estruturadas do MSU observam: (a) trajetória de inserção política de

representantes na temática saúde; (b) disponibilidade de tempo do representante; (c) prioridade da entidade na questão da saúde; e (d) se é integrante da direção da entidade.

> Eu participo do Conselho de Saúde tanto distrital como do CMS de Porto Alegre, desde 2000. Nessa época, o presidente da associação disse que não poderia mais participar do CDS (que ainda era CLS), [Ele] pediu um representante da associação e eu era o segundo vice. Daí, eu fui indicado para representar [a associação]. *Foi indicado* na assembléia, para que eu assumisse. Eu já estava acompanhando algumas reuniões a nível local. (ENTREVISTA 4 – Representante).

É possível observar que é determinante no processo de escolha do representante, a trajetória de inserção política dele na temática saúde, bem como a sua inserção nas ações em nível local, e as redes de articulações formais e informais por ele estabelecidas. Em entidades do MSU com maior grau de estruturação, há um cronograma no qual estão previstas as reuniões sistemáticas, entre a equipe de direção e a base social. Assim, por um lado, o representante repassa à direção da entidade, os debates realizados no CMS, e, por outro, a entidade constrói propostas que poderão ser apresentadas, pelo representante, nas reuniões do Conselho de Saúde. Essas reuniões, geralmente, são abertas à participação da população. Soma-se, ainda, a presença a equipe técnica da Unidades de Saúde local, quando a temática remeter às questões de saúde.

> Aqui temos reunião todas as quintas-feiras. Nas últimas quintas-feiras do mês, a *gente senta* e *tem* uma agenda da saúde. Aí *a gente* discute todas as questões que as pessoas *trazem*; o pessoal do posto [de saúde] também vem, e tudo o que é discutido aqui na reunião é levado na segunda-feira *na* reunião da CLIS [...] na próxima segunda-feira o tema *vai ser* o Conselho Gestor do GHC (ENTREVISTA 1-Representante).

Um fator que caracteriza a relação de representação entre representantes e representados é uma espécie de elo de ligação entre as demandas e as necessidades da população local, na relação com as ações da administração pública municipal. Essa relação garante o repasse de informações sobre serviços e orçamentos da saúde e possibilita a construção de propostas

entre entidade e a administração pública, no âmbito do acesso aos serviços equipamentos além da qualidade na atenção. Isso requer que o representante conheça o local onde a entidade está situada, e tenha ampla visão das necessidades e das demandas da região e do município. Além disso, ele deve construir vínculos e articulação tanto com as bases da sua entidade, quanto com outras entidades da região, com técnicos e gerências distritais dos serviços públicos (CDS e CAR), por exemplo.

> Nessas reuniões [o representante] coloca todas *as coisas* que são discutidas na saúde e informa a diretoria. Também ouve as sugestões da diretoria *para levar no* CMS, pois as reuniões do CMS, também acontecem quinzenalmente, e as do nosso CDS [acontece] uma vez por mês. (ENTREVISTA 12 – Liderança).

Os representantes das entidades do MSU que detém maior grau de estruturação denotam características de relação de representação política delegada, além de terem maior vínculo com sua entidade de origem, a qual possui relativo controle sobre seus representantes. As entidades, por sua vez, realizam, semanalmente reuniões plenárias sistemáticas, além de seminários com a população para o debate de temas relacionados à saúde; além disso, organizam reuniões e seminários com profissionais de saúde das unidades locais e regionais, e buscam certa autonomia, na articulação com outras entidades e órgãos da administração pública municipal.

5.4.2 Entidades do MSU com menor grau de Estruturação

Para as lideranças das entidades do MSU com menor grau de estruturação, a representação nos conselhos foi considerada como responsável pela reivindicação por melhorias; e pela capacidade de ouvir e interpretar as demandas da população. As lideranças compreendem que os representantes têm a função de reivindicar melhorias para as condições de saúde da população do bairro por ele representado. Elas justificam essa posição argumentando, que o poder público tem força para propor e aprovar mudanças à

revelia da população; isso porque, segundo elas, o poder público dispõe de uma equipe de servidores que, quando necessário, participam das reuniões dos fóruns e aprovam as mudanças propostas pelo gestor municipal.

> Eu acho que o papel [do representante] seria de reivindicar melhorias e melhores condições de saúde. Nós temos muitos problemas aqui. Agora mesmo, nós estamos perdendo três horas da US [redução de consultas]. *Isso* já está definido e votado na reunião do CDS (ENTREVISTA 9 - Liderança).

Para essa liderança, o representante é alguém que ouve as demandas da população usuária excluída dos serviços de saúde e dá visibilidade, junto ao poder público, às necessidades e demandas dessa mesma população. Por isso, além de estar vinculado à entidade, ele necessita ouvir e perceber as demandas não-expressas. Segundo liderança da AMONSEG isso ocorre porque essas pessoas estão alienadas dadas a situação de carência na qual vivem, trabalham de dia para comer à noite, grande parte enfrenta situação de desemprego, de fome e de miséria. Ainda segundo essa liderança por não ter condições de formular demandas, essa população fica em um outro mundo, um mundo de reclamações:

> *A gente* escuta muita coisa *aqui*, mas *que nunca chegaria lá* em cima se não *tivesse* o representante. Pois essas discussões, muitas vezes, são *feitas* em na rua, no armazém e não *sairia* do bairro. Alguém *tem que* levar *isso*. Alguém *tem que passar uma peneira*, porque cinqüenta por cento do que tu escutas *é muita coisa às vezes* sem fundamento. Mas, qual é o papel do representante? É captar *isso*, pois sempre existem verdades; dar uma *ajeitada*, fazer um rascunho *disso* e levar para *dentro* da reunião. Assim, mesmo que *eles tenham* resistência em escutar, *a gente* fala uma, duas, três vezes. *A gente* tem persistência, *até que alguém* escuta (ENTREVISTA 11 - Liderança).

Nessas entidades, os critérios observados no processo de indicação de representantes são: (a) a sua disponibilidade; (b) o seu interesse e envolvimento com projetos em nível local; e (c) o interesse da entidade em ser representada. Chama a atenção

os fatos de certos representantes, que também são dirigentes de entidades acumularem várias representações, por falta de outras pessoas disponíveis:

> Eu não resolvi ser conselheiro; foi por necessidade.[Eu] estava na reunião da CDS, representando a minha associação, e faltava um conselheiro para representar os usuários no CDS. Ninguém levantava a mão. Depois de algum tempo, eu levantei a mão e assumi a vaga (ENTREVISTA 3 - Representante).

Em entidades do MSU menos estruturadas, não há um cronograma com previsão de reuniões sistemáticas entre a equipe de direção e a sua base social. Assim, por um lado, o representante não repassa, à direção da entidade, os debates realizados no CMS; e, por outro, a entidade não constrói propostas para serem apresentadas por ele nas reuniões do Conselho de Saúde. A relação com a equipe técnica das unidades de saúde, quando acontece, restringe-se a contatos individuais do representante, e não em espaços coletivos (reuniões e seminários). Essa forma de relação de representação política fiduciária mitigada propicia uma maior autonomia e mais independência do representante.

> Eu comunico *as coisas* para *eles*; peço sugestões e propostas para *os assuntos*. São poucas as pessoas que colaboram para propor soluções. As associações de moradores foram esmagadas pelos [inúmeros] Conselhos e pelo OP. A associação vai brigar *pelo* quê? [...] O povo do bairro, pela demora em implantar as demandas, desacredita na associação (ENTREVISTA 3- Representante).

Os representantes das entidades do MSU (AMOSEV e AMOSEG) caracterizadas por um menor grau de estruturação expõem características de relação de representação política fiduciária mitigada, bem como maior autonomia e independência, na relação com suas respectivas entidades de origem. Essas entidades não levam a efeito reuniões sistemáticas da diretoria com seus representantes, e nem realizam seminários com a população para o debate de temas relacionados à saúde, muito menos reuniões com os profissionais da saúde das unidades local e regional. Porém, eles mantêm uma integração com os órgãos da administração pública municipal (CDS, OP e CAR).

O ato de representar segmentos, interesses de grupos, associado às múltiplas redes de articulação, formais e informais, tecidas entre os diversos segmentos que compõem os espaços participativos de deliberação, configura-se em uma tarefa extremamente complexa. Essa complexidade aumenta, quando se trata de investigar o grau de autonomia dos representantes de entidades do MSU e os espaços descentralizados do CMS em fóruns participatórios.

5.4.3 Espaços participativos descentralizados do CMS

A descentralização das ações do CMS não acontece de forma semelhante em todas as regiões de Porto Alegre; ela resulta de um conjunto de relações em um contexto diferenciado de articulações construídas entre os diferentes segmentos regionais, no campo da saúde (população, profissionais da saúde, gestores e prestadores de serviços na saúde).

A representação política do segmento dos usuários no CDS é composta pela representação institucional do MSU e por representantes dos usuários, com participação direta nos espaços participativos descentralizados do CMS. As formas de acesso dos representantes, nesses fóruns, são as reuniões plenárias, as quais garantem o direito à voz, à população presente, e a eleição de nomes em determinados momentos, para a composição da representação institucional do CDS junto ao CMS.

> Eu valorizo muito a saúde, porque a saúde *é que* deu espaço para a população participar. Foi *ai* que nasceu a participação da população. E não adianta...*é engraçado* que a saúde *é que* garantiu, na Constituição[federal] de 1988, a participação da comunidade nos conselhos gestores e nos conselhos municipais. Foi ela [a saúde] que começou a chamar a atenção para a população *participar*. Não foi a educação; foi a saúde! Em primeiro lugar, ninguém sabia o que era SUS. Eu acho que houve uma abertura muito grande no entendimento das pessoas que participam [dos conselhos]. O

> que é o SUS e *do que* a gente pode conseguir participando (ENTREVISTA 1 - Representante).

Os representantes de espaços descentralizados do CMS entrevistados compreendem a representação como: um elo de ligação entre a população e as instâncias instituídas da administração pública; e a possibilidade de participação de usuários na deliberação da política de saúde. Segundo um representante, as iniciativas levadas a efeito pela população local, na área da saúde, foram incluídas à política pública de saúde do município, passando a ser propostas de governo e de suas lideranças, e incorporadas à administração municipal. Com isso, duas conseqüências surgem de imediato: a primeira é o ganho pela qualificação do serviço; e a segunda, um enfraquecimento gradativo do MSU, face ao afastamento de suas principais lideranças. Conforme o depoimento de um representante, o Conselho Municipal de Saúde é um espaço plural de disputa de projetos.

> O gestor não *quer* um movimento social urbano forte, para não contrapor *ao seu* projeto político. Por isso, há um controle por parte da administração pública, sobre as ações dos representantes usuários [...] E, pela própria natureza do CMS, há poucas possibilidades *do mesmo*. O que esse [o Conselho] pode oferecer à população para garantir participação dos usuários? (ENTREVISTA 7 – Representante).

Quanto à possibilidade de participação dos usuários na deliberação da política de saúde, segundo uma entrevistada, os representantes dividem-se em: os que reivindicam ações localizadas junto às suas entidades e aos seus espaços participativos descentralizados do CMS; e os que se propõem a trabalhar em cooperação. Os primeiros “gritam, brigam”; e os segundos “ajudam a construir novas estratégias de ação”. Conforme essa entrevistada, a saúde, hoje, possibilita essa gestão compartilhada, entre os diversos segmentos:

> É uma outra visão, que eu não tinha [...], de saúde, *onde* eu vi que eu posso influenciar, ajudar [...] a construir melhor a nossa saúde *no geral*. Eu sei que é *uma coisa em* longo prazo; mas *a gente* vai *de vagarinho* [...] quando eu entrei aqui [referindo-se ao CMS], eu entrei *nua e crua*. Eu ficava quietinha, *olhava*, eu quase não falava nas reuniões. Eu participava do núcleo; *ai* eu, pensava: o que eu estou fazendo

> aqui? Mas aquele *troço* me chamava, porque eu gostei muito desse lado da saúde. (ENTREVISTA 6 - Representante).

As estratégias utilizadas pelos representantes, para acessar a representação em espaços descentralizados do Conselho de Saúde, seriam: (a) aproximação com as estruturas participativas descentralizadas do CMS (CGS, CLS, CDS); (b) contato com profissionais da saúde da Unidade local; e (c) a trajetória pessoal de inserção na luta pela saúde.

> Senti *na carne* não ter conseguido consulta, não ter conseguido medicação e consulta especializada para *otorrino,* só *para* três *meses a um* ano. Eu vejo acontecer isso com as pessoas. *Aí tinha* uma pessoa que estava sozinha para concorrer *no* Distrito [Centro] e *tinha* que apresentar uma chapa. *Aí,* então, ela [a profissional da saúde] me convidou e eu aceitei. Então, *a gente* montou a chapa: eu não queria sair como coordenadora, queria ser a vice. Então *ela* [a profissional da saúde] disse: você vai de coordenadora usuária, ninguém pode ir contra ti. *Aí*, então, eu aceitei *ser* [coordenadora] e contatamos outros colegas para apoiar (ENTREVISTA 7 - Representante).

Entre os representantes entrevistados oriundos de espaços participativos descentralizados do CMS, há certas características que os aproximam da relação de representação política fiduciária mitigada, com referência à autonomia. A característica principal dessa representação fiduciária mitigada difusa em espaços participativos descentralizados do CMS é a dedicação exclusiva às ações institucionalizadas do CMS de Porto Alegre.

5.5 Grau de estruturação das entidades do MSU e espaços participativos descentralizados do CMS e capacidade propositiva de representantes

A relação entre o grau de estruturação das entidades do MSU e os espaços participativos descentralizados do CMS com a capacidade propositiva de representantes em fóruns participatórios será analisada sob dois aspectos: (a) a influência do capital político e cultural, denominados por Bourdieu (1991, p. 191) de força de mobilização que o representante político detém, quer a título pessoal, quer por delegação; e (b) o tipo de ação política do MSU. Os tipos de ação política considerados serão os que Scheren-Warren (1999, p.14-16) classifica como: (1) ações de caráter contestatório, como por exemplo, realização de denúncias, de protestos, deflagração de conflitos e oposições organizadas; (2) ações de caráter solidário, como a cooperação e parcerias para resolução de problemas sociais; e (3) ações propositivas, com a elaboração de propostas e projetos alternativos de transformação social.

A contextualização histórica dos MSUs de Porto Alegre indica que eles atravessaram momentos característicos distintos: a primeira fase foi permeada por ações diretas individualizadas, do nível local com o poder público, com uma tendência à integração ou cooptação pelo sistema político vigente. Na segunda fase, localizada nos meados dos anos oitenta, as ações tiveram caráter organizativo e reivindicatório com mobilização no sentido de pressionar o poder público com vistas ao acesso aos bens e serviços coletivos por intermédio da articulação dos MSU via União de Vilas e Conselhos Populares regionalizados. Por fim, a terceira fase desse processo aconteceu nos anos noventa e seguintes, com a instituição de espaços públicos de participação, plurais, cuja ação não é nem direta individualizada, nem pela pressão por meio das organizações regionalizadas; É, isso sim, uma ação que se dá pela representação e participação direta de cidadãos em espaços participativos descentralizados do CMS e OP, permeados por constantes disputas e conflitos de interesses.

5.5.1 Entidades do MSU com maior grau de estruturação

As entidades do MSU melhor estruturadas surgiram em fins dos anos setenta e no decorrer dos anos oitenta. e se referenciaram em lutas por melhorias nas condições de vida da população local. Até essa década as ações dos MSU foram caracterizadas por serem diretas. A entidade organizava-se para unir forças e lutar para obter acesso aos bens e serviços de infra-estrutura que o bairro necessitava (água, luz, saúde, transporte, educação). Esse tipo de ações, segundo Baierle (1994), estão localizadas em territórios urbanos determinados e em espaços públicos de participação; elas buscam acesso à cidade e à cidadania, conforme já foi descrito no presente estudo.

São também essas entidades que possuem maior capacidade propositiva em fóruns participatórios e em outros espaços de participação. Além disso, as lideranças e representantes dessas entidades acumulam maior qualificação técnica e política capitais esses, necessários, nas disputas de interesses, em arenas plurais, como passaremos a descrever.

Segundo representante (ENTREVISTA 4 – Representante e ENTREVISTA 12 - Liderança) da ACOVISMI, a situação de abandono em que vivia a população da sua vila despertou a motivação para que empreendesse o trabalho comunitário. Nessa trajetória, foram-se construindo algumas lideranças que, nos dias de hoje, representam a entidade nos fóruns participatórios.

> *Aí*, iniciamos a luta para conseguir um posto de saúde na Vila, para atender à população. Na época [o Secretário Estadual de Saúde], era o Bonow. Nós fomos lá e pedimos *a ele* um posto de saúde lá na Vila. Ele [o Secretario] disse que *ia chamar* o Murialdo para construir os postos. Mudou o governo e, no outro governo, nós fomos *lá* e dissemos: nós queremos ampliar o posto. [...] O governo ampliou outro pavilhão, acoplado ao primeiro. *A gente* trabalhou *em cima* primeiro da saúde, depois, da rede de água, pavimentação das ruas. Com os outros Prefeitos, fomos ampliando, fazendo as outras ruas e, hoje, *está* com asfalto em toda a Vila e com canalização e esgoto cloacal (ENTREVISTA 12 – Liderança).

Segundo o conselheiro representante (ENTREVISTA 1 – Representante) da AMBAJAÌ dentre as pessoas que iniciaram no Orçamento Participativo na região dele, algumas não sabiam ler, nem escrever. *Tem muita gente que voltou a estudar no MOVA e, depois, se integraram no SEJA, se alfabetizaram e, hoje, fazem atas das plenárias e assumem coordenação de comissões.* Os conselhos gestores nas Unidades de Saúde e nos Programas de Saúde da Família ganham a mesma relevância dos Conselhos de Saúde e do Orçamento Participativo, no caso de Porto Alegre. Conforme indica Cohn (2000, p. 51), é no cotidiano das relações dos sujeitos sociais, usuários, com os serviços e, portanto, com as instituições públicas, que se dá o aprendizado da cidadania. Segundo alguns entrevistados, o fato de representar suas entidades junto ao Orçamento Participativo e outros espaços participativos descentralizados foi apontado como um importante espaço de possibilidades – formação e qualificação de lideranças.

> Participo no Conselho do OP [...]. Muitas pessoas, quando me vêem falando, dizem, *tu não és* uma pessoa que *só tem* o primeiro grau incompleto. A questão é a participação; é *tu ter* o conhecimento de como funciona um orçamento é [mobilizar] a participação comunitária na busca de seus direitos (ENTREVISTA 4 - Representante).

Uma ação de reivindicação acontece quando as demandas são remetidas ao poder público municipal ou ao gestor responsável pela área à qual o pleito de determinada população se relaciona. No caso da saúde, as demandas referem-se a medicamentos, acesso às consultas especializadas e à qualidade no atendimento. As situações mais complexas dizem respeito aos recursos humanos, uma vez que envolve questões afetivas, como também, a competência profissional, interesses tanto pessoais quanto de grupos corporativos, além das inclinações políticas. Este é o caso relatado pelo representante da AMBOJES ocorrido no Centro de Saúde Bom Jesus.

> A comunidade começou a reclamar muito do atendimento [do profissional da saúde], de maus tratos, trocas e erros na medicação e, *assim*, uma serie de fatos sucessivos [...] O coordenador *entrou em atrito* com uma série de

> trabalhadores de saúde, transferiu a coordenadora do PA [Pronto Atendimento Municipal regionalizado], porque estava em rota de colisão. Os trabalhadores e a comunidade nos procuraram, *fizeram* relatos. *E ai*, o que *a gente* fez? Primeiro teve uma reunião com a gerência, como é normal, e a partir daí, *a gente* discutiu *aqui* fizemos um relato na associação [...] Foi *tirada* uma posição majoritária, apesar das divergências, [na associação] uma comissão e um documento pedindo a substituição imediata do coordenador do Centro, em audiência com a Secretária Municipal de Saúde (ENTREVISTA 10 – Liderança).

De acordo com os depoimentos obtidos do entrevistado (ENTREVISTA 10 - Liderança), a luta pela regulamentação da concessão de espaço para colocação de antenas para empresas de celulares delineia-se como um exemplo de ação com caráter propositivo. Formou-se um fórum que; reuniu especialistas na área, consultores, representantes de quarenta associações de moradores de diversas regiões do município de Porto Alegre, com mobilização da população por meio de abaixo-assinados. Como resultado, foi alterada a legislação municipal a respeito de concessão e uso de espaço compartilhado para a instalação de torres para as operadoras de celulares.

> A luta iniciou, simultaneamente, em três bairros. Então, nós começamos a criar o grupo [fórum]: pessoas muito interessadas e *seleto*, com *área* de conhecimento *diversificado*, professores profissionais da área [físicos], lideranças comunitárias, vereadores, palestrantes, procuradores, *pessoal* da OAB, que nos ajudaram na legislação. *Esse* [fórum] foi ampliando, buscamos legislação de outros países. Eu relatei, na associação, *retiramos* representante para *participar*, e *eles* [associação], muito me ajudaram a desenvolver as tarefas: abaixo-assinado para a Câmara de Vereadores [por exemplo]. Nas reuniões, o bairro Bom Jesus se destacava *pelo maior número de coleta* de assinaturas (ENTREVISTA 10 – Liderança).

Tanto as ações de negociação, quanto às ações propositivas são identificadas entre as entidades do MSU com maior grau de estruturação. Nota-se que elas possuem lideranças com certo grau de instrução e determinada trajetória de inserção política em espaços participativos descentralizados do CMS e do OP, dentre outros. Tal diferencial lhes garante maior capacidade de interlocução e de elaboração de propostas: ações que exigem, dos representantes, habilidades na argumentação e competência política, na articulação com outros atores as quais os qualificam como sujeitos políticos.

Porém, se a entidade não oferece o apoio político e organizacional a atuação do representante tenderá a ser limitada face a indisponibilidade de suporte necessário para que sejam efetuadas ações no sentido de marcar posição frente aos temas debatidos e deliberados nos espaços participativos descentralizados do CMS. A ausência de respaldo e orientação da entidade, nesse sentido, poderá afetar a própria participação, em particular, o exercício de acompanhamento da deliberação e da fiscalização da política de saúde no CMS de Porto Alegre, que se caracteriza por ser um espaço de tensões e conflitos permanentes.

As entidades mais antigas são, também, as que possuem maior grau de estruturação; isso lhes propicia uma atuação mais efetiva, além de maior capacidade de mobilização de sua base social e de articulação tanto com o poder público quanto com outras instituições. São também das entidades mais estruturadas e seus representantes detêm maior capacidade propositiva em fóruns participatórios.

5.5.2 Entidades do MSU com menor grau de Estruturação

As entidades do MSU com menor grau de estruturação surgiram no final dos anos oitenta e início dos anos noventa, período no qual foram instituídos os espaços participativos descentralizados. Seus representantes e lideranças integram-se à agenda

política proposta pelo Estado, via espaços participativos descentralizados de políticas públicas. As ações de reivindicação e de solidariedade são as mais empregadas por essas entidades, por intermédio dos seus representantes, em encontros, articulações e parcerias mais localizadas no espaço do OP.

As entidades menos estruturadas possuem menor capacidade propositiva em fóruns participatórios e em outros espaços de participação. Além disso, as lideranças e representantes dessas entidades representam suas entidades em diversos fóruns, dispõem de baixo grau de qualificação técnica e política, necessários, nas disputas de interesses.

As lideranças iniciaram suas lutas locoregionais por melhores nas condições de vida da população. Segundo representante da AMOSEV, a situação de abandono em que viviam as crianças da sua vila despertou a sua motivação para que empreendesse o trabalho comunitário.

> Iniciei cuidando das crianças que estavam desamparadas, sem respaldo do poder público. Começamos com curso de desenho, elas gostaram! *Aí*, começamos com outros cursos. Vieram as *mulheres*, organizamos vários grupos de mulheres e muitos cursos diferentes. Em 1998, iniciamos a luta *através* da associação de moradores para *conseguir* a Rádio Comunitária (ENTREVISTA 3 – Representante).

Ações de solidariedade são uma marca das entidades do MSU, sensibilizadas pela realidade de exclusão na qual vivem. Essa postura emana dos representantes e das lideranças dos MSU, e se reflete nos espaços públicos de representação, entre delegados do OP, nas reuniões do Fórum Regional do Orçamento Participativo (FROP). Segundo liderança da AMONSEG isso acontece na hierarquização das prioridades de investimentos. Áreas de ocupação (que não possuem os serviços básicos) são priorizadas pelos representantes, em detrimento das demandas da sua própria entidade.

> No caso, ontem à noite, no OP, foi o problema da Vila Ecológica, área de preservação ambiental. Eles [a associação de moradores] não têm rede de água e *só* agora *está entrando* a questão da luz. *Só* no ano passado foi conquistada a água.

> *Só* com muita negociação com a FASE,[43] *é que se* conseguiu. Quando *deu* esse levante, [demandas da população] então, *a gente* foi solidária com a Dona Terezinha [Presidenta da Associação de moradores].O pessoal da Vila Pedreira [Associação de Moradores] também conseguiu esgoto. Agora, *nós aqui, só* depois que regularizar o sócio-ambiental (ENTREVISTA 11 – Liderança).

As entidades do MSU, cujos representantes não possuem inserção em espaços participativos na área da saúde, esbarram em dificuldades para acessar informações. Conforme resposta do entrevistado (ENTREVISTA 11 – Liderança), as informações são repassadas pelo representante ou, então, acessadas junto a gerencia do Posto de Saúde. A baixa capacidade de interlocução prejudica a informação, o que vem dificultar a mobilização e participação da população. Lideranças apontam que a temática saúde, ainda, é a que tem o maior poder de mobilização das pessoas.

> Não é difícil engajar gente nova neste trabalho, mas é *isso* que eu já citei. O problema é praticamente o fator tempo e as condições para as pessoas se locomoverem. *Tem* pessoas que têm vontade de participar, mas quando chega a hora, a situação financeira, *tem* que mexer no bolso para se mover de lá para cá, esbarra neste empecilho. É passagem *de lá*, é passagem *para cá*, e tudo do próprio bolso (ENTREVISTA 11 - Liderança).

Esse tipo de atuação em fóruns participativos oportuniza uma participação direta e representativa dos cidadãos, tanto na deliberação, quanto na fiscalização dos serviços públicos. Os representantes e as lideranças de entidades do MSU, que articulam as participações direta e representativa, estão potencializando ações. Por seu turno, a entidade que está acostumada a demandar ações sob a forma tradicional (via vereadores e prefeitos) encontra entraves para realizar ações coletivas articuladas com outras entidades.

---

[43] FASE/RS é um órgão do Governo do Estado, vinculado à Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. É responsável pela execução das Medidas Sócio-Educativas de Internação e de Semiliberdade, determinadas pelo Poder Judiciário, a adolescentes autores de ato infracional (site www.stcas.rs.gov.br).

> Eu comunico as *coisas*, peço sugestões e propostas para os assuntos [da saúde]. São poucas as pessoas que colaboram *para propor* soluções. As associações de moradores foram esmagadas pelos conselhos e pelo OP. A associação vai brigar *pelo que*? [...] o povo do bairro, pela demora em implantar as demandas, desacredita na associação (ENTREVISTA 3 - Representante).

Segundo a liderança da AMONSEG no CMS, tanto na associação, como no fórum do Orçamento Participativo, a população trata de vários assuntos; por sua vez, nas reuniões do Conselho Gestor, o representante deve avaliar os serviços de saúde, identificar os problemas e apontar soluções. É no debate *cara a cara* com os profissionais das Unidades Locais da Saúde e com o gestor que se concretiza a participação do representante. Conhecer a linguagem do campo da saúde, ao debater com os profissionais, passa a ser uma questão de sobrevivência dos representantes (BOURDIEU, 1991, p.169).

> Para ser conselheiro 'usuário', não é necessário ter muita instrução e nem conhecer muito de saúde e doença. Agora, quando *tu vai* crescendo, isso é importante [...] Quando eu iniciei no conselho, eu não sabia o que era uma patologia, porque meu ramo era outro, era indústria. E, *aí, a gente* vai *pegando* o linguajar, *aquela coisa*, *vai se virando* até que, depois, *se apropria* (ENTREVISTA 5 - Representante).

Por esse turno, as entidades que surgiram (ou que se reestruturaram) nos anos noventa possuem menor grau de estruturação, fraca capacidade de mobilização de sua base social, além de relativa relação com outras instituições e maior integração com o poder público, via espaços participativos descentralizados. São também das entidades menos estruturadas os representantes com menor capacidade propositiva em fóruns participatórios.

5.5.3 Espaços participativos descentralizados do CMS

Nos anos noventa, com a instituição de espaços participativos descentralizados do CMS, na área da saúde, em Porto Alegre, as ações de representantes e lideranças do MSU

começaram a ser canalizadas para esses fóruns participatórios, os quais passam a ser o espaço público de intermediação dos interesses entre a população local e a administração pública municipal – espaços de gestão estatal.

O espaço social é movimentado pelos representantes e lideranças (individuais e institucionais), as quais, por intermédio de estratégias, possibilitam a produção (ou não) das mudanças pretendidas. Tais estratégias são produto da incorporação da necessidade e dos interesses, a partir da identidade do representante com determinada situação, bem como de seus projetos políticos e suas propostas frente a determinadas realidades. O volume de capital potencial de cada representante e liderança poderá condicionar as estratégias a serem empregadas por outros representantes (BOUDIEU, 1991).

Os representantes de entidades mais estruturadas dos MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS são os que possuem maior capacidade propositiva e de negociação. Os primeiros pela capacidade de articulação com a base social e com outras entidades, além da articulação com os profissionais da saúde. Os segundos pelo lugar que ocupam no CMS e pelo acesso, privilegiado, às informações sobre a gestão e organização do Sistema de Saúde. Apesar das diferenças entre esses representantes, eles atuam com intensidade similar na defesa de interesses e proposições dos usuários.

Segundo depoimento do entrevistado (ENTREVISTA 7 - Representante), ao assumir o núcleo de coordenação do CMS de Porto Alegre e a agenda remetida por essas funções, ele não conseguiu acompanhar a dinâmica de sua entidade. Esse entrevistado considera que é competência do representante, que coordena o CDS e das representações dos MSU e de lideranças, que atuam em nível local, fazer a relação da saúde com a população da região:

> Quando eu trabalhava no Conselho Distrital de Saúde, eu entendia que *tinha que* discutir e levar *as coisas* para a associação. Eu levava. Eu representava a minha associação. Semanalmente, *tinha* reunião da associação, e eu levava tudo o que *a gente* discutia no CDS. Eu coordenava o conselho distrital e coordenava a comissão de saúde da associação. Eu ia ao Orçamento Participativo e eu falava sobre todas as *coisas* que *a gente* estava fazendo. Hoje, eu não faço mais isso (ENTREVISTA 7 – Representante).

Quando o entrevistado fez referencia à relação do CMS com o órgão gestor, ele entende que este seria um espaço de interlocução com o próprio gestor. Desse modo, ele está expressando a natureza dessa relação: diferenciada e plural, em um campo político de tensões e conflitos de interesses. Segundo esse mesmo entrevistado, o representante 'usuário', que ocupa comissões no CMS, desenvolve estratégias de negociação com os demais segmentos, recorrendo a informações que foram privilegiadas pelo espaço por ele ocupado no CMS.

A participação nesses espaços exige, dos representantes, qualificações técnica e política. Segundo Dagnino (2000, p. 148 -149)

> ... tanto para o Estado como para a sociedade civil esses novos espaços de participação são novidades e desafios. Envolvem conhecer aspectos técnicos da área da saúde e ao mesmo tempo da área de orçamento público e compreender os diferentes interesses em disputas.

De acordo com essa mesma autora referida competência técnica tem-se revelado importante à medida que é necessária a participação. As implicações práticas do processo podem interferir na representação, à medida que:

(a) o investimento de tempo e de energia, em um quadro de disponibilidade limitada, acaba sendo roubado do tempo de dedicação e à manutenção dos vínculos com as bases representadas;

(b) a rotatividade dos representantes nesses espaços fica limitada, face às dificuldades para a preparação de representantes, os quais tendem a se perpetuar nesses espaços; e

(c) a ausência dessa qualificação é absoluta e relativa, na relação com representantes de outros setores mais privilegiados (gestor e administrador de hospital).

Além da competência técnica, a competência política, nesses espaços implica a convivência direta com uma multiplicidade de representantes detentores de posturas e interesses diversos.

Ações propositivas e de negociação são práticas comuns entre o Conselho Municipal de Saúde e a administração pública municipal, ou a Secretaria Municipal de Saúde, na demanda de interesse de segmentos, (em especial população e trabalhadores), tal como foi o caso de corte nas horas-extras. Esse fato ocorreu em 2003, quando a Prefeitura anunciou cortes nos gastos. Para conter despesas, foram cortadas as horas extras de todas as secretarias. Um dos resultados disso foi o que aconteceu no serviço de saúde mental da Vila Cruzeiro; o qual era mantido em funcionamento, à noite, basicamente, por meio de regime de horas extras. Como forma de preencher a falta de trabalhadores, configurando-se em uma prática usual adotada nos ambulatórios municipais. Face a falta de funcionários, houve uma mobilização de trabalhadores na busca de apoio junto ao CMS.

Segundo depoimento do representante (ENTREVISTA 1 - Representante) o CMS, imediatamente, constituiu uma comissão paritária e reiterou audiência imediata com o Prefeito Municipal. Essa negociação do CMS, com a administração pública municipal referiu-se à utilização, pela prefeitura Municipal, medida de contenção de despesas, cortes nas horas extras dos trabalhadores em serviços essenciais.

> A responsável pelo posto *pegou* os representantes do CDS *de lá* e *veio* para o CMS. No conselho, *é aquela história*, *tem* divergências para compor a pauta. A pauta do dia já estava delimitada. Com o relato, [fato pelo CDS] nós ficamos tão indignados, mas...tão indignados porque os serviços .... de saúde mental já são críticos pela falta de pessoal e *atende* à emergência, que *socorre* toda a cidade. Nos saímos do conselho, fomos direto *na* Prefeitura. Exigimos uma audiência para aquele momento, O que nós dissemos naquela audiência, o que nós falamos, o que nós brigamos! Pena que não foi gravado! Nos dissemos que a saúde não poderia ser tratada dessa forma. Nós ficamos *lá* umas três horas. Ele [o representante do prefeito] nos deixou falar, ouviu *a* todos. Nós dissemos tudo o *que tinha que* ser dito e, só depois, *ele* falou. Em nenhum momento *ele cortou alguém*. Até achei bacana da parte dele. *Aí* então, a gente conseguiu reverter essa situação. Nós fomos *lá* na quinta-feira. Na segunda-feira, já estava tudo *consertado*. (ENTREVISTA 1 – Representante).

As ações propositivas relatadas pelos entrevistados (ENTREVISTA 1- Representante; ENTREVISTA 2 - Representante; ENTREVISTA 4- Representante e ENTREVISTA 10 - Liderança) são as empreendidas entre o CMS e a administração pública municipal e Secretaria Municipal de Saúde, e entre entidades organizadas em nível locoregional, com as Gerências Regionais de Saúde. Tais ações têm como objetivo representar os interesses: de segmentos hegemônicos entre a população, e corporativos entre os trabalhadores. Exemplos dessa proposição são as demandas não atendidas pela gerência regional Leste, as quais foram remetidas, pela Associação de Moradores AMBOJES, à Secretária Municipal de Saúde.

> As discussões acontecem, *primeiro*, nas unidades de saúde, entre profissionais e comunidade. *Se* não *se resolve* os problemas, *por aí*, então, o problema é debatido no Conselho Distrital de Saúde. O CDS vai *cobrar*, da gerência regional, e quando não se resolve *aí*, então, o mesmo é remetido ao CMS Porto Alegre. E este *é que dá* suporte ao CDS. Mesmo assim, a nossa associação já levou várias coisas diretamente para a Secretária [Municipal de Saúde], porque nossa associação entendeu *que tinha que estar* junto com o CDS (ENTREVISTA 2 - Representante).

Foram levadas a efeito ações propositivas entre CMS e a Secretaria Municipal de Saúde com a administração municipal de Porto Alegre, com o objetivo de ser aumentado o número de vagas para a saúde no município, bem como para a municipalização do Hospital Getúlio Vargas. No primeiro caso, o Conselho reuniu forças entre os vários segmentos, e apoiou a Secretaria Municipal de Saúde, para o atendimento à demanda de ampliação de número de vagas para recursos humanos. Tendo em vista que a Lei de Responsabilidade Fiscal impede que os municípios contratem e gastem mais do que sessenta por cento do orçamento com pessoal; foi alegada, como principal argumento, a relevância social da questão saúde.

> A questão da criação de 811 cargos para a saúde foi uma briga muito grande que *a gente* [CMS] *fez* para apoiar a secretaria. Essa demanda partia *de nós* porque? *precisava*

> destes cargos. O gestor também tinha esse interesse. A municipalização trouxe muitos problemas. Uma das falhas da municipalização é que foram municipalizados os serviços, mas não os recursos humanos. Isso *deu* muitos problemas, até o gestor entender que a municipalização ainda é uma coisa muito nova. *A gente* até já caminhou muito.[...]. Depois, outro problema *que* tivemos que enfrentar foi a criação de 300 cargos no Hospital Getúlio Vargas – GV. O Estado *ia fechar* o GV. Todo mundo *que era mandado* embora [demitido] entrava na Justiça. Eles [os funcionários demitidos] *enterraram* aquele hospital. Por isso, *que eu* falo da importância da população se *apoderar* das informações (ENTEREVISTA 1 – Representante).

As ações dos representantes do MSU revestem-se de uma caracterísitica de solidariedade entre os grupos, que têm a mesma identidade e com ações do tipo reivindicação ou contestação (pela falta de serviços públicos e equipamentos, qualidade ou falta de atendimento e medicamentos) em nível local. Por outro lado, as ações do tipo negociação e ou propositivas exigem uma maior competência técnica dos representantes no sentido de conhecer a respectiva temática, com profundidade, além de possuir *argumentos convincentes*. Nesses casos, as propostas que mais tem visibilidade são as corporativas e as de interesse político de trabalhadores e entidades, tais como as que se referem com horas extras para determinados serviços, ampliação do número de cargos, afastamento de profissionais, dentre outras.

Os representantes dos espaços participativos descentralizados assumem o papel da burocracia em espaços institucionalizados do Estado. Eles constituem-se em importantes canais, facilitadores do acesso das demandas e das proposições dos representantes dos usuários e trabalhadores em fóruns participatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação, por meio de um estudo de caso, visa a contribuir com o debate sobre as relações entre representantes e representados em fóruns participatórios. O foco desta investigação recai sobre as entidades do Movimento Social Urbano (MSU) e dos espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA). Esses representantes ocupam o maior número de vagas na composição do segmento ‘usuários’ do CMS de Porto Alegre.

Embora, em pesquisa qualitativa, os resultados obtidos não sejam generalizáveis, as constatações desta pesquisa podem elucidar a existência de características nestas relações que sejam generalizáveis. Isso porque, por um lado as características institucionais e do sistema de saúde e do fórum são similares, em todo o país e, por outro, as características dos movimentos sociais também apresentam similaridades nas principais capitais do país. Além disso, como Porto Alegre apresenta altos níveis de participação política, comparada a outras capitais, seria de esperar que, se em alguma cidade houvesse relação mais estreita entre representantes e representados seria exatamente ali. No entanto, a presente pesquisa constatou que as relações entre representantes e representados é formada por vínculos frágeis.

Em um contexto de desigualdade social no que se refere ao acesso à produção e distribuição de renda, as entidades de representação associativa, inseridas em comunidades locais, passam a ser referências para a população pobre, agindo como intermediadoras dos interesses de ampliação de acesso a serviços e bens e de garantia às ‘necessidades sociais’. Segundo o IBGE (1996), as associações de bairro são as entidades apontadas, pela população, como as mais comprometidas e envolvidas com a representação, a defesa e a garantia dos seus interesses gerais.

As mobilizações que movimentaram os anos setenta e oitenta, as quais buscavam ampliação de acesso a serviços e bens e que lutavam pela democratização do Estado, propiciaram o surgimento e a multiplicação dos MSU. Esses movimentos incorporavam agentes voluntários de diferentes matizes ético-políticos, nas associações de bairro, nos sindicatos. Tais agentes, provenientes de segmentos da Igreja e da academia (estudantes e professores), bem como de algumas administrações populares, (parlamentares e técnicos da burocracia estatal), articulam-se no movimento de reforma no setor saúde.

O Movimento Popular de Saúde (MOPS) e as Associações de Bairro foram importantes aliados em ações mobilizatórias para melhoria do acesso a serviços de infra-estrutura e equipamentos de saúde. Essa articulação colaborou para tanto interna como externamente ao Estado, construir as condições necessárias à implantação de reformas no sistema de saúde. Tais reformas instituem o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado; e, também a participação da população, que passa a se configurar como diretriz e princípio na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Nesse cenário, foram criados os espaços públicos de participação na definição e no controle das ações governamentais A participação da população no SUS acontece, em cada nível de governo, por meio de canais institucionalizados – ou seja, previstos por leis ou normas do SUS - como as Conferências, os Conselhos de Saúde e os Conselhos Gestores de Serviços de Saúde. De composição paritaria entre os segmentos dos profissionais, da saúde, dos gestores e prestadores de serviços com os usuários do SUS, o que diferencia os Conselhos de Saúde das Conferências é seu caráter permanente e representativo. Os Conselhos de Saúde foram os primeiros fóruns participatórios organizados; eles serviram (e ainda servem) como modelo às demais políticas setoriais (assistência social, educação e, mais recentemente, segurança publica).

Em Porto Alegre, na década de oitenta, o MSU acompanhou a tendência nacional: ele se aglutinou regionalmente, descentralizando ações. As lideranças acreditavam, na época, que, dessa forma, haveria maior participação em nível local. Foi construída uma rede capilarizada de entidades e de organizações associativas, sob a denominação de União de Vilas e ou Conselhos Populares. Na área de saúde, essa tendência dos anos oitenta acentuou-se por meio da descentralização dos serviços de saúde mediante a criação de

espaços participativos descentralizados do CMS; e da implantação do Orçamento Participativo.

Esta pesquisa constatou que as entidades criadas durante o regime militar - fins dos anos setenta e início dos anos oitenta - são mais bem estruturadas que as demais entidades criadas em - fins dos anos oitenta e início dos anos noventa no contexto da constituição dos fóruns de participação governamentais. Entre as entidades examinadas classificam-se no primeiro grupo a Associação de Moradores do Bairro Jardim Ipú (AMBAJAÍ), a Associação de Moradores do Bairro Bom Jesus (AMBOJES) e a Associação Comunitária da Vila São Miguel (ACOVISMI). Elas se caracterizam por maior inserção política em diversos fóruns, maior capacidade de mobilização de sua base social, certa autonomia na articulação com o poder público, e também, mantém articulação com outras instituições e com os profissionais da saúde.

No segundo grupo encontram-se a Associação de Moradores Serra Verde (AMOSEV) e a Associação de Moradores Nossa Senhora das Graças (AMOSEG). Elas apresentam menor grau de estruturação e fraca capacidade de mobilização de sua base social, e com outras instituições e maior integração com o poder público.

Diferentes são os espaços participativos descentralizados do CMS, CDS - Centro e CDS - Humaitá Navegantes e Ilhas. Esses espaços são instâncias governamentais, institucionalizadas representam uma região, pela qual foram indicados, seus representados são difusos.

Os entrevistados, as lideranças e os representantes de entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS apresentam diferentes características de inserção política (a) os representantes do MSU que têm varias inserção política mantém uma ação articulada com as suas respectivas entidades de origem: eles participam das reuniões, mobilizam a comunidade, ampliam a representação em eventos da saúde, e disputam a titularidade na representação, com outras lideranças de sua entidade; (b) os representantes que têm menor inserção política agem nos espaços da saúde e detêm certa independência em relação com as suas entidades de origem; e (c) os representantes de espaços participativos descentralizados possuem inserção exclusivamente na área da saúde.

Na relação grau de estruturação de entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS com o nível de autonomia do representante, o presente estudo constatou que as relações entre representantes das entidades do MSU que têm maior grau de estruturação e o tipo de representação que os representantes exercem poderia ser classificada representação política delegada. Isso se considerarmos o vínculo com sua entidade de origem e o relativo controle que a entidade exerce sobre eles. As entidades, por sua vez, realizam reuniões plenárias sistemáticas semanais, assim como seminários com a população para o debate de temas relacionados à saúde, reuniões e seminários com profissionais da saúde das unidades locais e regionais, e se articulam, com certa autonomia, com outras entidades e órgãos da administração pública municipal.

Foi possível perceber, ainda, que as relações entre representantes e representados, nas entidades do MSU detentoras de menor grau de estruturação, poderiam ser classificadas como representação política fiduciária mitigada, tendo em vista sua maior autonomia e independência em relação as entidades de origem. Estas não realizam reuniões sistemáticas da diretoria com seus representantes, nem seminários com a população para o debate de temas relacionados à saúde, muito menos reuniões com profissionais da saúde das unidades local e regional. Porém, essas entidades mantêm relações estreitas com órgãos da administração pública municipal (CDS, OP, CAR).

Os representantes oriundos de espaços participativos descentralizados do CMS apresentam características que os aproximam da representação política fiduciária mitigada, tendo em vista sua completa autonomia, pois não têm entidade a se reportar. Os representantes, mesmo sem vínculo com entidades do MSU, atuam representando o segmento ‘usuários’ em espaços participativos descentralizados do CMS. Esse tipo de representação pode indicar uma relação independente do representante na relação com a entidade do MSU, mas articulada com segmentos da *policy community* local via espaços participativos descentralizados do CMS.

No que concerne à relação entre grau de estruturação das entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS e a capacidade propositiva dos seus representantes, o presente estudo indica que as ações de reivindicação e de solidariedade (representantes de entidades abrem mão de suas demandas no OP favorecendo outras vilas

de ocupação que necessitam de infra-estrutura básica tais como: água, luz) acontece muito mais nas entidades do MSU menos estruturadas. Seus representantes e lideranças participam intensamente das discussões propostas pelos gestores, nos espaços participativos descentralizados. Eles atuam principalmente no âmbito do OP, é também nesse fórum que eles se articulam politicamente com os gestores e com .outras entidades do MSU.

Há entre os entrevistados representantes e lideranças das entidades do MSU e dos espaços participativos descentralizados do CMS uma concepção ampliada de saúde. Afirmam que muitas questões que envolvem a saúde são demandadas no Orçamento Participativo, quanto à infra-estrutura (água, saneamento, esgoto, luz, moradia), via Fórum de Serviços, que envolve todas as secretarias da administração pública. Para os fóruns específicos, nesse caso os Conselhos de Saúde ficam as questões da gestão, da assistência, de equipamentos de saúde, de acompanhamento e fiscalização dos serviços prestados pelos profissionais da saúde a população.

A capacidade propositiva de representantes do MSU com menor grau de estruturação manifesta-se tanto na solidariedade entre os grupos, quanto em reivindicações relacionadas à falta de serviços públicos e equipamentos, a demandas pelo aumento do acesso a serviços e medicamentos e pela melhoria da qualidade do atendimento. São das entidades menos estruturadas os representantes com menor capacidade propositiva em fóruns participatórios. Estabelecer negociações e propor medidas e ações exigem competência técnica e política, encontradas entre os representantes e lideranças de entidades do MSU que têm maior grau de estruturação e entre os representantes dos espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde.

Isso ocorre porque os representantes e lideranças de entidades do MSU mais estruturadas têm capacidade de articulação com sua base social e com outras entidades, além de se articular com os profissionais da saúde e com o poder público. Os representantes dos espaços participativos descentralizados têm acesso privilegiado às informações sobre a gestão e organização do Sistema de Saúde. Apesar das diferenças de origem, eles atuam com intensidade similar na defesa de interesses e proposições dos usuários.

A competência técnica permite conhecer a temática em debate com certa profundidade e, assim, uma argumentação convincente. Por sua vez, a competência política, qualifica o representante, (transformando-o de sujeito social em sujeito político), e amplia a sua capacidade de construir apoios para as proposições de interesse dos usuários As propostas que mais ganham visibilidade são as corporativas e de interesse político de trabalhadores da saúde pleiteando horas extras para determinados serviços, ampliação no número de cargos. Há uma relação de proximidade entre os representantes usuários das entidades mais estruturadas e dos espaços participativos descentralizados com os profissionais das Unidades de Saúde que pode auxiliar a explicar essas propostas. Isso parece indicar que os profissionais e trabalhadores de saúde elaboram as propostas que são expressas por representantes do MSU.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Sérgio; PRATES, Antônio A. P. Planejamento Participativo, movimentos sociais e ação coletiva. **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, 1991.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som; um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 516 p.

BAIERLE, Sergio. A crise da UAMPA. **Movimentos populares urbanos**: crises e perspectivas. Porto Alegre: FASE/CIDADE, 1992.

BAIERLE, Sergio. G. Porto Alegre, polis no terceiro mundo? A Emergência de um novo princípio ético-político nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre. In **Coleção Cadernos da Cidade.** v. 1. n. 2 , maio de 1994.

BARBOSA. Eva. Estudos Urbanos: Crise dos Paradigmas ou crise das Ciências Sociais? **Ciência e Cultura,** v. 42, n. 7, p. 361, jul. 1990.

BAQUERO, G. Democracia cultural e comportamento político: uma análise da situação brasileira. In.: PERISSINOTTO,Renato e FUKS, Mario (Orgs.) **Democracia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume – Dumaré, 2003

BETTO, Frei. **O que é Comunidade Eclesial de Base**. São Paulo: Brasiliense, 1981

BETTO, Frei, BORGES FILHO, Afonso. **Sinal de Contradição**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.080, 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. 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL.Conselho Nacional de Saúde. **8ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.** Brasília, 1999. (fotocopiado)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. **Resolução n. 333, de 4 de Novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação , estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília,2003.

BRASIL.Ministério do Desenvolvimento Econômico e Social. **Programa Fome Zero.** Brasília, 2003.

BRANT, Vinícius**.** C. Movimentos Sociais. In: BRANT, Vinicius; SINGER, Paul (Orgs.). **O Povo em Movimento.** São Paulo: Vozes, 1981.

BRAVO, M. I. S. A Saúde no Brasil na Década de 90 : Projetos em Disputa. **Superando Desafios**, Rio de Janeiro, v. 4, 1999.

BOURDIEU, Pierre **O poder Simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991

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

BOURDIEU, Pierre. **Coisas Ditas.** São Paulo: Brasiliense, 1990

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. 3. ed. São Paulo : Papirus, 2000.

CAMPOS, Gastão W.S. In Conferência Estadual de Saúde. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Texto elaborado especificamente para a 3ª Conferência Estadual de Saúde.** Porto Alegre: SES, 2000.

CAMPOS, Gastão. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

CARVALHO, Antônio I. **Conselhos de Saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Antônio I. de. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 3, n. 1 , p. 23-25, 1998.

CORDONI J. L**.** Participação Social em Saúde: a experiência do Paraná**.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8,1988, Brasília. **Caderno**.**de textos**. Brasília, 1988.

CARBONARI, Paulo. (Org.) **Estado e Sociedade Civil no Rio Grande do Sul:** Debates dos sujeitos sociais populares. Editora Bertier: Passo Fundo, 2002.

CECCIM, Ricardo et al. **Participação popular em saúde:** a ótica do usuário na CLIS 04. 1990. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Escola de Saúde Pública do Estado do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 1990.

COTTA, Maurizio. Representación. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, N. **Dicionário de Política.** 3. ed. México, D.F.: Siglo XXI Editores, 1985. p.1102–1107.

CORTES, Soraya M V. **User participation and reform of the Brasilian health System:** The case of Porto Alegre. Tese (Doutorado). London School of Economics and Political Science, 1995.

CORTES, Soraya M V. Participação na área da Saúde: o conceito suas origens e seu papel em diferentes projetos de Reforma do Estado. Saúde: **Revista do Nipesc,** Porto Alegre, v. 1, n.1, p. 51-69, jan./dez. 1996.

CORTES, Soraya M V. Técnica de coleta e análise qualitativa de dados. **Cadernos de sociologia,** Porto Alegre, v. 9, p.11-47, 1998.

CORTES, Soraya M V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no sistema único de saúde brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Caderno de textos.** Brasília, 2000.

CORTES, Soraya M V. A participação em conselhos municipais de política pública: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities**.** In: **ENCONTRO DA ANPOCS**, 26., 2002, Caxambu, MG. Caxambu: ANPOCS, 2002a. p. 17. (Apostila fotocopiada).

CORTES, Soraya M V. Participação de Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde de Assistência Social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato; FUCKS, Mário (Orgs.). **Democracia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará,, 2002b. v. 1, p. 167-209.

CORTES, Soraya M V. O governo do estado como protagonista da regionalização e da participação: o caso Rio Grande do Sul – 1991 a 2003. **Centro de Recursos Humanos da UFBA**, v. 39, 2003.

CORTES, Soraya M V. **Participação e governança:** o impacto de fóruns participatórios sobre a gestão e implementação de políticas públicas. Porto Alegre, 2004. (texto fotocopiado).

COSTA, Nilson do R. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

COHN, Amélia. Cidadania e formas de representação de poder público e do gestor privado pelo acesso, eqüidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Caderno**... Brasília: CEDEC, 2000.

COSTA, Sérgio. Esfera púbica, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil: uma abordagem tentativa. **Novos Tempos** – CEBRAP, n. 38, p. 38-52, 1994.

DAGNINO, Evelina. **Anos 90 Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, Evelina. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In.: PERESSINOTTO, Renato e FUCKS, Mario (Orgs.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relumé – Dumaré, 2003.

DALTON, Russel e KUECHLER, M. (Orgs). **Challenging the political Order: New Social and political Movements in Westen Democracies,** Oxford: Polity Press, 1990.

DARON, Vanderleia. **Educação, cultura popular e saúde**:experiências de mulheres trabalhadoras rurais. 2003. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Passo Fundo, RS, Passo Fundo, 2003.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez, 1988.176 p.

DEMO, Pedro. **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

DRAIBE, Sônia. Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90. In. SOLA, Lourdes; PAULAINE, Leda M.(Orgs.) **Lições da década de 80**. São Paulo: UNRISD/EDUSP, 1995. p. 201-221.

DOIMO, Ana. M; RODRIGUES. Marta. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização. **Sociedade & Política**, São Paulo, n. 3, p. 95-115, 2003.

DOIMO, Ana. **A vez e a voz do popular**: Movimentros sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relumé-Dumaré: ANPOCS, 1995.

ECO, Umberto. **Os limites da interpretação**. São Paulo: Perspectiva, 1995.

EVANS, Peter. Além da 'Monocultura Institucional': instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. **Sociologias**, n. 9, p. 20-63, jan. 2003.

FERLA, Alcindo. **Relatórios de Gestão como instrumentos de controle Social no SUS**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2000.

FERLA, Alcindo A.; FAGUNDES, Sandra. M. S. Construindo significados ao controle social do SUS no RGS. In: RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da saúde. **Tempo de Inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da casa editora, 2002.p 203-224.

FIOCRUZ. **História das Políticas Públicas no Brasil**. 1983. (Fita de vídeo).

FIOCRUZ, Educação popular em saúde. **Tema**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 32, nov./dez, 2001.

FUKS. Mario. Participação Política em conselhos gestores de políticas públicas socais no Paraná. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mário. **Democracia**: teoria e prática. Paraná: Relume/Dumará, 2002.

Fundação de Economia e Estatística – FEE.. **Estimativa da população, por município, no Rio Grande do Sul, 2001**. Porto Alegre: FEE. Disponível em: http://www.fee.tche.br. Acesso: 05/04/2004.

GOHN, Maria.G. **Teoria dos Movimentos Sociais:** paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

GOHN, Maria G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortes, 2001.

GOMES, Luiz F. A. M.; RODRIGUES, Sulbrasil P.; CAULI, Mihai C. Reflexões sobre o planejamento participativo. **Ciência e Cultura,** São Paulo, v. 7, n. 4, p. 565-569, abr. 1985.

HEYWOOD, A. **Politics.** London: Macmillan Press, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **O perfil do associativismo através do suplemento - suppme/1996**.Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 05/04/2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **percentagem de chefes de domicílio que não haviam concluído o nível de ensino fundamental.** Porto Alegre. Censo Demográfico de 2000. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso: 22/05/2005

LABRA, Maria. E. **A Qualidade da Representação dos Usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a Dimensão Associativa**. Pesquisa Estratégica. Relatório Final. Rio de janeiro, 2002. (Apostila fotocopiada).

LARANJEIRA, Sônia.(Org.) **Classes e movimentos sociais na América Latina**, São Paulo: Hucitec, 1990.

LAVALLE, Adrian G. Sem Pena nem Glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos de 1990. **Novos Estudos**, n. 66, p. 91-128, jul. 2003.

LIMA JR. Jayme. B.; ZETTERSTRÖM, Lena. **Extrema Pobreza no Brasil**: a situação do direito à alimentação e moradia adequada.Loyola: São Paulo, 2002.

MANIN, Bernard. Los princípios del gobierno representativo. **Revista Sociedade**, Buenos Aires, n. 6, p.13-38, mar. 1995.

MARTINS, Carlos B. Lembrar Bourdieu. **Novos Estudos**, Brasília**,** n. 62, mar. 2002.

MARTINS, Carlos B. **Vida e Obra de Bourdieu**. Palestra proferida no PPGS/UFRGS, Porto Alegre, em abril 2003.

MELO, Marcus A. B. C. Anatomia do Fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na nova república. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.

MELUCCI, Alberto. **Assumir um compromisso**: identidad y mobilización em los movimentos sociales. Madrid: Zona Abierta. n. 69, ARCE, p. 153-158, 1994.

MELO, Marcus A. B. C.; COSTA, Nilson do R. A Difusão das Reformas Neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: **REIS**, Elisa et al. (Orgs.).

Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC, 1995. p. 153-176.

MACPHERSON, C. B. Pluralismo, Individualismo e Participação.In. MACPHERSON, C. B. **Ascensão e Queda da Justiça Econômica**: o papel do estado das classes e da propriedade na democracia do século XX. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1991. p. 123–133.

MOCINHO, Rejane.R. **Construindo e analisando uma proposta de instrumentalização de conselheiros de saúde para o exercício do controle social.** 2000. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

NAVARRO, Renato G.; GODINHO, Maria Helena L. Movimentos sociais (populares), conselhos municipal e órgão gestor. **Cadernos Metrópole,** n. 7, p. 73-92, 2002.

NUNES, Edson; JACOBI, Pedro. Movimentos populares urbanos, poder local e conquista da democracia**.** In: MOIS, J. A. (Org.). **Cidade, povo e poder.** 2. ed. Rio de janeiro: Vozes,1989.

O'DONNELL, G. **El Estado Burocrático autoritário: 1966 –1973.** Buenos Aires. Belgramo, 1982.

PALUDO, Conceição. **Educação popular em busca de alternativas**: uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. 272 p.

PITKIN,Hanna.F. O conceito de representação. In: CARDOSO, Fernando Henrique; MARTINS, Carlos Estevam (Orgs). **Política e Sociedade**. São Paulo: Editora Nacional, 1983. v. 2, p. 8-22.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Lei Municipal Complementar n. 277 de 1992**. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 1992.

PORTO ALEGRE.Conselho Municipal de Saúde. Regimento Interno do CMS em 25 de dezembro de 1997. Porto Alegre, 1997.

PORTO ALEGRE. Departamento Municipal de Habitação - DEMHAB. **Lei Complementar nº 434, 2000**. Institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental de Porto Alegre. Secretaria do Planejamento Municipal. Porto Alegre, 2000.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **10 anos do CMS 1992/2002**: uma década de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS. Porto Alegre**,** 2003.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Estudo de Alternativas para Intervenção em Áreas de sub-habitação/1984"e IIº Inventário de Vilas Irregulares.** Porto Alegre: METROPLAN, 1991.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Conselho Municipal de Saúde**. Disponível em: http://www.conselhodesaude.poars.com.br. Acesso em 05/04/2004, 10/05/2005.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Agenda 2004.** Porto Alegre, 2004.

PORTO ALEGRE.Programa de gestão Urbana. Participação popular e combate a pobreza. **Caderno de trabalho** n. 126, 2003.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **Estatuto dos Conselhos Distritais de Saúde**. Porto Alegre, 2003.

PORTO ALEGRE.Conselho Municipal de Saúde. **Resolução n. 30 de 2003.** Cria os Estatutos dos Conselhos Locais de saúde. Porto Alegre, 2003.

RAICHELES, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social:** Caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez. 2000.

RAMOS, Donatela D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre-RS no contexto da municipalização da saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RÉOS, Janete C. **Participação em saúde na gerência distrital 5 de Porto Alegre: Glória/Cruzeiro/Cristal (1980-2000).** 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública. **Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS** – Subprojeto 1 – Capacitação Ampliada de Conselheiros de saúde. 2002.

SANTOS, Boaventura S. **Pela Mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Cidadania sem Fronteiras**: ações coletivas na era da globalização. São Paulo: Hucitec,1999.

SCHERER-WARREN, Ilse; KRISCHK, P. (Orgs) **Uma revolução no Quotidiano?:** os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987.

SCHERER-WARREN, Ilse. Movimento em cena... e as teorias por onde andam? **Revista Brasileira de Educação,** n. 9, set./dez. 1998.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Redes de Movimentos Sociais**. São Paulo, 2ª Ed.Loyola, 1996.

SCOTT, Alan. **Ideology and the New Social Movements**. Londres: Unwin Hyman, 1990.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

SINGER, Paul; BRANT, Vinícius, C. (Orgs). **São Paulo**: o povo Movimento. Petrópolis: Vozes, 1980.

SINGER, Paul. Movimentos Sociais em São Paulo: traços comuns e perspectivas. In: SINGER, Paul; BRANT, Vinícius, C. (Orgs). **São Paulo**: o povo Movimento**.** Petrópolis: Vozes, 1980. p. 207-30.

SILVA, Marcelo K. **Cidadania e Exclusão:** os movimentos sociais urbanos e a experiência de participação na gestão municipal, uma análise da trajetória do movimento da Vila Jardim em POA/RS. 1997. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 1997.

SILVA, Marcelo K. Movimentos Sociais, Cidadania e Democracia: Teoria Social: desafio de uma nova era**. Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, n. 10, 1998.

SILVA, Marcelo K. **Construção da Participação popular**: análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da região Metropolitana de Porto Alegre/RS. 2001. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SILVA, Marcelo K. **Cidadania e exclusão**: Os Movimentos sociais urbanos e a experiência de participação na gestão municipal de Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2002.

SILVA, Lúcia.S. E. **Município e Saúde**, Ijuí, v.1, n. 1, p. 6, jan./jul. 1993.

SMITH, Martin. J. Pluralismo, pluralismo reformado y neopluralismo: el papel de los grupos de presión en la elaboración de políticas. In MÉNENDEZ, Luiz, S. (Com.). **Representacion de interesses y políticas públicas:** corporativismo o pluralismo? España (Madrid): Zona Abierta, 1994.

TELLES, Vera.S. Sociedade civil e construção de espaços públicos. In. DAGNINO, A. (Org). **Anos 90 políticas e sociedade no Brasil**. São Paulo: editora Brasiliense, 1994. p. 99.

TOURAINE, Alain. **La Voix et lê Regard**. Paris: Seuil, 1978.

TOURAINE, Alain. **Podremos vivir juntos?** La discusión pendiente:el destino del hombre em la Aldea Global. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica. Tradução de Horácio Pons, 1997.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo, Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

VALLA, Victor V. Comentários a Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 31-32, 1998.

VALLA, Victor V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de saúde pública,** Rio de Janeiro**,** Suplemento 1, jan.1999**. faltam as páginas**

VALLA, Victor V. Movimentos sociais, educação popular e intelectuais: entre algumas questões metodológicas. In: FLEURI, R.M. (Org.) **Intercultura e Movimentos Sociais**. Florianópolis: MOVER/NUP, 1998.

VASCONCELOS, Eymard. M. et al. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde**.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

VIOLA, Eduardo; MAINWARING, Scott. Novos Movimentos Sociais: cultura política e democracia: Brasil e Argentina. In SHEREN-WARREN,I.; KRISCHKE. P. J. (Orgs.). **Uma revolução no Cotidiano?:** os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987. (se tiver, colocar as páginas usadas)

WALT, Gill. **Health Policy:** an introducion to process and power. London: Witwatersrand University Press, 1994. p. 97-121.

WEFFORT, Francisco C. **Porque Democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

Apêndices A - Roteiro de Entrevista 1: Representantes do MSU no CMS de Porto Alegre

Perfil do Representante

1 Idade: ----------

2 Grau de Instrução: ( ) sem escolarização ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Incompleto

3 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

4 Ocupação atual ----------

5 Entidade/ Organização que representa:----------

6 Atuação em outras entidades ----------

( ) fóruns de políticas públicas ( ) partido político ( ) igreja ( ) outras. quais:-----

Concepção sobre a Natureza da Representação

7- O que o/a senhor/a tem como objetivo prioritário para sua ação política?

8 – Que importância o/a senhor/a atribui a área da saúde?

9 – O sr/a já esteve envolvido em algum atividade ou movimento na área da saúde? Porque se envolveu?

10 – O/a senhor/a informa ou discute com a direção de sua

entidade às discussões que acontecem no CMS Porto Alegre?

11 – Como o sr/a preparam as propostas que a entidade vai discutir no CMS Porto Alegre?

12– na sua opinião qual o papel do representante de entidade no CMS Porto Alegre?

Quais são os maiores desafios que enfrenta para representar sua entidade no CMS Porto Alegre

13 – na sua opinião quais as questões ou problemas que deveriam ser discutidos prioritariamente no CMS Porto Alegre?

Trajetória de Inserção Política do Representante:

14 – Como o/a senhor /a busca informações sobre saúde e de onde vem seu conhecimento na área da saúde?

15 – Fale um pouco de sua experiência na área de saúde ?

16 – Porque o sr/a resolveu ser conselheiro de saúde?

qual a influência dos movimentos sociais na área de saúde?

17 – No CMS Porto Alegre, houve algum momento em que se viu envolvido em alguma situação difícil?

Que problema foi esse?

Que saídas o sr/a encontrou para resolver o problema?

O/a senhor/a relatou esse fato para sua entidade?

Como a direção de sua entidade reagiu?

Nível de Institucionalidade

18 – como o sr/a foi escolhido para representar sua entidade no CMS Porto Alegre?

19 – Na sua opinião como sua entidade vê sua atuação como representante?

20 – O que sua atividade como representante exige do sr/a?

21 Sr/a recebe alguma ajuda material ou financeira para representar sua entidade no CMS Porto Alegre?

22 – Existe alguma articulação de sua entidade com outras entidades?

23 - E na área de saúde existe alguma articulação?

24 - Em que situações?

25 - Qual o resultado dessa articulação?

26 - Sua entidade já sentiu a necessidade de buscar auxílio de outras instituições?

27 - Quais instituições?

28 - Ao seu ver como foi esta experiência.

Apêndice B - Roteiro de Entrevista 2: Lideranças das Entidades do MSU representadas no CMS

Dados de Identificação

1. Nome jurídico da entidade: ----------

2. Data de fundação:----------

3. Documentação:

( ) estatuto ( ) regimento interno ( ) atas ( ) relatórios ( ) inscrição no CNPJ
( ) publicação ( ) notícia em jornal ( ) publicações : quais:----------
---

4. Endereço:

Rua----------nº: ----------

Bairro: ----------cep: ----------

Telefone:---------- fax: ----------

email:----------

Concepção sobre a Natureza da Representação

5 - Para o sr/a qual é objetivo prioritário na ação política de sua entidade?

6 – Que importância sua entidade atribui à área da saúde?

7 – A entidade já esteve envolvida em alguma atividade ou movimento na área da saúde?

8 – A entidade é informada ou discute com seu representante sobre as discussões que acontecem no CMS de Porto Alegre?

9 – Como a entidade prepara as propostas e define posições que serão tomadas pelo representante nas plenárias do CMS de Porto Alegre?

10 - Com que freqüência reúne com seu representante?

11 - Como se dá a participação da entidade nas conferências de saúde, outros fóruns de saúde?

12 - Como se dá a participação da entidade orçamento participativo.

13 – Na sua opinião qual é o papel do representante de entidade no CMS de Porto Alegre?

14 – Para sua entidade, quais problemas e questões deveriam ser discutidos prioritariamente pelo CMS de Porto Alegre?

15 – como são transmitidas, repassadas as deliberações do CMS de Porto Alegre para a base, os membros da sua entidade?

Trajetória de Inserção Política do Representante

16 -Como sua entidade busca as informações sobre saúde e de onde vem o conhecimento que a entidade possui na área da saúde?

17 – Como a entidade qualificação o seu representante para atuar na saúde?

18 – Na sua opinião, qual a importância das atividades que sua entidade desenvolve na área?

19 – Sua entidade atua isolada na área de saúde ou tem articulação com outras entidades?

( ) isolada

( ) articulada

(se isolada)

Porque atua isolada?

(se articulada)

Com quem, com quais entidades se articula?

Como se dá tal articulação?

20 - sua entidade já sentiu a necessidade de buscar auxílio de outras instituições para garantir êxito em suas atividades?

21 - Quais instituições?

22 - Ao seu ver como foi esta experiência?

23- O representante de sua entidade no CMS de Porto Alegre, tem participação em outros fóruns, grupos comunitários ou ação em partido político?

24 - Na sua opinião, essa participação ajuda ou atrapalha a atividade do representante no CMS de Porto Alegre?

25– O/a sr/a, conhece alguma atuação do representante de sua entidade na resolução de algum problema, conflito, negociação. Qual?

Questões Relativas ao Nível de Institucionalidade

26 – Como se deu à escolha do representante de sua entidade que atua no CMS de Porto Alegre?

27 - como a entidade vê a atuação de seu representante no CMS de Porto Alegre?

28 – existe algum tipo de suporte da entidade para apoiar a participação do representante no CMS de Porto Alegre?

29 – como é esse suporte? (infra-estrutura, recursos financeiros)?

Apêndice C - Roteiro de Pesquisa 3: Participação Individual

Perfil do Representante de Espaços descentralizados do CMS

Dados de Identificação

1 Idade: ----------

2 Grau de Instrução: ( ) sem escolarização ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Incompleto

3 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

4 Ocupação atual ----------

5 Entidade/ Organização que representa:----------

6 Atuação em outras entidades ----------

( ) fóruns de políticas públicas ( ) partido político ( ) igreja ( ) outras. quais:-----

Concepção sobre a Natureza da Representação

7 - Para o sr/a qual é o objetivo prioritário para sua ação política?

8 – Que a importância sr/a atribui a ela?

9 – O/a sr/a, já esteve envolvido/a em alguma atividade ou movimento na área da saúde? Porque se envolveu?

10 – A quem o sr/a informa sobre as discussões e deliberações do CMS de Porto Alegre?

11– Na sua opinião qual a importância do representante usuário no CMS de Porto Alegre?

12 – Quais os principais desafios que enfrentas na função de conselheiro no CMS de Porto Alegre?

13 -Na sua opinião, quais problemas e questões deveriam ser discutidos prioritariamente pelo CMS de Porto Alegre?

14 – Com quem o sr/a reúne para preparar as discussões, elaborar as propostas e definir posição a serem tomadas nas plenárias?

15 - Como repassa as informações e deliberações do CMS de Porto Alegre para a população?

Trajetória de Inserção Política do Representante

16 – Como sr/a busca informações sobre a saúde e de onde vem seu conhecimento na área da saúde?

17 – Porque o sr/a resolveu ser conselheiro de saúde?

19 - No CMS de Porto Alegre, houve algum momento em que o sr/a se viu envolvido em alguma situação difícil?

20- Que problema foi esse?

21 - Que saídas encontrastes para resolver o problema?

22- Encontraste apóio nesta situação? de quem? como?

Nível de Institucionalidade

23 – Como o sr/a foi escolhido para ser conselheiro representando os usuários no CMS/POA?

24 – Na sua opinião, como iniciou essa forma de escolha dos representantes individuais para compor segmento usuário no CMS/POA?

25 - Quem garante suporte para a sua participação no CMS/POA?

26 - Esse suporte se dá em que sentido, envolve quantas pessoas, que infra-estrutura, recursos financeiros?

Apêndice D –

Relação dos Entrevistados: Lideranças do MSU, representantes de entidades do MSU no CMS e de espaços participativos descentralizados do CMS

ENTREVISTA 1, Representante. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 27 de maio de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 2, Representante. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 9 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 3, Representante. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 15 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 4, Representante. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 07 de julho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 5, Representante. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 06 de agosto de 2004. Transcrição. Mesma.

ENTREVISTA 6, Representante Independente. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 08 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 7, Representante independente. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 22 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 8, Liderança. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 09 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 9, Liderança. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 23 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 10, Liderança. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 25 de junho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 11, Liderança. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 01 julho de 2004. Transcrita. Mesma.

ENTREVISTA 12, Liderança. Realizada por Clarete T. Nespolo de David, em 05 de agosto 2004. Transcrita. Mesma.

Anexos A:

Categorização dos representantes dos usuários no CMS de Porto Alegre

CATEGORIA	ENTIDADES	REPRESENTANTE
1 Movimento Social Urbano	1 - CLS Humaitá/ Navegantes/Ilhas 2 – CLS Nordeste 3 – CLS Eixo Baltazar 4 – CLS Centro Sul/Sul 5 – CLS Glória/Cruzeiro/Cristal 6 – CLS Noroeste 7 – CLS Partenon 8 – CLS Leste 9 – CLS Centro 10 – CLS Restinga 11- CLS Extremo Sul 13 – CLS Lomba do Pinheiro 14 – CLS Norte União das Associações de Moradores	- Nei Carvalho - Palmira Marques da Fontoura - Eraní Prado -..... - Vanda Olinda Lemos da Silva - Darcy Vila Nova de Azevedo - Riograndino de Oliveira - Clecí Alvarenga - Luis Carlos da Silva Alves - Darcy Dias - Ione T Nichele - Paulo Norberto Nichelon - Deoclides F. de Almeida - Osmar Salvador Maschio - Maria Ivone Dill - Maria Encantadora M. Ortega - Elen Maria Borba - Elen Ferreira Alves - Maria Cândida Aguiar - Jussara Barros - Paulo Renato Viaro - René Miguel Alves - José Carlos Pintado - João José Marcelo - Dircéia Matias - Maria Diva do Nascimento - Salimem Grigolo .....

2 Trabalhadores	Sindicato dos Servidores da Previdência Estadual Sindicato dos Municipários Sindicato dos Servidores da Câmara Central Única dos Trabalhadores Central Geral dos Trabalhadores Força Sindical RS Associação dos Docentes da UFRGS	- Enilda Lopes de Souza - Jorge Rocha Oliveira - Ruth Machado Amorin - Mauro Satles - ..... - Ieda Lichtenberg - Gema Conte Piccini
3 Trabalhadores Rurais	Sindicato dos Trabalhadores Rurais	- Ruth Souza Bonatto
4 Meio Ambiente	Associação Gaúcha de Proteção Ambiental Comissão de Saúde e do Meio Ambiente da Câmara de Vereadores – COSMAN	- ..... - Marjane Bartolomé Martins
5 Portadores de Patologias	Associação dos Deficientes Renais Centro dos Hemofílicos – CHERGS GAPA/RS Associação Gaúcha de Diabéticos Associação de Pais e amigos dos excepcionais/ APAE	- Irmã de Oliveira - Ana Lúcia V. Menzei - Elvio Alexandre da Costa Sobrinho - ..... - Lary Hubner

6 Outras	Associação comercial de Porto Alegre	- Olemin Teixeira
	Conselho Nacional de Igrejas Cristãs CONIC/SICA	- Antônio Nascimento Rabelo
	Federação das Indústrias do RS – FIERGS	- Carlos A. Geyer
	Defesa do Consumidor - PROCON	- Alexandre Appel da Silva

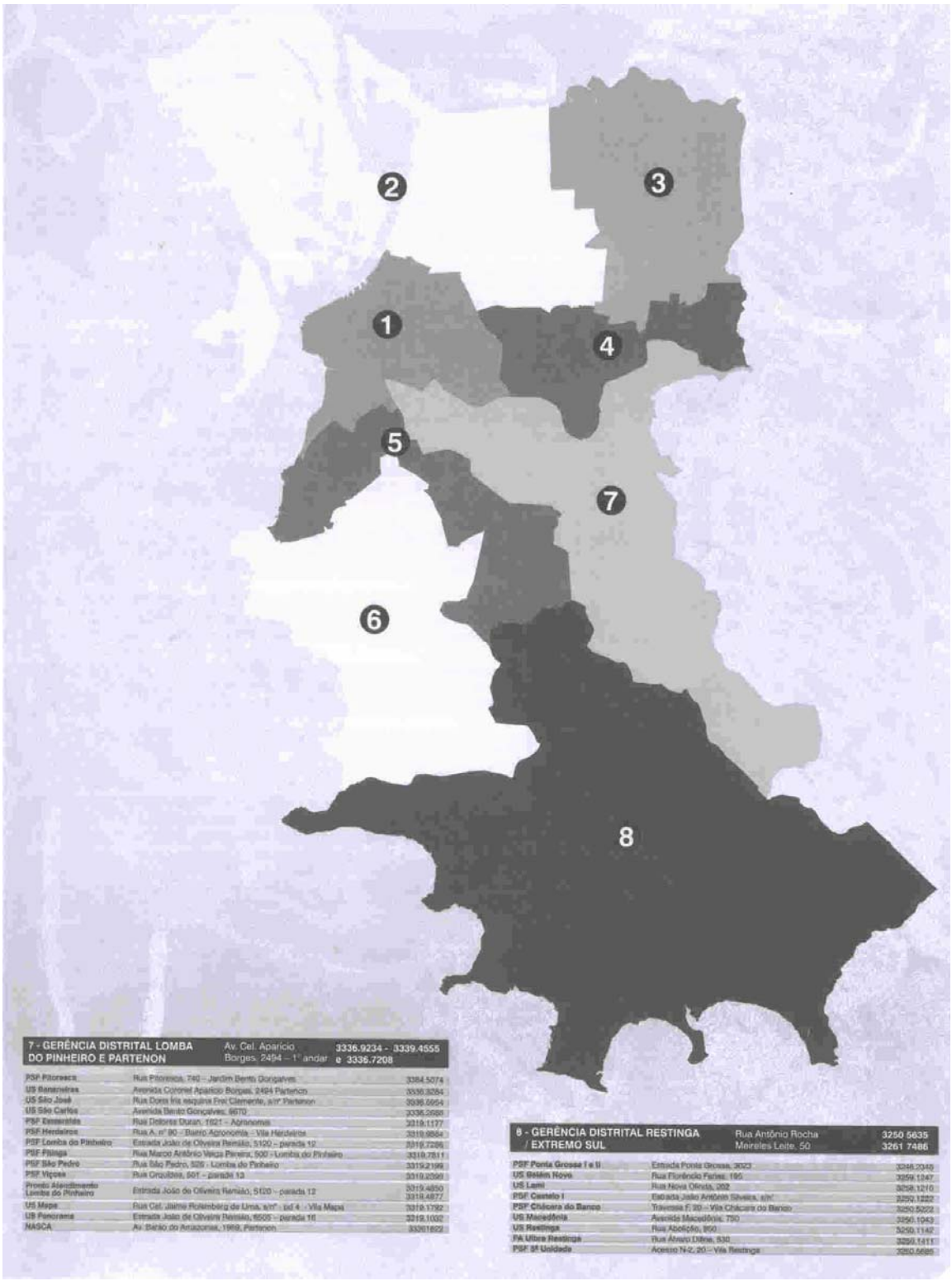
Fonte: Dados recolhidos junto a documentação fornecidos pelo CMS de Porto Alegre. Meses de setembro a dezembro, 2003.

Anexo B - Quadro e Mapa da Rede de Serviços de Saúde de Porto Alegre

Gerência Distrital - GD	Programa de Saúde da Família - PSF	Unidade de Saúde - US	Centro De Saúde - CS
GD 1 - Centro		US Santa Cecília	CS Modelo CS Sta Marta
GD2 - Humaitá/ Navegantes/ Ilhas/ Noroeste		US Diretor Pestana US Farrapos US Hospital Conceição US Ilha da Pintada US Ilha dos Marinheiros US Jardim Itú US Nazaré US Santíssima Trindade US Vila Floresta US Vila Ipiranga	
GD 3 – Leste/ Nordeste	PSF Asa Branca PSF Beco dos Coqueiros PSF Esperança Cordeiro PSF Jenor Jarros PSF Nova Gleba PSF Passo das Pedras II PSF Planalto PSF Santa Fé	US Assis Brasil US Costa e Silva USJardim Leopoldina US N. S. Aparecida US Nova Brasilia US Orfanatrófio US Parque dos Maias US Passo das Pedras US Ramos US Rubem Berta US Santa Rosa US São Borja US São Cristóvão US Sarandí US Vila Elizabeth	
GD 4 – Norte/ Eixo – Baltazar	PSF Batista Flores PSF Brasília PSF Jardim da Fapa PSF Laranjeiras PSF Mato Sampaio PSF Milta Rodrigues PSF Safira PSF Timbaúva PSF Vila Pinto PSF Wenceslau Fontoura	US Aproximado PUC US Barrão de Bagé US Chácara da Fumaça US Coinma US Divina Providência US Morro Santana US Vila Jardim US Vila SESC	

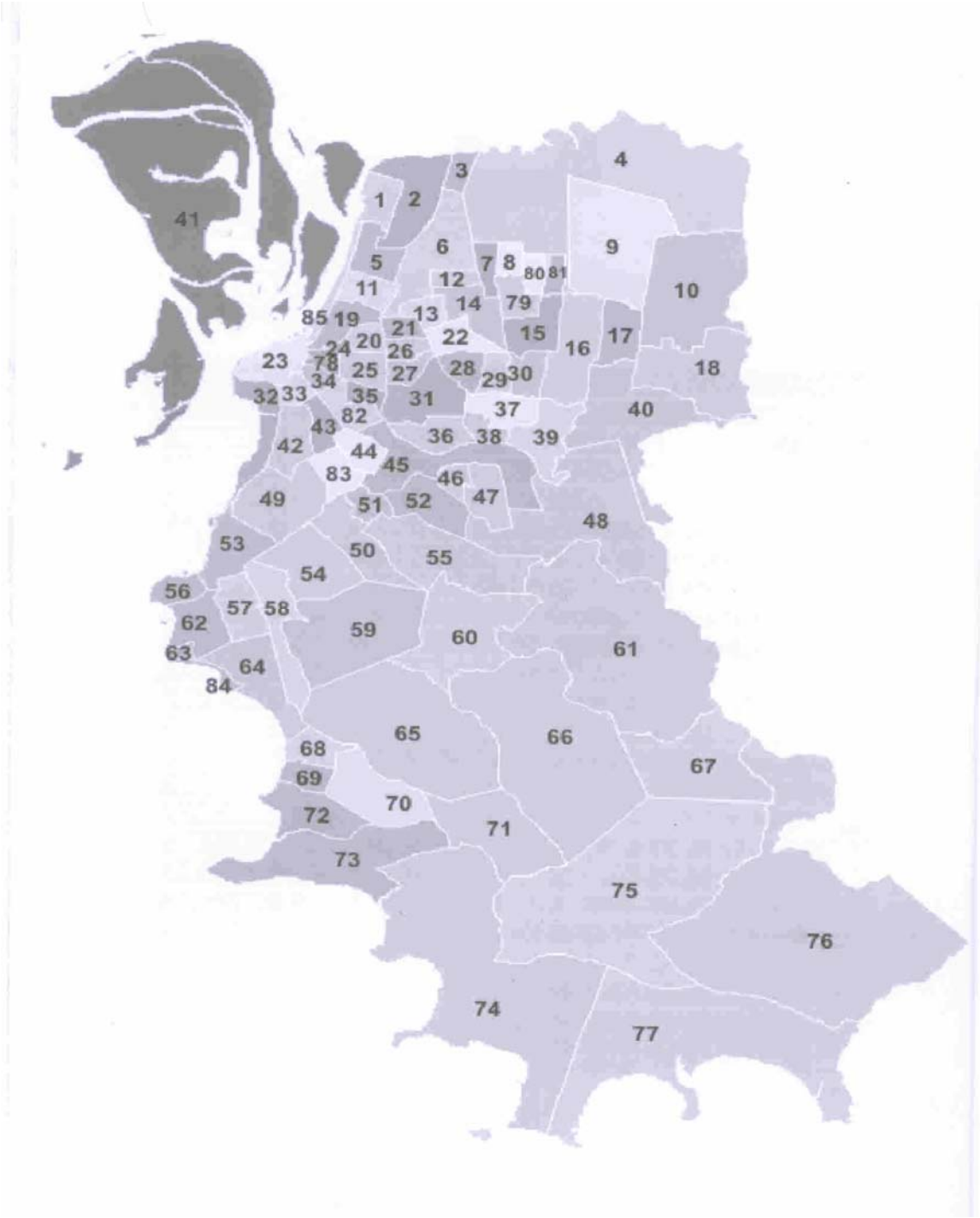
GD 5 – Gloria / Cruzeiro/ Cristal	PSF Alto Embratel PSF Cruzeiro do Sul PSF Jardim Cascata PSF Mato Grosso PSF Orfanotrófio II PSF Osmar Freitas PSF Santa Anita PSF Santa Tereza PSF São Gabriel	US Aparício Borges US Belém Velho US Cristal US Cruzeiro/ FEBEM US Estrada dos Alpes US Glória US Primeiro de Maio US Tronco US Vila Gaúcha	
GD 6 - Sul/ Centro-Sul	PSF Alto Erechim PSF Campos de Cristal PSF Cidade de Deus PSF Morro dos Sargentos PSF São Vicente Mártir	US Campo Novo US Ipanema US jardim das Palmeiras Us Monte Cristo US Nonoai US Tristeza US Beco do Adelar US Calábria US Camaquã	
GD 7 - Lomba do Pinheiro Partenon	PSF Esmeralda PSF Herdeiros PSF Lomba I PSF Pitinga PSF Pitoresca PSF São Pedro PSF Viçosa	US Bananeiras US Mapa US Panorama US Pequena Casa da Cri. US São Carlos US São José	CS Murialdo 2 CS Murialdo 3 CS Murialdo 4 CS Murialdo 5 CS Murialdo 6 CS Murialdo 7 CS Murialdo 8
GD 8 – Restinga/ Extremo-Sul	PSF Castelo PSF Chácara do Banco PSF Ponta Grossa PSF Quinta Unidade	US Belém Velho US Lami US Macedômia US Restinga	

Fonte: Dados obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde. Dezembro de 2003



Fonte: Agenda da Saúde 2004. Mapa Localização da Rede de Serviços de Saúde de Porto Alegre, 2003

Anexo C – Mapa da divisão político-administrativa de Porto Alegre



Fonte: Agenda da Saúde 2004. Mapa Localização da Rede de Serviços de Saúde de Porto Alegre, 2003

▷ Bairros de Porto Alegre

1. Farrapos
2. Humaita
3. Anchieta
4. não cadastrado
5. Navegantes
6. São João
7. Jardim São Pedro
8. Jardim Floresta
9. Sarandi
10. Rubem Berta
11. São Geraldo
12. Santa Maria Goretti
13. Higienópolis
14. Passo da Areia
15. Vila Ipiranga
16. Jardim Itu - Sabara
17. Passo das Pedras
18. Mario Quintana
19. Floresta
20. Moinhos de Vento
21. Auxiliadora
22. Boa Vista
23. Centro
24. Independência
25. Rio Branco
26. Mont Serrat
27. Bela Vista
28. Três Figueiras
29. Chácara das Pedras
30. Vila Jardim
31. Petrópolis
32. Praia de Belas
33. Cidade Baixa
34. Farroupilha
35. Santa Cecília
36. Jardim Botânico
37. Bom Jesus
38. Jardim do Salso
39. Jardim Carvalho
40. Protásio Alves
41. Arquipelago
42. Menino Deus
43. Azenha
44. Santo Antônio
45. Partenon
46. Vila João Pessoa
47. São José
48. Agronomia
49. Santa Teresa
50. Teresópolis
51. Glória
52. Cel. Aparício Borges
53. Cristal
54. Nonoai
55. Cascata
56. Vila Assunção
57. Camaquã
58. Cavalhada
59. Vila Nova
60. Belém Velho
61. Lomba do Pinheiro
62. Tristeza
63. Vila Conceição
64. Ipanema
65. Aberta Morros
66. Restinga
67. não cadastrado
68. Espírito Santo
69. Guarujá
70. Hípica
71. Chapéu do Sol
72. Serraria
73. Ponta Grossa
74. Belém Novo
75. Lageado
76. não cadastrado
77. Lami
78. Bom Fim
79. Cristo Redentor
80. Jardim Lindóia
81. São Sebastião
82. Santana
83. Medianeira
84. Pedra Redonda
85. Marcílio Dias