

Ana Targina Rodrigues Ferraz

**IMPACTOS DA EXPERIÊNCIA CONSELHISTA SOBRE AS ATIVIDADES
POLÍTICAS E ORGANIZATIVAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA SAÚDE:
o caso do movimento popular de saúde de Campinas/ São Paulo**

Campinas

2005

Ana Targina Rodrigues Ferraz

**IMPACTOS DA EXPERIÊNCIA CONSELHISTA SOBRE AS ATIVIDADES
POLÍTICAS E ORGANIZATIVAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA SAÚDE: o caso do
movimento popular de saúde de Campinas/ São Paulo**

Tese apresentada ao programa de Doutorado em Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, realizada sob a orientação da Profª Drª Evelina Dagnino, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor (a).

Este exemplar corresponde à versão final defendida e aprovada pela banca examinadora em ____/____/____

Banca Examinadora:

Profª Drª Evelina Dagnino (orientadora)
Profª Drª Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Profª Drª Lígia Helena Hahn Lüchmann
Profª Drª Soraya Maria Vargas Côrtes
Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa

Campinas
2005

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

F413i	Ferraz, Ana Targina Rodrigues
Impactos da experiência conselhistas sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/ São Paulo/ Ana Targina Rodrigues Ferraz. - - Campinas, SP : [s.n.], 2005.	
Orientador: Evelina Dagnino.	
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.	
1. Conselhos de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Participação Popular. 4. Movimentos Sociais. I. Dagnino, Evelina. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.	
(mfbm/ifch)	

AGRADECIMENTOS

Aos militantes do Movimento Popular de Saúde da cidade de Campinas que, gentilmente, concederam entrevistas, abriram suas portas, cederam documentos e material de divulgação e estiveram disponíveis, em várias ocasiões, para prestar todos os esclarecimentos de que necessitei;

À Silvia Simões Teixeira Nicolau, secretária do Conselho Municipal de Saúde de Campinas desde sua criação, em 1990, por todas as portas que me abriu e todos os esclarecimentos que prestou, facilitando meu processo de aproximação dos membros do Movimento Popular de Saúde e dos demais conselheiros;

À minha grande família, pelo carinho e pelo colo em todos estes anos de dolorosa ausência, em especial minha mãe, Manoela Rodrigues Ferraz, minhas irmãs, Leila Fabíola Rodrigues Ferraz e Vasty Veruska Rodrigues Ferraz, minhas tias Gê (minha Dinha) e Gal e minhas primas e primos: Amanda, Muriel, Sólon, Thales, Gustavo, Iara, Gabriela e Laís;

Aos colegas do Departamento de Serviço Social/UFES, especialmente Angela Bueno, responsável por fazer “pontes” que me possibilitaram um pouco mais de tempo e uma volta mais tranqüila ao trabalho;

À minha orientadora, Professora Evelina Dagnino, por suas observações argutas sobre o trabalho, desafiando-me a olhar com mais cuidado a realidade que se descortinava à minha frente;

Às queridas amigas Rosângela Morello, Shirlei Inês Mendes da Silva, Marcia de Castro Borges e Maria Aparecida Amaral Souza, pelas alegrias, temores, tudo o que temos compartilhado e que tornam nossos vínculos mais fortes e profundos.

RESUMO

O presente trabalho busca compreender as mudanças sofridas pelos movimentos sociais organizados desde o final dos anos 70 do século passado em torno dos problemas de saúde da população e da reforma do sistema público de saúde do país, a partir da consolidação de mecanismos participativos (os conselhos) destinados a incluir estes atores políticos no processo decisório em torno desta política pública nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal). A constituição destes canais de participação representou o reconhecimento da legitimidade política destes movimentos como interlocutores no espaço público, introduzindo mudanças no modelo decisório, tornando-o descentralizado e possibilitando que estes atores tivessem um espaço não apenas para vocalização de suas demandas, mas para a disputa política em torno de projetos políticos, justiça distributiva, valores e identidades.

Ao mesmo tempo em que a consolidação deste novo arranjo político, destinado a incluir estes atores no processo decisório, representou algumas mudanças no modo como tradicionalmente as decisões em torno da política e dos recursos públicos eram tomadas, tornando este processo mais permeável aos interesses e demandas da sociedade, introduziu também modificações no modo como estes movimentos sociais se organizavam, em suas bandeiras e estratégias de luta. A hipótese levantada neste trabalho é a de que estas mudanças são produto de uma disputa política ampla em torno de modelos e de sentidos para a democracia, afetando e modificando tanto os mecanismos decisórios tradicionais e os novos arranjos políticos, quanto os movimentos sociais.

Este trabalho investiga um único movimento social, o Movimento Popular de Saúde de Campinas em São Paulo, caracterizado por um papel destacado no Movimento Popular de Saúde em todo o país, ter em seus quadros profissionais de saúde e intelectuais ligados ao Movimento pela Reforma Sanitária e por sua permanência ao longo do tempo, possibilitando, em decorrência destes traços, uma avaliação do quanto algumas das modificações sofridas ao longo de seus quase trinta anos de existência foram influenciadas por sua inserção como interlocutor no espaço político do Conselho Municipal de Saúde da cidade e nas disputas políticas travadas neste espaço.

ABSTRACT

The current research seeks to understand the changes suffered by the organized social movements since the end of the 70's of the last century about the population's health problems and about the reform of the public health system of the country, from the consolidation of the participative mechanisms (the councils) in charge of including these political actors in the decisive process about this public policy in the three levels of government (local, state and federal). The constitution of these channels of participation has represented the recognition of the political legitimacy of these movements as interlocutors in the public space, introducing changes in the decisive model, making it decentralized and enabling these actors to have a space not only for vocalization of their demands, but for the political dispute about political projects, distributive justice, values and identities. At the same time that the consolidation of this new political arrangement, which is in charge of including these actors in the decisive process, represented some changes in the traditional way in which the decisions about policy and public resources were made, making this process more permeable to the society's interests and demands, also introduced modifications in the way on how these social movements organized themselves, in their factions and strategies of struggle. The hypothesis raised in this research is that these changes are product of a wide political dispute about the models and about meanings for the democracy, affecting and modifying the traditional decisive mechanisms and the new political arrangements, as well as the social movements. This project researches a unique social movement, the Health Popular Movement of Campinas in São Paulo, characterized by an eminent part in the Health Popular Movement all over the country, having in its teams some health workers and intellectual people related to the Movement for Sanitary Reform and for its permanence by the time, enabling, due to these characteristics, an evaluation of how much some of the modifications suffered during its almost thirty years of existence were influenced by its insertion as interlocutor in the political space of the Health Local Council of the city and in the political disputes engaged in this space.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CLS- Conselho Local de Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CRP- Conselho Regional de Psicologia

CRST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ICV- Índice de Condições de Vida

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

HC- Hospital das Clínicas

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MOPS- Movimento Popular de Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

ONG- Organização Não Governamental

OP- Orçamento Participativo

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PC do B- Partido Comunista do Brasil

PCB- Partido Comunista Brasileiro

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PPB- Partido Progressista Brasileiro

PSDB- Partido da Social Democracia Brasileira

PT- Partido dos Trabalhadores

PUCCAMP- Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RENAST- Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	18
CAPÍTULO 1 - PENSANDO A DEMOCRACIA E SEU PROCESSO DE ADJETIVAÇÃO	21
1.1 A democracia em debate	23
1.1 Representação e participação: problematizando as dimensões constitutivas da democracia	38
CAPÍTULO 2 - PENSANDO A DEMOCRACIA, SEU PROCESSO DE ADJETIVAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DEMOCRÁTICA BRASILEIRA	46
2.1 Democracia, representação e participação: o debate no Brasil	47
2.2 Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas	54
CAPÍTULO 3 - UM CENÁRIO PARTICULAR: O MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE (MOPS) DE CAMPINAS E A CONSTRUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)	67
3.1 MOPS - Campinas: um pouco de história	68
3.2 O MOPS e a construção do conselho municipal de saúde no final dos anos 80	78
3.3 A especificidade dos conselhos locais de saúde	83
CAPÍTULO 4 - CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE E DEMOCRATIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS	89
4.1 Formação e dinâmica de funcionamento	90
4.2 Composição dos atores e suas articulações	104

4.3 De embates e resultados: o processo decisório no CMS - Campinas e a produção da política municipal de saúde	114
4.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde	115
4.3.2 PAIDÉIA Saúde da Família	117
4.3.3 Farmácia Popular	120

CAPÍTULO 5 - A TRAJETÓRIA DO MOPS - CAMPINAS NOS ANOS 90: IMPACTOS DA EXPERIÊNCIA CONSELHISTA SOBRE AS ATIVIDADES POLÍTICAS E ORGANIZATIVAS DO MOVIMENTO

5.1 Objetivos e projeto político	126
5.2 Infra-estrutura, capacidade de organização	131
5.3 Definição de agendas, estratégias de articulação e ação política	136
5.4 Autonomia, relação com partidos políticos e governos	141
5.1 Articulação com outros movimentos sociais	145
5.2 Concepção de Estado, democracia e participação	148
5.3 Continuidade ou mudança? Luta institucional ou mobilização social?	154

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A temática deste estudo é a importância para consolidação da democracia brasileira da incorporação de um novo mecanismo de gestão da coisa pública e de participação política (os conselhos), mediando as relações Estado-sociedade civil, incorporando diferenciados atores sociais coletivos ao processo decisório e estabelecendo um outro arranjo institucional no cenário político brasileiro nos últimos quinze anos. Estão em discussão tanto as mudanças sofridas pelos movimentos sociais organizados, a partir de sua inserção no espaço político dos conselhos, quanto as mudanças sofridas pelo Estado e a capacidade deste novo arranjo para efetivamente incorporar atores sociais coletivos (movimentos sociais, sindicatos, organizações não governamentais) antes excluídos do processo decisório acerca das políticas públicas e provocar mudanças na produção da política.

A ampliação da democracia para além dos limites postos pelos canais tradicionais de participação política (partidos, parlamentos) foi colocada por volta de fins da década de 60, na Europa, pelo que se denominou, então, “Novos Movimentos Sociais”. Movimentos que em seus objetivos e em suas formas de luta escapavam ao que as próprias ciências sociais nomearam como conflito fundamental da sociedade capitalista (as relações capital e trabalho), por manifestarem objetos outros de conflito e de disputa (as questões étnicas, de gênero, religiosas, problemas ambientais, urbanos, etc.). Estes movimentos expuseram a existência de conflitos que escapavam às formas tradicionais de negociação e regulação estabelecidas pelos institutos formais da democracia política, o parlamento, o executivo e o judiciário. Colocaram, além da necessidade de se atentar para a existência destes conflitos, a necessidade de expansão da democracia de modo que estes novos atores pudessem não apenas expressar, vocalizar suas opiniões e demandas, mas tomar parte do processo decisório, pondo em xeque os padrões de racionalidade política e de tomada de decisões vigentes no Estado moderno, pautados por uma concepção procedimentalista e minimalista de democracia.

Estava posta, então, a necessidade e o problema da criação de novas formas de gestão e participação política que pudessem contemplar a emergência destes novos atores e destes novos conflitos, num processo de redefinição das relações Estado-sociedade civil a partir do reconhecimento de sua legitimidade como interlocutores no espaço público.

Esta movimentação propiciou, na Europa, a emergência de mudanças institucionais (conselhos, fóruns, audiências públicas nos parlamentos) para enfrentamento dos novos problemas políticos com os quais se defrontava o Estado capitalista (Offe, 1995).

No Brasil a visível emergência e expansão dos movimentos sociais organizados durante o regime autoritário colocaram em pauta tanto a reivindicação pelo retorno à institucionalidade democrática, quanto a expansão da democracia, de modo a incluir estes novos atores, redefinindo as relações Estado-sociedade civil e as próprias relações sociais no conjunto da sociedade brasileira.

Observa-se, então, a partir de 1985 (marco da transição brasileira pela eleição, ainda que indireta, de um civil para a presidência da república), a reconstrução dos institutos formais da democracia política (restabelecimento das liberdades civis e políticas, do pluripartidarismo e etc.) e ao mesmo tempo a reivindicação por uma maior democratização das relações Estado-sociedade civil, através da participação dos movimentos sociais organizados nos processos decisórios, e do questionamento da exclusividade da representação de interesses e demandas via parlamento e executivo.

Há, nesta direção, paralela ao processo de institucionalização democrática, uma disputa pela expansão da democracia, pela incorporação da diversidade de atores que se constituíram durante o regime autoritário às arenas decisórias e pela redefinição destas próprias arenas, de modo a criar outros canais de comunicação e articulação entre Estado e sociedade.

Com esta perspectiva, movimentos sociais organizados, durante o processo constituinte, inscreveram na nova Carta o princípio da participação social e a possibilidade do estabelecimento de novos canais para viabilizar esta participação, principalmente em torno do processo de definição de políticas públicas, tornando possível criar arenas em que a legitimidade destes atores pudesse ser reconhecida, bem como a própria arena pudesse ser construída como uma nova instância a compor o circuito decisório no âmbito do Estado.

A Lei Orgânica da Saúde foi a primeira, em 1990, a estabelecer para a política de saúde de que maneira a participação da sociedade se faria, instituindo conselhos gestores nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), responsáveis pela definição e fiscalização da política de saúde e compostos por representantes governamentais, dos usuários, dos segmentos dos profissionais e prestadores de serviços. Para as demais áreas (assistência social, meio-ambiente,

crianças e adolescentes, etc.) os conselhos foram também consagrados como o melhor arranjo para institucionalização do princípio participativo inscrito na nova carta.

Atualmente a constituição de conselhos tem se generalizado por todo o país, por força da institucionalização do princípio participativo, para diversas temáticas e problemas nos três níveis de governo, colocando como desafio a compreensão das tensões e disputas envolvendo diferentes atores sociais coletivos e o próprio Estado em torno não apenas da formulação de políticas, mas do próprio modelo de democracia com o qual estes arranjos operam.

Estas tensões e disputas tem sido estudadas por Boaventura de Sousa Santos (2002) como um dos mais importantes conflitos contemporâneos, resultantes do confronto entre democracia representativa e democracia participativa.¹

Neste trabalho caracterizamos a construção destes arranjos participativos e todo o seu funcionamento como um processo resultante destas tensões e disputas entre estes dois grandes modelos político-culturais de democracia e que se realiza não apenas no processamento das decisões no interior destes espaços, mas também na própria dinâmica de funcionamento dos movimentos sociais. Ou seja, tomados como modelos político-culturais, as disputas políticas e teóricas travadas são transversais à sociedade, não se restringindo às instituições políticas, entre elas os conselhos gestores de políticas públicas. Embora se deva reconhecer o quanto as disputas nestes contextos têm um papel importante na definição de condições e limites para o processamento destas tensões e disputas também no interior das organizações da sociedade civil.

Isto significa que a abertura de espaços institucionais que possibilitem a participação de cidadãos e movimentos sociais nas decisões envolvendo programas governamentais e a alocação de recursos públicos é um importante indicador de expansão e aprofundamento da democracia em direção a um modelo participativo, mas é insuficiente para assegurar tanto a inclusão institucional quanto política de atores sociais coletivos neste processo. É importante considerar que a própria disputa entre estes modelos condiciona a configuração dos novos arranjos institucionais, definindo regras e condições de funcionamento que tanto podem facilitar quanto impedir o acesso desses atores à informações, condições para o comparecimento a reuniões e eventos, espaço para expressão de idéias, reivindicações e posições.

¹A democracia deliberativa, também estudada neste trabalho, se apresenta como uma derivação mais avançada da democracia participativa e para a qual tanto é importante garantir os princípios e regras do modelo representativo quanto criar instâncias de participação mais plurais que superem os espaços tradicionais de representação (partidos políticos e parlamentos) e que caracterizam o modelo participativo. Estas diferenciações são apresentadas no primeiro capítulo deste trabalho.

A partir desta perspectiva, o principal objetivo deste trabalho é avaliar o impacto das experiências de participação promovidas pelos conselhos gestores de políticas públicas, em particular, os conselhos gestores da política de saúde², sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais. Os demais objetivos incluem avaliar o impacto da institucionalização destes conselhos sobre o processo de democratização das relações Estado e sociedade civil no Brasil e sobre a produção da política de saúde.

O trabalho que agora se apresenta é um estudo de caso, resultado do estudo de um único movimento social: o Movimento Popular de Saúde (MOPS) da cidade de Campinas no interior de São Paulo. O Movimento Popular de Saúde de Campinas foi escolhido para realização deste estudo em função da amplitude do movimento, com um caráter fortemente participativo, da sua significativa inserção no movimento nacional em torno da reforma do sistema brasileiro de saúde e por sua permanência e longevidade, possibilitando vislumbrar quais foram as mais importantes mudanças apresentadas por este movimento ao longo do tempo e o quanto destas mudanças tem alguma relação com a abertura de canais participativos para processamento das decisões no âmbito da política municipal de saúde.

Na investigação de quais mudanças a inserção dos movimentos sociais nestes novos arranjos participativos produziu sobre suas atividades organizativas e políticas, a hipótese levantada é de que estes novos arranjos são construídos como resultados de uma disputa política e teórica entre dois grandes modelos político-culturais de democracia, democracia representativa e democracia participativa, e que a disputa entre estes modelos não se esgota na construção e definição das atribuições e regras de funcionamento destes arranjos institucionais, mas atravessa sua construção e seu funcionamento atingindo, ainda que de maneira diferenciada, os atores sociais coletivos representados nestes espaços e o próprio Estado.

Neste sentido, as modificações sofridas por atores sociais coletivos, pelo Estado e pela própria produção da política, aparecem como resultantes destas tensões e disputas entre estes dois modelos envolvendo tanto a construção do novo arranjo institucional quanto a promoção das condições para a instauração e continuidade da participação e da própria disputa.

²O sistema de saúde apresenta dois modelos de conselhos: os conselhos gestores da política de saúde, responsáveis por sua formulação, pela alocação de recursos, pela fiscalização do seu uso e programas e os conselhos gestores das unidades de saúde, responsáveis pelo controle e fiscalização das ações e programas de saúde no âmbito de cada unidade.

Embora os conselhos gestores sejam definidos por vários autores (Santos Junior, Ribeiro e Azevedo, 2004; Silva, 2001) como canais de participação direta, a dinâmica de funcionamento destes arranjos se ancora em processos de representação, ainda que esta representação se origine em organizações da própria sociedade. Constitui um desafio para movimentos sociais e demais atores sociais coletivos representados nestes espaços, lidar com a dinâmica representativa que o caracteriza, uma vez que o funcionamento representativo tem colocado limites e constrangimentos à ampliação do debate democrático na medida em que requer dos representantes destes movimentos a frequência regular de reuniões e o desempenho das tarefas requeridas pela representação (participação em comissões, fiscalização de programas, do uso dos recursos, etc.), reduzindo as condições, para lideranças e cidadãos, de manutenção das atividades de coordenação do movimento ou de mobilização popular (organização de reuniões, de eventos, da documentação, relação com outras instituições e movimentos) e de articulação e discussão política.

A disputa entre democracia representativa e democracia participativa no interior destes novos arranjos políticos tem colocado alguns limites à própria participação democrática no interior dos movimentos sociais, evidenciando algumas das dificuldades que os movimentos têm encontrado para ocupar de maneira responsável e qualificada estes espaços e, simultaneamente, manter informadas e mobilizadas suas bases sociais.

O Movimento Popular de Saúde de Campinas tem revelado uma tendência a construir sua representação nestes espaços reproduzindo a representação de tipo parlamentar em sua versão mais perversa, caracterizada pela radicalização do princípio da autonomia relativa dos representantes em relação aos representados, levando ao aprofundamento da distância e quase descolamento entre representantes e representados no processamento das decisões. O que sinaliza que a disputa entre estes dois grandes modelos político-culturais de democracia tanto afeta e define o formato institucional destas instâncias e o processo decisório em seu interior quanto afeta e modifica o processo de organização e ação de seus participantes.

O caráter de construção coletiva da representação de movimentos sociais e outras organizações da sociedade civil poderia, no modelo participativo, introduzir diferenciações importantes em relação ao caráter individualista e minimalista do modelo democrático-representativo em decorrência da maior proximidade das lideranças de suas bases sociais, do

caráter dinâmico da articulação de suas demandas e interesses e das possibilidades de contatos e articulações contínuas entre lideranças, representantes dos atores sociais coletivos nos espaços de participação e demais membros destas organizações por meios dos fóruns próprios (assembléias, reuniões, jornais, plenárias) de discussão.

Entretanto, a tendência à consolidação de uma representação de tipo parlamentar em seu pior aspecto (radicalização do princípio da autonomia relativa dos representantes em relação aos representados) na conformação destes espaços e experiências sinaliza para a força da disputa envolvendo as instituições democráticas tradicionais, os novos espaços de participação e os atores sociais coletivos neles representados e para o quanto o estabelecimento de uma relação de complementaridade entre os dois modelos (democracia representativa e democracia participativa) apresenta-se como uma possibilidade, ainda em construção, de resolução destas tensões e disputas.

Os resultados apresentados neste trabalho foram produzidos a partir do esforço de reflexão e tratamento das informações e dados coletados de abril de 2003 a dezembro de 2004 junto ao Movimento Popular de Saúde de Campinas, ao Conselho Municipal de Saúde da cidade e em todos os documentos disponibilizados pelos militantes do MOPS e pela secretaria executiva do conselho para a pesquisa.

O trabalho está dividido em cinco capítulos. No capítulo 1 discute-se o processo de adjetivação da democracia como um debate, impulsionado pelas experiências de democratização dos países do chamado terceiro mundo nos últimos trinta anos, de natureza política e teórica, que gira principalmente em torno de dois modelos: democracia representativa e democracia participativa. São colocados em evidência os elementos definidores de cada modelo, seus principais contrastes e de que maneira se tem caracterizado as disputas entre estas grandes matrizes culturais e políticas.

O capítulo 2 trabalha o desenvolvimento do processo de adjetivação da democracia no Brasil, cujas diferenças em relação ao debate internacional são produzidas pela importância das experiências de orçamento participativo e conselhos gestores de políticas públicas como balizadores deste debate.

Os capítulos 3, 4 e 5 reconstroem a história do Movimento Popular de Saúde de Campinas, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e de suas relações procurando, a partir desta

reconstrução, compreender as mudanças que tanto o movimento, quanto o Estado e a própria política municipal de saúde sofreram a partir da institucionalização dos conselhos, destacando a importância das tensões e disputas entre os dois grandes modelos de democracia processadas no interior deste novo arranjo político como elementos impulsionadores das principais mudanças. O capítulo 5 é todo dedicado à identificação dos principais indicadores das mudanças já processadas, principalmente na organização, definição de agendas e bandeiras de luta, e das mudanças que ainda se encontram em andamento.

As conclusões apresentadas são indicações, sinais do que foi possível identificar como mudanças consistentes sofridas pelo Movimento Popular de Saúde de Campinas e nas quais é possível observar os pontos de conexão com as disputas envolvendo os modelos de democracia no processo de institucionalização e consolidação dos conselhos.

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O presente trabalho é resultado do estudo sobre os impactos das experiências de participação conselhistas sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais, realizado junto ao Movimento Popular de Saúde de Campinas, em São Paulo.

O MOPS é um movimento com quase trinta anos de existência e cuja principal característica ao longo de todo este tempo tem sido o esforço por manter uma posição autônoma no relacionamento com governos e partidos políticos na condução de sua organização e suas lutas. Esta posição tem significado esforços no sentido de evitar serem tutelados, constrangidos e pressionados por governos e partidos na definição e defesa de suas reivindicações e posições. Não significa, entretanto, que vínculos partidários não existam. Suas principais lideranças estão vinculadas ou mesmo têm militância política ativa junto ao Partido dos Trabalhadores (PT) e ao Partido Comunista do Brasil (PC do B).

Tomando este esforço como sua característica mais marcante, o trabalho de investigação procurou identificar quais foram as mais importantes mudanças apresentadas por este movimento ao longo do tempo e o quanto destas mudanças tem alguma relação com a abertura de canais participativos para processamento das decisões no âmbito da política municipal de saúde.

Para coleta dos dados os principais instrumentos usados foram a entrevista semi-estruturada (roteiro base), a observação não-participante e a análise documental. As entrevistas foram realizadas com as mais antigas lideranças do Movimento Popular de Saúde de Campinas, os atuais representantes do MOPS dentro do Conselho Municipal de Saúde e os conselheiros locais de saúde, representantes dos usuários no CMS, num total de 12 entrevistas. Foram acompanhadas 20 reuniões do Conselho Municipal de Saúde, 07 eventos vinculados ao Movimento Popular de Campinas (Plenária Municipal de Saúde, 02 etapas do Congresso da Cidade, 01 debate promovido pelo MOPS e outras entidades, 01 reunião da plenária temática da saúde dentro do Orçamento Participativo (OP) e 02 reuniões do MOPS para escolha de seus representantes no CMS) e estudados todos os documentos do MOPS e do Conselho Municipal de Saúde, disponibilizados por seus membros e pela secretaria executiva do conselho (jornais, relatórios de eventos, ofícios, panfletos, cartazes, atas e legislação), produzidos de 1978 a 2004.

Também foram importantes fontes de informação as teses “Saúde e democracia, experiência de gestão popular: um estudo de caso” e “O direito à saúde: da reivindicação à realização/ projetos de política de saúde em Campinas” das professoras Elizabeth de Leone Monteiro Smeke e Solange L’Abbate, respectivamente.

Inicialmente, as entrevistas seriam realizadas apenas com os militantes do Movimento Popular de Saúde. Entretanto, na realização das primeiras entrevistas com os mais antigos militantes do MOPS, foi possível notar a importância, para sustentação do movimento e para a representação dos usuários no CMS, dos conselheiros locais de saúde. Foi possível perceber que estes conselheiros não estavam apenas no raio de influência do movimento, mas estavam se transformando na sua mais importante base de sustentação, indicando uma mudança significativa na organização do MOPS que deveria, necessariamente, ser investigada.

Também foi usado para coleta de dados um questionário, com perguntas abertas e fechadas, destinado aos representantes de todos os segmentos com cadeiras no Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Este questionário foi um instrumento complementar, para checagem de informações e percepções apuradas junto aos representantes dos usuários no CMS, que foram as minhas principais fontes de informação; portanto, seus dados não foram tabulados e destacados no corpo do trabalho. As informações apuradas nos questionários foram importantes para confirmar percepções referentes às relações entre os representantes de cada segmento e os gestores no espaço do conselho.

O estudo dos documentos produzidos pelo MOPS foi fundamental para obtenção de um panorama das mudanças sofridas, principalmente, nas percepções acerca da realidade e da luta política, nas bandeiras e projeto político. Os documentos revelam mudanças tanto no tratamento dado aos problemas de saúde e lutas travadas pelo movimento quanto no tom do discurso usado.

A análise das atas, a observação das reuniões do CMS e dos eventos vinculados ao MOPS e ao Movimento Popular da cidade possibilitaram dimensionar a inserção deste movimento no espaço político do conselho e a amplitude das mudanças sofridas, sobretudo, na relação com os demais atores sociais coletivos com cadeiras no CMS e na definição de como ocupar este espaço.

O uso destas diferentes fontes permitiu a checagem de informações, ampliar percepções sobre pontos pouco claros em documentos ou entrevistas e estabelecer nexos entre as reflexões realizadas nas entrevistas e documentos e os modelos de ação efetivamente usados por estes atores, permitindo observar pontos de contato e de diferenciação nas entrevistas, nos documentos

e no modo como ocupam e se colocam nas reuniões do CMS, nos fóruns próprios e nos fóruns participativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO 1: PENSANDO A DEMOCRACIA E SEU PROCESSO DE ADJETIVAÇÃO

Democracia dos antigos, democracia dos modernos, democracia representativa, democracia incluyente, democracia real, democracia global, democracia radical, democracia sustentável, democracia paritária, democracia participativa, democracia direta, democracia deliberativa, democracia razoável, democracia desenvolvimentista...

A agregação de adjetivos ao substantivo “democracia” parece não ter fim. O processo se intensificou nos últimos trinta anos a partir da independência dos países africanos, da redemocratização da América Latina, de países europeus (Portugal e Espanha em particular) e do fim das experiências socialistas na Europa oriental, num movimento no qual se combinam ação política e reflexão teórica; o desejo e a realidade dos que lutam pela democracia e a pensam não apenas como um conjunto de procedimentos para a tomada de decisões coletivas e cuja principal diferença em relação a outros é a regra da maioria, mas como um valor³ e modo de vida a orientar a convivência, as relações no interior do mais amplo leque de experiências humanas (as relações amorosas, entre pais e filhos, professores e estudantes, amigos, vizinhos, patrões e empregados, etc.). O principal sentido deste movimento é dado pelo confronto entre a lógica da igualdade (liberdade e igualdade são pilares da democracia) e a lógica da ordem, do confinamento e restrição de cada pólo deste conjunto de relações a papéis prévia e socialmente estabelecidos, pois o que salta aos olhos em todo este processo de adjetivação é a crítica às teorias procedimentalistas e minimalistas da democracia, que a resumem a um conjunto de regras para a tomada de decisões políticas, definido-a como um simples procedimento de agregação de preferências e interesses individuais ou de grupos para escolha de lideranças (representantes de seus interesses e opiniões) e formação de governos. (Shumpeter, 1984)

O movimento de adjetivação da democracia é simultaneamente político e teórico, ganha contornos identificáveis em experiências de ampliação da participação democrática na vida pública de países do chamado terceiro mundo através de arranjos políticos inclusivos nos quais indivíduos e atores sociais coletivos se fazem presentes (conselhos gestores de políticas públicas, orçamento participativo, planejamento participativo, tribunais especializados que tornam mais acessíveis a contestação e resolução de conflitos, etc.) e no esforço de teorização desencadeado

³ Como valor democracia “significa um concentrado de atitudes, em que se incluem a conversa limpa, honesta e sincera, a renúncia a ser dono da verdade e, finalmente, as boas maneiras. Ser educado com o outro pode ser um traço essencial da democracia, porque é um modo de dizer que ele vale tanto quanto nós.” (Ribeiro, 2002: 65)

por estas experiências. O processo de adjetivação põe em evidência as restrições e ausências do modelo liberal-representativo vigente nas democracias do mundo inteiro. Neste processo, o adjetivo é quase sempre uma enunciação do que estas poderiam ser e menos uma nomeação das qualificações do modelo em vigor. A adjetivação tem ilustrado em maior escala o que as democracias existentes não são, apresentando um forte caráter normativo e utópico.

A estabilidade da ordem econômica e social capitalista tem ampla ancoragem no minimalismo do modelo liberal-representativo, no elitismo de processos restritivos de contagem do povo (Rancière, 1996), na negação de sua presença e sua voz, na sua redução a uma massa informe e desinformada, facilmente agregável.

A luta política de movimentos sociais no mundo inteiro contra o autoritarismo, pelo aumento da participação democrática e o aparecimento de práticas e experiências de gestão do Estado e de políticas públicas em que o povo, organizado em movimentos sociais, inscritos em identidades antes negadas (trabalhadores, mulheres, grupos étnicos, jovens, idosos, homossexuais, etc.) emerge como sujeito político⁴, desafia uma homogeneização apaziguadora e a redução da política a um processo de administração de conflitos, à escolha de lideranças e formação de governos. Tais movimentos, como notou Rancière

[...] partem da distância entre a inscrição igualitária da lei e os espaços em que a desigualdade faz a lei. Mas não concluem daí, de forma alguma, o não lugar do texto igualitário. Ao contrário, inventam-lhe um novo lugar: o espaço polêmico de uma demonstração que mantém juntos a igualdade e sua ausência. (1996: 96)

Tal é o lugar do movimento de adjetivação, ele anuncia nos sinais apresentados por processos de intensificação e ampliação da participação democrática e no desejo dessa intensificação e ampliação, a junção polêmica entre igualdade e desigualdade, o desafio de tornar presente a igualdade em contextos de erosão dos direitos civis, do Estado de Bem-Estar Social e de globalização da economia capitalista.

O debate contemporâneo, político e teórico, multiplicador dos adjetivos que hoje temos para a democracia, acentua sua riqueza e vitalidade, sua capacidade de ampliar sentidos espalhando-se pela enorme gama de experiências humanas e sua historicidade.

⁴ A concepção usada neste texto é a de Jacques Rancière na qual um sujeito político “é um operador que junta e separa as regiões, as identidades, as funções, as capacidades que existem na configuração da experiência dada” (1996: 52), ou seja, que é capaz de romper com a inscrição atribuída pela ordem e se fazer contar.

A inscrição das sociedades democráticas como sociedades históricas (Lefort, 1991: 31), nas quais a indeterminação e a interrupção da ordem social, do bom funcionamento da ordem, sujeita-as permanentemente ao debate e recusa sua naturalização, confronta a lógica da igualdade ao realismo das economias de mercado e sua lógica policial “que afirma, em qualquer circunstância, fazer apenas o que é possível fazer” (Rancière, 1996: 131), aspirando à superação do possível e à construção de vínculos entre o dado e o não dado, entre a desigualdade visível e a igualdade invisível.

1.1 A democracia em debate

Caracterizamos o processo de adjetivação da democracia como um debate político e teórico no qual se configura uma disputa por sentidos para democracia, participação e representação, cujas bases se assentam na luta política de movimentos sociais no mundo inteiro por ampliação da participação democrática, por uma reconfiguração das chamadas instituições políticas em sentido restrito⁵, pelo reconhecimento da legitimidade destes movimentos como interlocutores no espaço público⁶, nas instâncias governamentais e em práticas e experiências de democratização da gestão do Estado.

Como tem assinalado Boaventura de Sousa Santos, um dos conflitos que poderá ser central na contemporaneidade resultará do confronto entre democracia representativa e democracia participativa.

Em meu entender, um dos conflitos centrais entre o Norte e o Sul resultará do confronto entre a democracia representativa e a democracia participativa. Esse confronto, que decorre do fato de a democracia representativa rejeitar a legitimidade da democracia participativa só terá solução na medida em que essa recusa for substituída pelo delineamento de formas de complementaridade entre as duas formas de democracia que contribuam para o aprofundamento de ambas. (Santos, 2002: 32)

⁵ Compreendidas neste trabalho como o conjunto de instituições legislativas, governamentais e judiciárias nas quais se processam a competição partidária, administram-se conflitos, decidem-se e implementam-se políticas.

⁶ Espaço, indeterminado, de tematização, debate e interlocução de problemas, interesses e conflitos entre indivíduos, grupos e classes. Não é aqui compreendido como o espaço estatal, mas envolve os espaços de democratização do Estado em que articulações, negociações e decisões envolvendo Estado e sociedade civil têm se processado (Lefort, 1991), (Dagnino, 2002b).

Todos os adjetivos agregados à democracia nesta disputa política e teórica são derivados deste confronto, no qual em maior ou menor grau há um esforço por distanciar-se do caráter elitista e minimalista do modelo democrático-representativo.

Neste trabalho, tomamos a centralidade do confronto entre democracia representativa e democracia participativa como premissa para analisar as diferenças e complementaridades entre dois modelos polarizadores deste debate e que são denominados, respectivamente, democracia participativa e democracia deliberativa.

Estes dois modelos são tomados como centrais na disputa em curso por balizarem análises recentes de experiências de aprofundamento da participação democrática nos cinco continentes (Santos, 2002) e, especialmente, as experiências brasileiras de orçamento participativo (OP) e conselhos gestores de políticas públicas (Teixeira, 2001) (Avritzer, 2002), (Dagnino, 2002b), (Lüchmann, 2002), (Ribeiro; Grazia, 2003).

Estas análises têm se caracterizado por se perguntarem acerca da capacidade de medidas democratizantes afetarem o desempenho do Estado no sentido de tornarem as políticas públicas mais igualitárias e garantirem a efetividade de direitos e da cidadania, bem como sobre que configuração, desenho institucional, estas medidas têm apresentado e se têm proporcionado uma efetiva incorporação de atores sociais coletivos ao processo decisório.

Não se tem explorado o modo como estas medidas e arranjos institucionais para democratização do Estado e do processo decisório têm afetado a vida político-organizativa de organizações da sociedade civil⁷, como estas organizações têm sido afetadas em termos do processo decisório e participativo interno: definição de objetivos, bandeiras, estratégias de luta, escolha de suas lideranças, articulação e comunicação entre seus membros e com outras organizações. Ou seja, pouco se diz sobre qual modelo e concepção de democracia tem orientado a constituição e operação das organizações da sociedade civil e sua atuação nos arranjos participativos, que articulações têm sido possíveis entre os modelos com os quais estas organizações trabalham e os que operam nestes arranjos e quais as influências recíprocas.

⁷ A expressão engloba associações civis, organizações não governamentais/ONGs, entidades de classe e movimentos sociais. Também a expressão “atores sociais coletivos” será usada com a mesma significação.

É necessário lançar luzes sobre o modo como as disputas políticas em torno de modelos de democracia, projetos políticos⁸, negociação de interesses e estabelecimento de consensos nestes espaços, têm afetado a disputa no interior das organizações da sociedade civil.

A criação de arranjos participativos e a inclusão de organizações da sociedade civil nestes espaços, introduziram no cenário político brasileiro e mundial uma medida de reconhecimento da legitimidade destes atores sociais coletivos e um outro espaço de expressão da disputa política, mais plural e menos hierárquico, nos quais representantes políticos legitimados em processos eleitorais convivem com os representantes da sociedade civil em condições mais igualitárias, o que pode explicar, em certa medida, as dificuldades e os desafios enfrentados nestes arranjos para a vitalidade e manutenção da igualdade presumida nestes espaços e de sua capacidade decisória.

As experiências de ampliação da participação democrática que têm sido objeto de estudos no Brasil, especialmente as experiências de orçamento participativo e conselhos gestores de políticas públicas, demonstram que ao mesmo tempo em que têm proporcionado um espaço de interlocução e incorporação de atores sociais coletivos ao processo decisório, estes arranjos têm sido simultaneamente privados de sua capacidade de decisão e de interferência na produção de políticas (Tatagiba, 2002). Esta privação tem se manifestado por meio da inexistência de recursos necessários ao seu funcionamento (espaço físico, equipamentos, recursos financeiros, etc.), pela definição autoritária da agenda de discussões (em muitas experiências de orçamento participativo a prefeitura define previamente quais investimentos são possíveis e o processo de participação se resume à consulta popular e nos conselhos, em geral, a agenda é definida pelo presidente do conselho/ o secretário ou ministro do setor), pela pouca representatividade e capacidade decisória dos representantes governamentais, pela tecno-burocratização dos temas (com a conseqüente supervalorização do conhecimento tecno-científico) e pela não implantação de suas decisões. O resultado tem sido o esvaziamento político destes arranjos participativos, pois decisões relevantes acerca das prioridades de investimento e dos rumos da política dos vários setores se dão em outros espaços (negociações privadas com os segmentos diretamente interessados na questão;

⁸ Tomado aqui como o enunciado pela Dr^a Evelina Dagnino em seus trabalhos, a partir da compreensão gramsciana de visão de mundo, ou seja, como conjunto de valores, crenças, interesses acerca do que é e do que deve ser a sociedade e que orientam a ação política dos diferentes sujeitos. (Dagnino, 2002a)

decretos negociados junto ao legislativo; as comissões de intergestores reunindo os gestores do município, do estado e do governo federal; etc.), anulando a sua existência no circuito decisório.

Este processo de esvaziamento reitera a evidência de que uma concepção de participação democrática restrita e elitista, em que a manutenção de modelos tradicionais (centralizadores, autoritários, tecno-burocráticos, particularistas) de processamento das decisões repõe a exclusão política das organizações representativas da sociedade civil, tem balizado estas experiências e contribuído, também, para um processo de restrição e especialização da participação no interior destas organizações, aprofundando o distanciamento entre lideranças, representantes destas organizações nos arranjos participativos, e as bases societárias às quais se vinculam.

Sob este aspecto, tanto os arranjos participativos quanto as organizações da sociedade civil têm recolocado a participação indireta via representação⁹ como matriz orientadora de sua dinâmica de operação, embora apresentem matizes que dificultam a rígida fixação em um ou outro modelo. O que significa dizer que o confronto entre democracia representativa e democracia participativa ou outras modalidades de democracia (tal como formulado por Boaventura de Sousa Santos e incorporado a este trabalho) é muito mais profundo e intenso, revelando uma disputa entre modelos político-culturais orientadores de projetos políticos, modelos de democracia e participação, comportamentos de indivíduos e grupos, envolvendo toda a sociedade, balizando e conformando o funcionamento destes arranjos e o funcionamento das próprias organizações da sociedade civil.

Traçar os princípios gerais e características dos modelos participativo e deliberativo de democracia constitui um esforço de compreensão de como os mesmos têm se constituído no espaço público e de que forma têm balizado as disputas políticas e teóricas em torno da construção democrática no Brasil entre seus principais atores (organizações da sociedade civil, partidos políticos e setores do próprio Estado, representados por funcionários de carreira e ocupantes de cargos públicos).

A democracia participativa constitui um modelo de processamento de decisões políticas caracterizado pela superação da idéia de conjunto de métodos e procedimentos para autorização de governos presentes no modelo democrático representativo, no qual a competição partidária, a

⁹ A participação proporcionada pelo orçamento participativo, por exemplo, é direta apenas em seu primeiro momento, o das assembleias nos bairros para discussão e debate das prioridades de investimento. Para as etapas seguintes (negociação e definição dos investimentos) são eleitos delegados para composição de comissões e conselhos nos quais o debate prosseguirá e as decisões serão tomadas.

agregação de preferências e a escolha periódica dos representantes políticos responsáveis por traçar metas, planejar e implantar programas públicos, são elementos nucleares (Shumpeter, 1984).

Para os teóricos da democracia participativa o eixo das preocupações encontra-se na autodeterminação coletiva da pluralidade de membros que compõe a sociedade, cujo processo se realiza por meio de sua participação igualitária nos assuntos e decisões de interesse da coletividade. O reconhecimento da pluralidade e a construção de canais em que esta possa ser expressa por vias diferentes dos mecanismos políticos tradicionais (partidos e parlamentos) é central no modelo participativo.

O movimento neste modelo é de ampliação dos participantes do debate e das decisões que dizem respeito à vida coletiva em franco contraste com o movimento de agregação e restrição de preferências do modelo representativo. De acordo com Heller, “[...] a unidade política não possui uma natureza substancial, produto da representação puramente subjetiva, senão como unidade de ação e comportamento, como resultado, em suma, de processos organizativos” (Heller apud Máiz, 2001: 76, minha tradução)

A democracia participativa opera, então, com o reconhecimento do processo organizativo de atores sociais coletivos reunidos em movimentos sociais, associações civis, entidades de classe e organizações não governamentais, que mais intensamente a partir dos anos 60 passaram a dar visibilidade e voz à diversidade cultural e social, às demandas por ampliação de direitos e inserção na política destes novos atores e de seus temas (discriminações de diversas ordens, superexploração da força de trabalho, acesso a bens e serviços públicos), denunciando a debilidade das instituições representativas para incorporação desta diversidade. Nesta perspectiva, a democracia é tomada como projeto político-social de inclusão e de “instituição de uma nova soberania democrática” (Santos, 2002: 58) ancorada no reconhecimento desta pluralidade de atores e na sua inclusão no debate democrático.

Criar formas para inclusão desta pluralidade de atores no debate democrático é o grande desafio dos defensores da democracia participativa. As experiências analisadas nos últimos anos no Brasil e no mundo apontam para relações de articulação e complementaridade entre democracia representativa e democracia participativa, nas quais são mantidas as instâncias representativas tradicionais e criados arranjos participativos envolvendo Estado e sociedade civil, em que atores sociais coletivos se fazem representar (Santos, 2002).

Na experiência brasileira se destacam como mecanismos de participação o orçamento participativo e os conselhos gestores de políticas públicas nos três níveis de governo. Nestes arranjos, atores sociais coletivos se representam por meio de suas organizações em processos de definição do investimento dos recursos públicos nos orçamentos participativos e na formulação de políticas públicas nos conselhos. A dinâmica de funcionamento destes arranjos ancora-se em processos de representação, ainda que esta representação se origine em organizações da própria sociedade, configurando o que Santos (2002) denominou, como resultante possível do confronto entre democracia representativa e democracia participativa, de processo de articulação e complementaridade entre estes modelos.

A dinâmica representativa destes espaços (exceção apenas às primeiras etapas dos orçamentos participativos em que o processo se faz via participação direta da população nas assembleias de bairros) estabelece alguns limites ao processo de incorporação de atores sociais coletivos ao debate (Ribeiro; Grazia, 2003). Os principais deles se traduzem pela redução do escopo de problemas e demandas passíveis de serem processadas nestes espaços (políticas públicas setoriais e percentuais pequenos da totalidade do orçamento, comprometendo debates globais e valorizando saberes especializados), pelo tempo requerido no processo de negociação (o caráter emergencial das decisões para inúmeros temas e projetos discutidos nos OPs e nos conselhos inviabiliza a articulação entre os representantes da sociedade civil e os membros de suas entidades, aprofundando o distanciamento e a tomada unilateral de decisões, característica dos processos representativos tradicionais) e pelo desafio dos representantes das organizações da sociedade civil de manterem a organização e mobilização de suas bases societárias e ao mesmo tempo a presença e intervenção qualificada nestes arranjos, sobregarregando-se politicamente, uma vez que tanto devem promover o debate dos temas em pauta nos OPs e conselhos entre os membros das entidades às quais se vinculam, quanto assumir tarefas (comissões de trabalho, atividades de fiscalização), participar do debate e tomar decisões nestes espaços.

Neste sentido, o funcionamento destes arranjos tem contido os enfrentamentos diretos, característicos das relações entre Estado e sociedade civil nos anos 70 e 80, e colocado para as lideranças e membros das organizações da sociedade civil o desafio de adequar-se ou de resistir à dinâmica representativa que os tem caracterizado.

Os espaços de participação e partilha de poder viabilizados por OPs, conselhos, práticas de planejamento participativo, plenárias conjuntas entre poderes públicos e movimentos sociais

são cenários para denúncias, vocalização de demandas, tematização de questões, disputas políticas, decisões e, ao mesmo tempo, espaços de manutenção de hierarquias, submissão política e contenção de conflitos e da capacidade de articulação e mobilização de organizações da sociedade civil, uma vez que estes não são espaços imunes aos mais arraigados traços de nossas tradições políticas (clientelismo, autoritarismo, particularismo), apresentando-se, também, como palcos para a manifestação das resistências dos partidários de uma concepção mais restrita de democracia e mesmo de atores antidemocráticos.

A constituição destes espaços agregou um novo cenário para a disputa política e proporcionou maior visibilidade aos diferentes projetos políticos que a têm polarizado ao instituir a convivência entre representantes políticos eleitos nos pleitos eleitorais e atores sociais coletivos, antes excluídos, e reconhecê-los como interlocutores legítimos no debate das questões coletivas. E este é, sem dúvida, o grande diferencial representado pela construção de canais para viabilização de processos participativos na chamada democracia participativa.

O questionamento, por parte de representantes políticos escolhidos em pleitos eleitorais regulares (prefeitos, vereadores, governadores, presidente e parlamentares), da legitimidade dos atores sociais coletivos nestes arranjos, é uma das expressões do confronto entre democracia representativa e democracia participativa. Este questionamento e as dificuldades para a partilha efetiva de poder têm se manifestado, comumente, na resistência e recusa de atores governamentais a oferecerem as condições necessárias ao funcionamento dos arranjos participativos, na omissão de informações, na restrição das questões submetidas ao debate e no esforço para controlar o processo de escolha dos representantes das organizações da sociedade civil (é comum a interferência destes representantes políticos no processo, manifestando preferências por candidatos ou mesmo atribuindo ao executivo a prerrogativa de realizar esta escolha), na tentativa de controlar e restringir a participação democrática pretendida. Isto significa que o sucesso das experiências participativas depende, em grande medida, do compartilhamento de projetos políticos de caráter democratizante entre organizações da sociedade civil, partidos políticos e setores do Estado, configurados pelo corpo de funcionários de carreira e ocupantes de cargos públicos. (Dagnino, 2002b)

Os recursos mobilizados por estes atores na resistência à partilha efetiva de poder e ampliação do debate democrático demonstram as resistências postas à virtual possibilidade de superação da matriz representativa, em seu caráter minimalista e elitista, no processamento

democrático de decisões, representada por estes arranjos. Mas, talvez, uma das mais interessantes sinalizações, objeto de discussão entre os teóricos da democracia deliberativa, seja a resistência a legitimar o processo decisório a partir do debate franco e igualitário entre sujeitos políticos livres e iguais.

Todos os desafios e obstáculos postos ao funcionamento dos arranjos participativos são provas da vitalidade do confronto entre democracia representativa e democracia participativa, mas sobretudo da insuficiência da abertura de canais de participação para que uma efetiva partilha de poder possa ser assegurada. Garantir a abertura e manutenção destes canais é pré-requisito para a incorporação de atores sociais coletivos ao processo decisório e à realização de um debate efetivamente democrático, mas não é condição suficiente; sobretudo em decorrência da apropriação do discurso e do projeto participativo por defensores de um modelo de caráter mais restritivo e elitista, embalando práticas reiteradoras da exclusão política de organizações da sociedade civil do processo decisório.

Esta apropriação tem se caracterizado por práticas nas quais as organizações da sociedade civil são convocadas a ocupar arranjos participativos em que seus papéis já estão previamente definidos, sem poder decisório, como meras executoras de ações de responsabilidade do Estado, como a prestação de um amplo leque de serviços sociais à crianças, adolescentes e jovens, idosos, portadores de necessidades especiais, portadores do HIV e outras “parcerias”, num processo denominado por Evelina Dagnino “complementaridade instrumental.”

Distinta do compartilhamento de um projeto político, *a complementaridade, por assim dizer, instrumental*, entre os propósitos de Estado e da sociedade civil, que parece conferir a alguns encontros um grau razoável de sucesso e estabilidade, é uma questão central cuja complexidade merece um tratamento mais detalhado. Sua centralidade se relaciona com o fato de que ela tem se construído nos últimos anos como uma estratégia do Estado para a implementação do ajuste neoliberal que exige o encolhimento das suas responsabilidades sociais. Nesse sentido, ela faz parte de um campo marcado por uma *confluência perversa* entre o projeto participatório, construído ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos. A perversidade reside no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, *ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva*. (Dagnino, 2002b: 153)

Este processo é revelador da complexidade da disputa política em curso em que práticas de caráter meramente consultivo ou cooperativo (que com o nome de parcerias e à semelhança

dos mutirões reunindo poder público e população característico dos anos 70, atribuem à população e suas organizações a execução de ações e serviços de responsabilidade do Estado), mantenedoras da exclusão política e instrumentalizadoras das organizações da sociedade civil, são também denominadas experiências de democracia participativa.

Sob este aspecto, a própria definição dos moldes dos arranjos participativos, dos formatos institucionais para viabilização da participação e das regras de funcionamento destes espaços, são também objetos de disputa e podem ser importantes para a efetividade ou não do modelo de democracia orientador de seu funcionamento.

[...] o que parece estar em jogo são as variadas correlações de forças, que permitem ou não à sociedade civil um poder efetivo na definição desses formatos que, por sua vez, condicionam as próprias possibilidades de sua atuação. Isso significa que os formatos institucionais não são variáveis independentes, mas expressam os resultados dessas correlações de forças. (Dagnino, 2002b: 161)

Na insuficiência de arranjos participativos para a efetividade da ampliação do debate democrático é que podemos situar o debate em torno da democracia deliberativa, embora alguns autores (Avritzer, 2000), (Bohman, 2000) façam o caminho inverso, sugerindo a importância da criação de arranjos institucionais para viabilização de processos deliberativos e outros (Máiz, 2001) usem indistintamente as denominações democracia deliberativa e democracia participativa, como se as mesmas se referissem a um único modelo.

No que tem sido denominado democracia deliberativa a legitimidade do processo decisório é obtida por meio do debate racional entre cidadãos livres e iguais, no qual a argumentação é peça chave de todo o processo. Embora a regra da maioria continue a ser um diferencial importante, a obtenção de consensos na tomada de decisões, fruto do processo argumentativo, constitui um valor mais relevante. O uso da regra da maioria seria o último recurso a ser acionado na impossibilidade de uma resolução consensual (Gutmann, 1995: 20-21) (Habermas, 1995: 45-46) (Cohen, 2000: 27-32).

Embora esta valorização de um aspecto (argumentação e consenso) em detrimento de outro (regra da maioria) pareça um detalhe pouco relevante, ele é a pedra de toque do modelo deliberativo. A regra da maioria possibilita contornar o debate democrático na medida em que fortalece o processo meramente agregativo de opiniões e interesses possibilitando o uso de outros recursos (a troca de favores, a corrupção, a barganha clientelística, a autoridade de saberes

especializados ou de posições políticas) e o desprezo à argumentação racional para que se alcance a pretendida maioria.

Sob este aspecto, o processo de argumentação, a exposição clara de posições é o único modo pelo qual a liberdade e igualdade podem se realizar como condições necessárias ao exercício do debate democrático.

A concepção deliberativa da democracia se organiza em torno do ideal de justificação política. De acordo com este ideal, a justificação do exercício do poder político coletivo é o procedimento com base na livre argumentação pública entre iguais. Uma democracia deliberativa institucionaliza este ideal. De acordo com esta perspectiva, a democracia não é meramente uma forma da política, mas um marco de condições sociais e institucionais que facilita a discussão livre entre cidadãos iguais - fornecendo condições favoráveis para a participação, associação e expressão - e ancorando a autorização para exercer o poder público (e o exercício mesmo) em tal discussão, mediante o estabelecimento de um esquema de disposições que garantam a responsabilidade e a prestação de contas ante os cidadãos por parte daqueles que exercem o poder político, através de eleições periódicas competitivas, condições de publicidade, e supervisão legislativa entre outras. (Cohen, 2000: 29-30, minha tradução)

O traço forte do modelo deliberativo é a noção de que as decisões acerca do poder estatal e de tudo o que diz respeito à coletividade devem ser necessariamente coletivas, ou seja, devem ser compreendidas e compartilhadas por seus membros, aceitas em sentido profundo, pois os seus proponentes foram capazes de uma argumentação razoável de modo a convencer seus interlocutores da validade e justiça de suas proposições. Portanto, segundo Cohen, os arranjos sociais e políticos devem cumprir algumas condições necessárias à institucionalização do processo de justificação deliberativa. Tais condições são formuladas como conjunto de princípios a partir dos quais as instituições sociais e políticas podem funcionar dentro da perspectiva deliberativa.

Cohen (2002), em “Procedimiento y sustancia en la democracia deliberativa”, trabalha com um conjunto de três princípios, considerados fundamentais à garantia da igualdade necessária ao debate democrático. O primeiro deles seria o *princípio da inclusão deliberativa* e consiste na sustentação das liberdades básicas (associação, expressão, religiosa), posto que o exercício da argumentação deve se realizar sem constrangimentos de qualquer ordem, ou seja em contexto de ampla liberdade, uma vez que qualquer restrição poderia configurar uma negação da igualdade e, conseqüentemente, a exclusão de indivíduos e grupos do debate.

O segundo princípio é o *princípio do bem comum*, argumentativamente definido no sentido de evitar o privilegiamento de interesses particularistas na definição de políticas públicas, ou seja, evitar a constituição de um sistema de políticas públicas que seja incapaz de atender os interesses de seus cidadãos como conjunto e estabeleça diferenças entre os mesmos, negando mais uma vez a igualdade.

O terceiro princípio é o *princípio da participação*, segundo o qual deve-se garantir os direitos necessários a esta participação entre os quais o direito de voto, de associação, de expressão política, de ser eleito para postos públicos e garantia de condições equitativas para o exercício do voto e participação nos pleitos eleitorais.

Seus princípios são uma reiteração dos princípios do modelo democrático representativo, cujo funcionamento eficaz é condição imprescindível para sustentação do modelo deliberativo, delineando o processo de complementaridade entre modelos político-culturais distintos. O diferencial reside em que a efetividade destes princípios oferece as condições necessárias à deliberação, ao debate público, não se restringindo à condição de mero suporte para procedimentos de agregação de opiniões e interesses.

Diferentemente de Cohen, Bohman e Avritzer ressaltam a importância destes princípios e condições, mas defendem a construção de arranjos políticos para inclusão de atores sociais coletivos no debate democrático como importante estratégia para criação de contextos e condições em que o processo deliberativo possa se efetivar. Sob este aspecto, o modelo deliberativo desenvolvido por estes autores¹⁰ apresenta diferenciais importantes em relação ao modelo habermasiano a partir do qual formulam suas considerações.

No modelo habermasiano, o sistema político, tal como se apresenta nas democracias liberais, constitui um subsistema especializado em decisões válidas para a coletividade, não comportando mudanças em seu modelo ou processo de operação no sentido de incluir atores sociais coletivos no processo decisório neste subsistema.

Neste modelo, o processo político deliberativo se ancora na formação da opinião e da vontade comum na esfera pública, sendo esta a instância geradora do poder legítimo. “A geração informal da opinião desemboca em decisões eleitorais institucionalizadas e em decisões legislativas por meio das quais o poder gerado comunicativamente se transforma em poder passível de ser empregado em termos administrativos.” (Habermas, 1995: 48)

¹⁰ As formulações do brasileiro Leonardo Avritzer serão mais bem discutidas no capítulo 2.

Em Habermas, a esfera pública se constitui como espaço de intermediação entre os impulsos oriundos do mundo da vida, campo da vida cotidiana e seus problemas e no qual a lógica das relações é pautada por princípios de solidariedade e consensos reflexivos, absorvendo e canalizando os problemas emergentes neste campo por meio das associações voluntárias e outras organizações¹¹, e a esfera pública política. Cabe aos processos administrativos do sistema político processar estes impulsos, estabelecer diretrizes, tomar decisões e agir.

O poder administrativamente disponível modifica sua configuração na medida em que se mantenha interativamente vinculado à formação democrática da opinião e da vontade, que não somente controla retrospectivamente o desempenho do poder político como em certa medida também o programa. Não obstante isso, só o sistema político pode “agir”. Trata-se de um subsistema especializado em decisões coletivamente obrigatórias, enquanto as estruturas comunicativas da esfera pública formam uma extensa rede de sensores, que reagem a pressões na sociedade global e estimulam opiniões influentes. A opinião pública convertida em poder comunicativo não pode “reinar” ela própria, mas apenas dirigir o uso do poder administrativo em certas direções. (Habermas, 1995: 50)

Para que a esfera pública funcione como instância de geração do poder legítimo é necessário, então, garantir o pleno exercício das chamadas liberdades democráticas, em particular as liberdades de expressão e de associação, sem as quais não é possível garantir o processo comunicativo de formação democrática da opinião e da vontade. Nesta perspectiva, o processo deliberativo resultará da interação comunicativa entre o mundo da vida, e suas expressões na esfera pública, e o sistema político, por meio do debate e da argumentação.

O principal problema desta formulação é tomar como fato dado a igualdade. Há uma pressuposição de uma igualdade substancial, pois os processos de comunicação na esfera pública são tomados como discussão racional entre indivíduos iguais. Ou seja, não rompe com o individualismo pressuposto na democracia representativa e contorna as desigualdades inerentes às sociedades capitalistas democráticas. Em consequência, não há qualquer sugestão de como assegurar a inclusão da ampla gama de atores sociais coletivos representativos da diversidade e complexidade das sociedades contemporâneas no processo deliberativo, uma vez que “a política deliberativa deve ser concebida como uma síndrome que depende de uma rede de processos de barganha regulados de forma justa e de várias formas de argumentação, incluindo discursos

¹¹ Compondo a sociedade civil, compreendida como o espaço de encontro e constituição de atores sociais coletivos, em que as identidades são estabelecidas no relacionamento entre si e no qual disputam visões de mundo, de organização da vida social e política.

pragmáticos, éticos e morais, cada um deles apoiado em diferentes pressupostos e procedimentos comunicativos.” (Habermas apud Avritzer, 2000: 39-40)

A preocupação em assegurar condições igualitárias para realização do processo deliberativo é o diferencial apresentado por James Bohman em relação à formulação de Habermas. Para este autor, é preciso pensar em como realizar um debate público, plural e que possibilite o uso da razão em sociedades cada vez mais plurais, complexas “com um alto grau de conflitividade e desigualdade, enormes e poderosas instituições e uma esfera pública polarizada ao extremo.” (Bohman, 2000: 49, minha tradução)

Segundo Bohman, normas políticas igualitárias jogam um importante papel no processo deliberativo na medida em que asseguram que as desvantagens e desigualdades preexistentes não interfiram negativamente no debate democrático entre os cidadãos (Bohman, 1997: 329). A igualdade presumida deverá ser assegurada por meio de arranjos políticos e institucionais, normatizações e leis que garantam o acesso à informações, limitem o abuso do poder financeiro nos processos públicos (campanhas eleitorais e de informações de diversas ordens, compra de votos) e os constrangimentos (discriminações raciais, de gênero, orientação sexual, etc.) que excluam sujeitos da deliberação pública.

O processo deliberativo para Bohman é dialógico e se caracteriza como atividade social cooperativa em que a continuidade da cooperação dependerá da segurança de seus participantes na capacidade de influírem nas deliberações, ou seja, a legitimidade das deliberações está ancorada na participação justa e igualitária dos cidadãos no processo e desta legitimidade depende a continuidade da cooperação característica do processo deliberativo.

Diferentemente de Habermas, Bohman propõe que as instituições públicas criem esferas públicas nas quais sejam operacionalizadas as deliberações, viabilizando a participação dos cidadãos no processo decisório e o exercício do controle democrático sobre estas instituições. A criação destas esferas se faria por intermédio de reformas institucionais e invenção de espaços participativos.

O pluralismo cultural, a complexidade social e as crescentes desigualdades representam hoje os maiores desafios para a democracia, e todos eles têm produzido muitos movimentos anti-institucionais e anti-democráticos populares. Estes desafios somente podem ser superados inventando novos fóruns e reformas institucionais em que os cidadãos deliberem juntos e façam uso público de sua razão em diversas formas. (Bohman, 2000: 57)

O debate sobre a legitimidade do processo deliberativo introduz a necessidade de verificar em que medida uma decisão foi tomada envolvendo a pluralidade de atores que compõe a sociedade e se o fizeram em condições igualitárias, proporcionando critérios para verificação da eficácia da criação de arranjos participativos na promoção do diálogo deliberativo. Um outro critério é a capacidade destes processos para coibir e evitar obstáculos que dificultem a deliberação democrática, significando a capacidade de promover políticas capazes de alterar as desigualdades presentes na sociedade e proporcionar recursos materiais e informacionais garantidores de maior igualdade entre os cidadãos.

Ao mesmo tempo, o debate sobre a legitimidade do processo decisório presente no modelo deliberativo introduz um elemento novo não encontrado no modelo participativo: a verificação das condições para deliberação proporcionadas pelas instituições responsáveis pelas decisões políticas. O que significa pensar e avaliar as condições para a deliberação presentes, também, nas instituições do modelo representativo (parlamento, executivo, judiciário). Ou seja, de que maneira os problemas e questões presentes na sociedade são tematizados, discutidos e processados no espaço público e como se tornam objeto de deliberação nas instituições políticas em sentido restrito.

Tanto o modelo de democracia participativa quanto o modelo deliberativo defendido por Cohen e Bohman, enfatizam a importância de contextos legais garantidores de direitos e de arranjos institucionais capazes de criar as condições necessárias à deliberação, à participação democrática no processo deliberativo. A lacuna se produz na não percepção de que a própria criação destes arranjos é objeto de disputa política entre projetos políticos, concepções de democracia e participação, condicionando o contexto de criação e funcionamento tanto da legislação protetora e garantidora de direitos quanto dos arranjos participativos.

Dentro do modelo participativo e do modelo deliberativo, a constituição de arranjos participativos e a inclusão de atores sociais coletivos no processo decisório são relevantes para criação de um ambiente propício à deliberação, na medida em que amplia os participantes do debate e o conjunto de temas sujeitos à apreciação coletiva. Entretanto, o modo como esta inclusão se efetiva e de que maneira afeta o debate e a participação democrática destes atores poderá tanto fortalecer a deliberação no sentido de debate público, da argumentação entre iguais, quanto criar contextos de restrição à participação e ao debate. Esta última alternativa tem sido mais freqüente nas experiências de participação estudadas no Brasil e no mundo.

Os arranjos participativos têm causado perturbações profundas no modo como tradicionalmente as decisões foram e ainda são tomadas no Estado brasileiro. Sua existência institui uma tensão entre a permanência de traços característicos de nossa cultura política (autoritarismo, centralismo, clientelismo, etc) (Dagnino, 2002b) e a possibilidade de sua superação ou redução de seus efeitos, em decorrência, principalmente, de uma maior visibilidade para o funcionamento da máquina pública e para as posições dos representantes políticos eleitos nos pleitos eleitorais regulares, proporcionado pela inclusão de organizações da sociedade civil no processo decisório.

As acirradas disputas entre posições mais conservadoras e as de caráter democratizante envolvendo os principais atores dos processos participativos e expressa pelos recursos mobilizados pelos primeiros (controle das informações e da definição da pauta de discussões, ausência de recursos financeiros e materiais para o funcionamento destas instâncias, tentativa de controlar a escolha dos representantes da sociedade civil e outros) para evitar que a participação e deliberação se realizem em todas as suas dimensões, se apresentam como manifestações desta tensão.

Nesta perspectiva, o que muitos estudos (Costa, 1999), (Morita, 2002), (Tatagiba, 2002), (Cortes, 1997, 1998, 2002), (Perissinoto, 2002) têm apurado é uma visível transformação no próprio funcionamento e capacidade deliberativa dos atores sociais coletivos representados nestes espaços, na direção da especialização de competências e saberes, da imobilidade nos quadros que ocupam estes espaços (assolados pelo trefismo), da restrição à mobilização e articulação interna e da sobrecarga de trabalho destes representantes (que em inúmeros casos representam o mesmo movimento em diferentes instâncias).

Uma das explicações apresentadas neste trabalho para estas mudanças é a de que o funcionamento representativo destes espaços tem condicionado a participação das organizações da sociedade civil, criando contextos nos quais se aprofundam processos de restrição do debate e da capacidade decisória destes espaços e dos atores sociais coletivos neles representados. Contribuem, também, para este processo o caráter setorial das políticas públicas, impossibilitando o enfoque global de problemas e soluções, a necessidade de responder a compromissos de campanha por parte de governantes e representantes políticos e o tempo requerido para processamento de temas e problemas e tomada de decisões, que dificulta e cria obstáculos ao processo de justificação e argumentação necessários a uma deliberação firmemente assentada na

clareza e envolvimento amplo da pluralidade de atores sociais coletivos representados nestes espaços. É também relevante o fato das organizações da sociedade civil serem muito dependentes do compartilhamento de projetos políticos favoráveis à participação e à democratização entre partidos e mesmo quadros do corpo de funcionários do Estado, para que a dinâmica participativa se encaminhe na direção da inclusão e ampliação do debate democrático.

Isto significa que a participação indireta via representação tanto define melhor o modelo de funcionamento destes espaços quanto condiciona a atuação das organizações da sociedade civil em seu interior, bem como o processo de participação e deliberação próprio à atividade destes atores. Nesta perspectiva, o que a análise das experiências de participação tem demonstrado é a existência de uma grande dificuldade para romper com a matriz cultural democrático-representativa e um encaminhamento destas experiências para uma relação de complementaridade entre os modelos, com forte inclinação ao estabelecimento de uma relação hierárquica ou de tipo centro-periferia entre as diferentes instâncias de participação e as instituições tradicionais de processamento das decisões políticas do modelo liberal-representativo o que, entretanto, também se configura como resultado da correlação de forças entre os defensores de um modelo ou outro.

E sob este aspecto, para avaliar melhor o impacto de arranjos participativos sobre o próprio processo de participação e deliberação interno aos atores sociais coletivos e sobre sua atuação nestes espaços, é necessário considerar de que maneira têm sido debatido os conceitos de participação e representação dentro da disputa política e teórica no confronto entre democracia representativa e democracia participativa.

1.2 Representação e participação: problematizando as dimensões constitutivas da democracia

A discussão envolvendo os conceitos de representação e participação é bastante antiga, não começou com o debate mais recente e que tem sido chamado de processo de adjetivação da democracia (Metapolítica, v.5, n.18, 2001). Entretanto, no confronto entre democracia representativa e democracia participativa, a discussão destes conceitos é central ao debate, definidora das diferenças mais radicais entre um modelo e outro.

No modelo representativo Shumpeteriano o conceito de liderança define melhor o caráter da representação, no qual a escolha popular constitui um processo de autorização de lideranças para exercício do poder decisório. Não há neste processo uma identidade de tipo corporativo, mas uma escolha que envolve a identificação dos mais capazes para representar os interesses dos indivíduos nos aparatos destinados à discussão e decisão políticas.

[...] assumimos agora a visão de que o papel do povo é produzir um governo, ou melhor, um corpo intermediário que, por sua vez, produzirá um governo ou um executivo nacionais. E definimos: o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população. (Shumpeter, 1984: 336)

A escolha constitui um processo de autorização para exercício do governo. O que, implicitamente, traduz uma compreensão da população como incapaz para o debate e decisão das questões públicas, embora seja capaz de escolher os mais aptos a fazê-la.

Neste sistema, não há necessidade de que os governantes sejam semelhantes aos seus governados, mas apenas que tenham a legitimidade adquirida no processo eleitoral. Os eleitos representam o conjunto da população e não um grupo ou classe específica, o que lhes assegura maior autonomia no processo decisório, embora seja possível instituir mecanismos de prestação de contas¹² e de controle sobre suas atividades.

A autonomia das instituições representativas deve ser relativizada em função, principalmente, da publicidade dos atos legislativos e das liberdades de expressão e associação asseguradoras da manifestação das oposições, dos conflitos e da pressão popular sobre parlamentos e executivos. Embora, nos contextos de nossas sociedades, a inserção ou não dos indivíduos no mercado de trabalho e no mercado de bens seja responsável por sua reprodução individual e social, pelo acesso à riqueza produzida, à informação, à produção e elaboração da informação, às formas de sociabilidade e de percepção individual e coletiva da realidade,

¹² A prestação de contas de suas atividades aos representados por parte dos representantes políticos é também uma das exigências do modelo deliberativo, como forma de assegurar a efetividade dos consensos e acordos produzidos deliberativamente.

criando limites ao pleno exercício das chamadas liberdades públicas, ao debate político no espaço público e ao acesso e controle das instâncias representativas.

E nos últimos 50 anos os contextos de produção e reprodução da vida econômica e social nas sociedades capitalistas sofreram modificações profundas em função da rápida mudança nos processos de produção (informatização, robotização, flexibilização), nas relações de trabalho (segmentação do mercado de trabalho, desaparecimento de funções e flexibilização de contratos, ampliação do chamado desemprego estrutural) e dos conflitos decorrentes do aprofundamento de desigualdades econômicas e sociais a partir da hegemonia do pensamento sócio-econômico neoliberal e do processo de globalização. Neste contexto, de aprofundamento de desigualdades e persistência de outras (desigualdades de gênero e raça), bem como de recrudescimento da intolerância de diversas ordens (religiosa, étnica), emergiram movimentos sociais, associações civis e organizações não governamentais em torno destas variadas questões e cresceu a importância de seu papel na articulação de indivíduos e grupos, na tematização de seus problemas, organização de suas reivindicações, formulação de respostas e projetos, afirmando-se como interlocutores no espaço público e junto ao Estado e constituindo uma participação política de novo tipo, mais plural, menos hierárquica, fragmentada e fluida.

A emergência destes novos atores sociais coletivos, com uma configuração bastante diferente da configuração de partidos políticos, colocou em xeque o processamento de conflitos, a discussão de temas públicos e a tomada de decisões nas instâncias representativas, denunciando sua incapacidade para representar eficazmente a pluralidade e diversidade de identidades e demandas emergentes e exigindo uma interlocução direta com o Estado, a construção de novas mediações e canais de diálogo.

Neste processo, a participação movimentalista desnudou o conflito entre uma concepção de exercício do poder e do processo decisório como uma tarefa para poucos e uma concepção genuinamente democrática, zelosa da igualdade, da capacidade de toda a sociedade para discutir e decidir acerca das questões públicas de forma descentralizada, plural, não hierárquica.

As demandas por participação, por diálogo e canais de interlocução com o Estado no processamento de conflitos e no debate das questões coletivas, pautaram a necessidade e a

possibilidade de transformação do Estado e das instituições representativas na direção do reconhecimento da legitimidade dos atores sociais coletivos como interlocutores neste debate. Ou seja, pautaram a igualdade e a necessidade para sua realização da participação, da criação de novos direitos, capazes de assegurar a igualdade (ou a diminuição das desigualdades), e de arenas nas quais esta interlocução pudesse se concretizar.

Um outro elemento posto em xeque pelas organizações da sociedade civil neste processo é a existência do indivíduo como sujeito político, portador de opiniões e vontades passíveis de agregação, colocando em evidência o caráter coletivo da formação de identidades, opiniões e interesses envolvendo um conjunto amplo de relações (familiares, de trabalho, religiosas, de amizade, etc.).

O caráter coletivo da constituição de sujeitos políticos a partir do qual se colocam as demandas por ampliação da participação democrática, se apresenta como elemento nuclear no debate em torno dos conceitos de representação e participação no confronto entre democracia representativa e democracia participativa.

No modelo democrático-representativo a política é essencialmente agregação de opiniões, preferências e interesses em contextos de oposição e de conflitos e se articula a partir da ação individual em que “a concepção da identidade resultante é individualista no amplo sentido de tender unilateralmente ao caráter competitivo dos sujeitos isolados, assim como sua configuração é externa e anterior ao processo político.” (Máiz, 2001: 73, minha tradução)

Neste modelo, a representação é um processo indireto de participação, uma delegação da responsabilidade decisória e governativa atribuída por aqueles que não podem exercer o poder pessoalmente aos considerados em condições de exercê-lo, em consonância com as opiniões e interesses de quem os escolheu. A relação estabelecida é de identidade e confiança. Identidade dada pela comunhão de opiniões, preferências e interesses e confiança de que as decisões tomadas se farão com base na identidade estabelecida. O debate político sobre o qual se assenta esta escolha, realizada em eleições periódicas, amplia enormemente o conjunto de temas sujeitos à discussão em decorrência da necessidade de conquistar um número “x” de votos que garanta a eleição dos candidatos a cargos públicos no executivo e no legislativo. Em princípio, tanto eleitores quanto candidatos estão em condições de discutir e decidir acerca de qualquer tema, mas apenas os últimos recebem um mandato que os autoriza a discutir e a

decidir no interior das instituições políticas representativas. E mesmo o debate partidário é um processo de estreitamento das opções políticas de seus representantes.

Isto significa que, apesar dos mecanismos de controle da sociedade sobre seus representantes e das liberdades de expressão e associação, as decisões políticas estão restritas ao corpo de eleitos e aos espaços institucionais destinados ao processamento destas decisões.

O que a lógica da democracia participativa põe em xeque ao problematizar e questionar a participação indireta via representação, é o pressuposto do modelo democrático-representativo de que indivíduos, isoladamente, se tornem sujeitos políticos.

A emergência de atores sociais coletivos configurados em movimentos sociais, associações civis, entidades de classe, organizações não governamentais, põe em destaque tanto a existência de conflitos em torno de valores e direitos, elementos não restringíveis ao escopo do que pode ser denominado preferência ou interesse, quanto a centralidade de processos culturais de elaboração, significação, estruturação e hierarquização de valores, direitos e também de opiniões, preferências e interesses, de processos coletivos de definição de problemas, prioridades, valores, direitos, identidades, do comum, das oposições e antagonismos, que se realiza a partir dos marcos históricos, institucionais e culturais socialmente construídos. Ou seja, o sujeito político só existe como construção e na contestação à lógica da ordem, à definição prévia de valores, identidades e papéis sociais.

Esta outra compreensão de sujeito político não só revela as ilusões do individualismo, base de sustentação do modelo democrático-representativo, quanto o caráter de movimento desta construção. Sua existência se constitui como expressão das relações de confronto e identidade entre diferentes valores, crenças, princípios e projetos políticos.

As demandas por maior participação na vida pública destes sujeitos é também uma demanda pelo reconhecimento de sua legitimidade e capacidade de reflexão e decisão e da incapacidade de um modelo de representação que se ancora no indivíduo isolado promover o debate democrático plural, incorporando a diversidade de projetos políticos, valores, interesses que os constituem e que movimentam a vida social, produzindo mudanças políticas e institucionais.

A incorporação de atores sociais coletivos ao processo decisório por meio da criação de novos arranjos políticos, que não substituem, entretanto, as instituições democrático-

representativas existentes, é o que tem caracterizado as experiências de democracia participativa, instituindo um tensionamento entre modelos político-culturais de processamento de decisões e descortinando a possibilidade de uma relação de complementaridade.

Neste processo se introduz uma nova modalidade de representação: a representação de atores sociais coletivos configurados em movimentos sociais, associações civis, entidades de classe, organizações não governamentais, que ocupam estes espaços como representantes da sociedade civil. Se por um lado esta modalidade de representação é coerente com uma compreensão de sujeito político radicalmente diferente da compreensão liberal, por outro ela não deixa de trabalhar, no funcionamento das instâncias de participação, com processos de restrição ao debate, fortemente concentrado nos representantes e nas lideranças, e estreitamento das opções políticas em processos de articulação e agregação de interesses, que caracterizam a representação de tipo partidária e parlamentar.

O processo de restrição ao debate e estreitamento das opções políticas que tem caracterizado o funcionamento dos arranjos participativos, embora possa ser tomado como um dano não esperado, pois os principais objetivos dos defensores da democracia participativa eram, ao contrário, tornar o debate democrático e o processo decisório mais plural, com a incorporação de uma ampla gama de atores sociais coletivos e temas, corresponde à lógica representativa com a qual estas instâncias trabalham.

A pluralidade, fragmentação, fluidez, as situações de confronto que caracterizam a constituição dos atores sociais coletivos na sociedade civil, parecem sofrer, com o processo de institucionalização de mecanismos participativos, uma acomodação, uma adaptação à lógica representativa que hegemoniza estes espaços.

Um dos aspectos da atividade política e organizativa de atores sociais coletivos, apesar dos diferenciados modelos de coordenação, de definição de agenda e escolha de lideranças, tem sido o estabelecimento de uma relação de tipo representativo entre seus representantes nestes espaços, suas lideranças e o conjunto de seus membros, sua “base”. Estes representantes são escolhidos, em muitas circunstâncias em processos altamente competitivos, e responsáveis por agir em seu nome nestes espaços e em todas as frentes (governos, empresas privadas, órgãos públicos) nas quais representam o movimento, a associação ou entidade, responsabilizando-se por seus atos perante todo o conjunto de seus membros. Ou seja, embora

possa apresentar diferenças significativas em relação ao modelo de representação tradicional (no qual uma das importantes características é a autonomia relativa dos representantes em relação aos representados) e mesmo um processo de discussão interno altamente dialógico e participativo, esta relação também é pautada pela lógica representativa.

O que se constituirá num diferencial determinante na correlação de forças entre atores sociais coletivos representantes da sociedade civil e governos nestes espaços, será, exatamente, o nível de representatividade destes atores, ou seja, a congruência entre as posições defendidas por estes representantes e as de sua base e a capacidade de mobilização e defesa destas posições por representantes e membros. Esta capacidade de mobilização e defesa de suas posições, reivindicações e projetos é fundamental à disputa política processada nestes espaços, à articulação e negociação junto aos demais atores e a uma posição política autônoma em sentido forte, ou seja, amplamente assentada em seus próprios recursos políticos, configurados pela capacidade de realizar manifestações, protestos e aglutinar outros atores sociais coletivos, possibilitando dar visibilidade aos seus temas e inseri-los como objeto de debate no espaço público. Em síntese, esta representatividade se configura pela capacidade de articular-se como sujeito político no sentido definido por Rancière.

Sob este aspecto, o debate em torno da representatividade coloca as diferenças entre representação e participação no confronto entre democracia representativa e democracia participativa em termos do processamento do debate público, na definição de quem participa e como participa deste debate. Nestes termos, o processo de representação no modelo participativo implica, necessariamente, a inclusão e o diálogo, a capacidade dos atores sociais coletivos para confrontar, articular, definir e redefinir projetos políticos, valores, direitos, prioridades, identidades e antagonismos a partir do diálogo e do debate, posto que “a política, enfim, não é somente uma arena de conflitos entre interesses/valores, mas constitui simultaneamente um processo de construção e desarticulação de identidades pessoais e coletivas”. (Máiz, 2001: 87, minha tradução)

Isto significa que a criação de espaços públicos, de arranjos participativos, para a realização do debate democrático e tomada de decisões, pode tanto potencializar a representação e participação de novo tipo, plural, aberta, ancorada no diálogo e no debate, quanto bloquear esta possibilidade, considerando-se, principalmente, as dificuldades postas

para romper com o modelo democrático-representativo tanto entre os próprios atores sociais coletivos quanto no funcionamento destes espaços.

Neste trabalho apresentamos estas dificuldades como resultantes do confronto entre modelos político-culturais, no qual a construção de arranjos participativos se coloca como uma de suas múltiplas faces, um dos cenários deste confronto e da disputa por projetos políticos, concepções de democracia e participação.

CAPÍTULO 2 - PENSANDO A DEMOCRACIA, SEU PROCESSO DE ADJETIVAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DEMOCRÁTICA BRASILEIRA

Boaventura de Sousa Santos ao trabalhar em seu livro “Democratizar a democracia” (2002) com o pressuposto de que o confronto entre democracia representativa e democracia participativa se coloca como um dos conflitos que poderá ser central na contemporaneidade o faz, principalmente, a partir das experiências de movimentos sociais, organizações, redes de articulação e alianças entre estes movimentos que

[...] nos diferentes cantos do globo se mobilizam para lutar contra a exclusão social, a precarização do trabalho, o declínio das políticas públicas, a destruição do meio ambiente e da biodiversidade, o desemprego, as violações dos direitos humanos, as pandemias, os ódios interétnicos produzidos direta ou indiretamente pela globalização neoliberal. (Santos, 2002: 13)

Também dentre os estudiosos brasileiros o debate, teórico e político, em torno da democracia, mais particularmente entre democracia representativa e democracia participativa e/ou deliberativa, cresceu, se aprofundou e ganhou importância a partir do final dos anos 80 do século XX com o fim da ditadura militar, o surgimento de inúmeras experiências de democratização de gestões municipais, através dos chamados orçamentos participativos, e da inserção no marco legal da constituição brasileira do princípio da participação da sociedade na formulação de políticas públicas, o que proporcionou o surgimento dos conselhos gestores de políticas, os quais contam, em sua composição, com membros da sociedade civil organizada.

Os desdobramentos políticos, administrativos e sociais destas experiências serão objeto de reflexão nos anos seguintes e acompanharão o debate internacional em torno da democracia, compondo o que tem sido denominado de seu processo de adjetivação.

O ineditismo e vitalidade de algumas destas experiências e das reflexões realizadas a partir do estudo de seus resultados, tem proporcionado ao Brasil e aos estudiosos relativo destaque no debate internacional.¹³

¹³ São mais notáveis as contribuições de Leonardo Avritzer.

2.1 Democracia, representação e participação: o debate no Brasil

O debate brasileiro em torno da democracia tem sido balizado nos últimos anos pelas experiências de participação popular na gestão de importantes municípios brasileiros, realizadas tanto através dos chamados orçamentos participativos quanto dos conselhos de gestão de políticas públicas e administração de recursos públicos.

Notadamente, as experiências de orçamento participativo¹⁴, principalmente a experiência implantada pelo Partido dos Trabalhadores, desde 1989, no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, têm sido objeto de estudos por brasileiros e pesquisadores de todo o mundo tornando-se suporte para o incremento das reflexões em torno da conceituação e formulação de um modelo de democracia participativa e também de democracia deliberativa.

O estudo destas experiências tem adquirido centralidade no debate brasileiro, possibilitando pensar que elementos da realidade social e política podem configurar e dar realidade à democracia participativa e/ou deliberativa. Ou seja, quais seriam seus elementos caracterizadores, que traços poderiam validar uma experiência como configuração de uma democracia participativa e/ou deliberativa.

São muitos os estudiosos brasileiros que têm se debruçado sobre o tema, mas aqui daremos destaque às reflexões realizadas por Leonardo Avritzer, autor que têm realizado um trabalho de teorização a partir de estudos próprios e, também de outros autores, destas experiências.

O traço diferencial do debate brasileiro em relação ao debate internacional é precisamente sua força para além do espaço acadêmico, ao mesmo tempo em que se nutre dele. Partidos políticos e movimentos sociais não só se inserem na disputa política pelos sentidos para democracia e mesmo a defesa de um modelo ou outro, como incorporaram ao seu discurso os termos deste debate.

O que é peculiar aos esforços de teorização realizados no Brasil é a busca de sinais palpáveis em nossa experiência democrática que possam fortalecer um pólo ou outro do confronto entre democracia representativa e democracia participativa e/ou deliberativa, adensando o debate e a disputa política resultantes deste confronto.

¹⁴ A apresentação dos estudos e reflexões realizadas em torno do OP não se realizará em profundidade devido ao destaque dado nesta tese às experiências dos conselhos gestores de políticas públicas dentro do debate brasileiro e que serão tratadas no segundo item deste capítulo.

Neste primeiro momento trataremos apenas das reflexões realizadas em torno do orçamento participativo dentro do debate brasileiro e trabalharemos com a definição dada por Avritzer para a experiência (2003), na qual

[...] o OP é uma forma de rebalancear a articulação entre democracia representativa e democracia participativa baseada em quatro elementos: a primeira característica do OP é a cessão da soberania por aqueles que a detêm como resultado de um processo representativo local. A soberania é cedida a um conjunto de assembleias regionais e temáticas que operam a partir de critérios de universalidade participativa. Todos os cidadãos são tornados, automaticamente, membros das assembleias regionais e temáticas com igual poder de deliberação; em segundo lugar, o OP implica a reintrodução de elementos de participação local, tais como as assembleias regionais, e de elementos de delegação, tais como os conselhos, a nível municipal, representando, portanto, uma combinação dos métodos da tradição de democracia participativa; em terceiro lugar, o OP baseia-se no princípio da auto-regulação soberana, ou seja, a participação envolve um conjunto de regras que são definidas pelos próprios participantes, vinculando o OP a uma tradição de reconstituição de uma gramática social participativa na qual as regras da deliberação são tomadas pelos próprios participantes (Santos e Avritzer, 2002); em quarto lugar, o OP se caracteriza por uma tentativa de reversão das prioridades de distribuição de recursos públicos a nível local através de uma fórmula técnica (que varia de cidade para cidade) de determinação de prioridades orçamentárias que privilegia os setores mais carentes da população. As principais experiências de OP associam o princípio da carência prévia no acesso a bens públicos a uma maior acesso a esses mesmos bens. (Avritzer, 2003: 14-15)

Avritzer tem se destacado neste debate tanto pela realização de pesquisas próprias de algumas das experiências de orçamento participativo em vigor (particularmente nos municípios de Porto Alegre e Belo Horizonte, capitais do Rio Grande do Sul e Minas Gerais respectivamente), quanto por um processo de reflexão desenvolvido a partir dos estudos realizados por outros autores das mais diferentes experiências (Avritzer, 2003), com o qual busca estabelecer limites, sinais, categorias, que possam dar uma maior medida da diferenciação entre democracia representativa, democracia participativa e democracia deliberativa.

Para este autor a principal diferença entre democracia participativa e democracia deliberativa está em que na democracia deliberativa o processo de decisão, necessariamente, se faz a partir do debate, da argumentação entre o mais amplo leque de atores sociais coletivos e segmentos da população, em condições igualitárias e no qual tanto é importante a inclusão destes atores no debate (característica do processo participativo) quanto assegurar que seus interesses possam ser expressos, que possam ter voz ativa no processamento das decisões. O orçamento participativo conjugaria, neste sentido, elementos dos três modelos de democracia em disputa,

mas se destacaria por seu caráter deliberativo em função da incorporação da população de baixa renda ao processo decisório, debatendo em condições mais igualitárias com atores governamentais e demais atores sociais coletivos, seus problemas e interesses.

Uma avaliação do Orçamento Participativo mostra que, enquanto prática, ele democratiza a relação entre a sociedade civil e o poder local. Ainda mais relevante, uma avaliação do OP mostra que a forma de deliberação pública é superior às outras formas institucionais existentes, em virtude da sua capacidade de criar mais eficiência administrativa e maior equidade. [...] A relevância do OP como política participativa parece ser a sua capacidade de se tornar um instrumento de participação da população de baixa renda e de transferência de recursos materiais públicos para essa faixa da população. (Avritzer, 2002: 39-40)

O destaque dado ao OP e a afirmação de sua superioridade em relação à outras práticas participativas, especialmente os conselhos gestores de políticas públicas, tem sido uma outra característica dos trabalhos de Leonardo Avritzer. Em pesquisa apresentada no XVIII Encontro Anual da ANPOCS, em 1994, uma das conclusões apresentadas era a de que o OP apresentava vantagens comparativas em relação à outras práticas democratizantes por ter criado um espaço viável para a participação política dos setores populares e constituído uma prática alternativa ao clientelismo. (1994: 26)

Nesta direção é ressaltada a importância do desenho institucional usado para ordenar e definir o modelo de incorporação e processo decisório em cada experiência, como elemento que poderá gerar mudanças tanto na capacidade de inclusão de um número maior de atores e interesses no debate quanto na tomada de decisões.

Embora existam diferenças no desenho institucional (assembléias por bairro, por região, plenárias temáticas, constituição de conselho do OP, eleição de delegados por bairros ou região, reuniões apenas com entidades organizadas, congressos do OP) apresentado pelo OP nos 103 municípios brasileiros que o praticam (Ribeiro; Grazia, 2003), a realização de assembléias de bairro ou de regiões com a participação direta da população para definição popular dos investimentos prioritários a serem realizados pela gestão local no ano seguinte, tem sido o aspecto comum apresentado pela maioria das experiências e o que tem levado à avaliações do caráter superior de seu processo de discussão e deliberação.

Apesar de constituir apenas a etapa inicial de todo o desenvolvimento do orçamento participativo, por seu caráter inclusivo (as convocações para estas assembléias são dirigidas a

todos os moradores) e direto é um aspecto muito valorizado na configuração do OP como uma experiência de democracia participativa e mesmo deliberativa.

Esta etapa inicial é tomada como a mais forte diferenciação institucional apresentada pelo OP, capaz de qualificar o processo de democratização e dar a ele um caráter participativo (com alguns dos problemas mencionados no capítulo anterior quanto à compreensão e sentidos dados à participação) ou deliberativo, em maior ou menor profundidade. Isto significa dizer que o aspecto inclusivo, direto e aberto das assembléias de bairros ou regionais é importante, mas não é suficiente para garantir o envolvimento da pluralidade de atores sociais que compõem o município, bem como o debate livre e a tomada de decisões com base apenas no processo de argumentação (principal característica da democracia deliberativa). Alguns trabalhos (Navarro, 2003; Wampler, 1999, 2003) tem provado que mesmo esta etapa inicial não é livre de constrangimentos, práticas clientelísticas ou hierarquização de posições (é comum a liderança comunitária usar sua posição para direcionar os rumos do debate e das decisões e mesmo os militantes de partido procurarem auferir vantagens ou usarem seus relacionamentos dentro do partido e junto à administração para ditar os rumos das decisões).

Tais constatações dificultam o enquadramento do OP como uma inovação institucional representativa de um modelo ou outro de democracia¹⁵, ou mesmo falar em hibridização de modelos como faz Avritzer (Informação verbal¹⁶), e o colocam como parte relevante da disputa política e teórica entre modelos político-culturais de democracia e projetos políticos, na medida em que é possível constatar que suas diferentes configurações¹⁷ são produtos desta disputa, destacando tanto a riqueza do debate quanto da experiência propriamente.

O OP se apresenta, então, nesta perspectiva, como arranjo institucional alternativo com potencialidade para promover a incorporação ao processo decisório de atores sociais coletivos e segmentos da população antes excluídos ou apenas marginalmente incorporados (são objeto de atenção dos aspirantes a cargos públicos apenas durante as campanhas eleitorais ou de políticas públicas específicas).

¹⁵ Há autores que caracterizam o Op como uma experiência de democracia participativa (Genro, 1997, Boschi, 1999 e Wampler, 2003) e outros de democracia deliberativa (Avritzer, 2003, Lüchmann, 2002).

¹⁶ Informação obtida em 25 de fevereiro de 2003, nos comentários feitos pelo professor Avritzer como membro da banca de defesa de tese da aluna Luciana Tatagiba do doutorado em ciências sociais/IFCH/UNICAMP.

¹⁷ As experiências em vigor diferenciam-se em termos das regras, do público participante, etapas, nível de deliberação e montante de recursos sobre os quais se delibera (Ribeiro; Grazia, 2003).

O que algumas pesquisas têm demonstrado, entretanto, é que mesmo a incorporação da população de baixa renda e dos segmentos desorganizados, acontece de modo seletivo (Navarro, 2003). Ainda são os possuidores de maior escolarização e alguma experiência organizativa os elementos que se mobilizam para participação nas assembleias de bairro, bem como os que se candidatam à representação para as etapas seguintes. Tal fato não desqualifica a participação proporcionada pelo OP, mas pode impor limites ao processo deliberativo, limites à direção igualitária da participação no debate e processamento das decisões e, ao mesmo tempo, fortalecer o caráter representativo das etapas posteriores em seu pior aspecto: o do aprofundamento da distância entre representantes e representados.

Sob este aspecto, é necessário relativizar a importância desta etapa inicial, pois apesar de uma mudança significativa na incorporação de variados atores sociais coletivos e de segmentos populacionais de baixa renda, o processo todo envolve um conjunto de etapas nas quais se constata que o OP se apresenta como

[...] uma instituição democrática com potencial de resolver disputas, colocar grupos divergentes juntos e permitir o debate público. O OP mistura democracia direta com democracia representativa. Os cidadãos participam diretamente dos processos de tomada de decisão, mas eles também delegam autoridade aos seus representantes eleitos. Nós temos de levar em conta estas influências duais no OP, na medida em que a incorporação dos dois elementos, democracia direta e representativa, é uma das características deste programa. (Wampler, 2003: 83)

Para alguns estudiosos o OP tem sido tomado como uma inovação institucional cuja experiência tem demonstrado capacidade para produzir mudanças em três direções: a da ampliação da democracia, racionalização administrativa e justiça redistributiva (Wampler, 2003: 83). O sucesso de uma experiência de OP poderá ser medido por sua capacidade de realizar mudanças significativas nestas três direções ou em ao menos duas delas.

A discussão acerca do caráter participativo ou deliberativo da experiência se faz exatamente na esteira da capacidade demonstrada por cada uma delas de ampliar ou não a democracia, jogando um importante papel na disputa política e teórica entre modelos político-culturais de democracia e projetos políticos.

Nesta direção, um outro aspecto relevante do debate brasileiro é a reflexão em torno da capacidade destas experiências (orçamento participativo, conselhos) apresentarem um efetivo impacto sobre nossa cultura política, tanto em seu aspecto institucional, quanto das práticas

políticas dos diferentes atores sociais. Este é um elemento de difícil mensuração e cujos trabalhos que se propõem a fazê-lo não têm apresentado resultados mais conclusivos. A referência usada aqui é o livro “A inovação democrática no Brasil” organizado por Leonardo Avritzer e Zander Navarro em 2003, no qual a discussão sobre o papel da participação na mudança da cultura política do país é um dos temas.

A maior dificuldade para visualizar mudanças na cultura política reside na definição de indicadores que possam sinalizá-las.

O que se fez até o momento, principalmente por Leonardo Avritzer, foi constatar a triangulação de algumas condições capazes de dimensionar o caráter da experiência em sua capacidade de efetivamente democratizar as relações entre Estado e sociedade civil e entre atores da própria sociedade, ampliando o número de atores envolvidos no debate político e os próprios temas sujeitos à discussão.

Esta triangulação refere-se à existência ou não de tradição associativa no município, à vontade política dos gestores municipais, principalmente sua disposição para a partilha efetiva de poder e para criação das condições necessárias a esta partilha, e o desenho institucional assumido pela experiência. Este último aspecto tem sido ressaltado por Avritzer como fator decisivo para mudanças nas práticas políticas dos atores envolvidos no processo, pois segundo este autor “apesar das práticas associativas distintas no nível da sociedade civil, é possível afirmar que é o formato institucional de colaboração entre Estado e sociedade civil que determina uma mudança significativa na natureza das práticas políticas.” (2002: 38)

A abertura de espaços institucionais que possibilitam a participação dos cidadãos nas decisões de seus governos é, sem dúvida, uma mudança significativa neste sentido. Contudo, a abertura destes espaços não é suficiente para garantir, tanto a efetiva inclusão institucional quanto política (no sentido de posicionar-se como sujeito político no processo) de atores sociais coletivos e de segmentos populacionais antes marginalizados.

A disputa política entre os dois grandes modelos político-culturais de democracia (democracia representativa e democracia participativa) tem condicionado a própria configuração destes novos arranjos institucionais por meio da definição de regras e condições de funcionamento que tanto podem facilitar quanto impedir o acesso desses atores à informações, condições para o comparecimento à reuniões e eventos, espaço para expressão de idéias, reivindicações e posições. Isto significa constatar que o desenho institucional apresentado pelo

OP, pelos conselhos e outros fóruns de participação é um elemento importante nesta disputa política, em que a própria definição das características deste desenho apresenta-se como uma de suas resultantes.

Em relação especialmente a mais duradoura experiência brasileira de OP, a do município de Porto Alegre, parece haver uma estabilização no número de participantes e de temas sujeitos ao debate popular. Mesmo a realização do congresso da cidade cujo objetivo é pensá-la globalmente em todas as suas dimensões (políticas públicas de um modo geral, aspectos políticos e culturais, relações com outros municípios) e envolver os setores médios da população, não ampliou o número dos que participam das discussões. (Navarro, 2003)

Sob este aspecto, a triangulação proposta por Avritzer, configura-se como elemento capaz de tornar compreensível o desenvolvimento da disputa política entre democracia representativa e democracia participativa em todo o processo de desenvolvimento do OP e mesmo de outras práticas participativas.

A constatação de como se processa a triangulação entre tradição associativa, vontade política dos governantes e desenho institucional nas diferentes práticas participativas poderá oferecer algumas indicações da direção e profundidade das mudanças em nossa cultura política, uma vez que a disputa política envolvendo os grandes modelos político-culturais de democracia atravessam todo o processo. Ou seja, é possível constatar, como demonstram Navarro e Wampler, a permanência, mesmo na etapa de maior envolvimento da população, de práticas clientelísticas, de particularismos e hierarquizações, ainda que o desenho institucional propicie a mais ampla participação e promova o debate em condições mais igualitárias. Entretanto, mudanças no sentido, não da eliminação, mas de maior controle sobre tais práticas, estão muito diretamente associadas à existência de forte tradição associativa local e à vontade política da população e de seus governantes para promover tais mudanças. (Avritzer, 2003)

A conjugação destes elementos na direção de um modelo ou outro de democracia não se faz de maneira linear, aprofundando progressivamente a participação e a deliberação, principalmente se considerarmos o forte componente representativo das demais etapas do OP e de outras experiências de participação popular, especialmente os conselhos gestores de políticas públicas.

É possível avaliar estas disputas e tensões entre modelos como um processo que se encaminha ora na direção de uma relação de complementaridade ora na direção do

sobrepunjamento de um modelo sobre o outro em que as variações, as diferenças apresentadas no desenho institucional, na relação entre vontade política de governantes e população e nas relações entre atores sociais coletivos e segmentos populacionais, articulam e expõem os diferentes projetos políticos, concepções de democracia e participação balizadores da disputa.

No próximo item, os conselhos gestores de políticas públicas, mais um dos cenários de participação e disputa política experimentados pelo Brasil desde o final dos anos 80 do século XX, serão apresentados e discutidos dentro da perspectiva do debate brasileiro em torno da democracia.

2.2 Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas

Os conselhos gestores de políticas públicas não são exatamente uma novidade no cenário político brasileiro. Nas décadas de 70 e 80 realizaram-se experiências de participação popular na gestão de políticas públicas através de conselhos e fóruns populares (Gohn, 2001: 53-54), principalmente na área da saúde, em diferentes municípios por todo o país. Um diferencial importante no atual contexto é o nível de institucionalização e de expansão por diferentes áreas temáticas e níveis de governo. A partir da inscrição na constituição de 1988 da participação da comunidade como uma diretriz a ser seguida nas ações e serviços públicos em diversas áreas, os conselhos modelaram os espaços para esta participação e se multiplicaram com intensa velocidade por todo o país.

Nos últimos anos estas experiências têm sido objeto de críticas, avaliações e estudos, tanto por militantes e entidades assessoras dos movimentos sociais quanto por estudantes de cursos de pós-graduação espalhados pelas universidades brasileiras. É importante ressaltar a recorrência aos estudos de caso (estudos realizados acerca da experiência conselhistas de uma determinada área temática em um único município ou estado) e a análise e busca de compreensão da eficácia destes mecanismos de participação para a efetiva democratização da gestão de políticas e para a ampliação do acesso aos bens e serviços públicos. O principal eixo das preocupações tem sido a busca por compreender a eficácia destes mecanismos para incorporação de atores sociais coletivos e sua capacidade de interferência, de interpelar, de colocar respostas coletivamente construídas aos problemas que se apresentam em cada área.

Os inúmeros trabalhos realizados nos últimos anos têm se caracterizado por excessivo zelo normativo na descrição e análise destas experiências de participação. A busca pelos resultados apresentados pelas experiências, por verificar sinais de sua eficácia tanto para o processamento democrático das decisões quanto para melhoria da qualidade e acesso aos bens e serviços públicos, tem elevado tanto as expectativas em torno de suas realizações que um considerável ganho destas experiências (a transparência no manejo dos recursos públicos), já reconhecido por participantes dos conselhos e estudiosos do tema, não raro é avaliado como um ganho menor em face de todas as tarefas e potencialidades apresentadas por estes espaços. (Silva, 2001: 242-245)

Um elemento sempre presente nestas análises e que parece comprometer a perspectiva com a qual estas experiências têm sido estudadas, é a de que os conselhos são considerados espaços de participação direta, principalmente em virtude da ausência de mediação dos partidos políticos no processo.

Desde o início dos anos 90, o Brasil tem sido considerado palco de experiências de práticas participativas que pretendem construir um regime democrático no qual os cidadãos se constituem em atores ativos e decisivos no processo decisório do governo. Diversos autores têm apontado, o surgimento de processos políticos que combinam as instituições e práticas do regime representativo com os da democracia direta, entre as quais se destacam o orçamento participativo e os conselhos municipais de gestão de políticas setoriais. (Santos Junior, Ribeiro e Azevedo, 2004: 07)

Ou seja, a perspectiva com a qual estas inúmeras experiências têm sido analisadas tem sido a de diferenciações profundas em relação aos mecanismos tradicionais de representação da democracia, principalmente, a representação partidária/ parlamentar.

Esta perspectiva impossibilita a percepção de que a participação proporcionada pelos conselhos se realiza nos moldes da democracia representativa. Mesmo que os representantes dos usuários da política e dos serviços sobre o qual o conselho se assenta, sejam escolhidos por seus pares e tenham com os mesmos uma vinculação orgânica, o seu vínculo é o de representação, de alguém eleito para vocalizar demandas e com poderes para decidir por seus representados. Portanto, soa irreal a expectativa de que os representantes dos usuários nestes espaços tenham maior capacidade de articulação e que continuamente estejam em contato com suas entidades e representados, articulando seus interesses. O modelo com o qual se lida é o da representação. O

que se coloca como problemático é exatamente o não reconhecimento, principalmente pelos atores governamentais, da legitimidade da representação dos usuários. E, neste sentido, a expectativa de vínculo orgânico, de comunicação e articulação contínuas entre representados e representantes dos usuários, levantada por lideranças dos movimentos sociais, assessores e estudiosos terminam por contribuir para o não reconhecimento desta legitimidade. Há uma disputa não claramente explicitada acerca do próprio modelo de participação a ser operado nestes espaços. Neste aspecto, o modelo com o qual estudiosos e analistas têm apreciado a experiência é o da participação direta. É como se estivessem montando um quebra-cabeça cujas peças não correspondem ao desenho de fundo.

Um número significativo de experiências, relatadas em trabalhos produzidos recentemente, ressalta os conflitos entre a legitimidade dos que foram escolhidos em pleitos eleitorais regulares (prefeitos, governadores, presidente e parlamentares), no âmbito da competição partidária e eleitoral, e a legitimidade dos representantes das diferentes entidades da sociedade civil que compõem o segmento dos usuários nos mais diferentes conselhos. Tais conflitos, expressos especialmente na recusa dos ocupantes do executivo a partilhar poder com os conselhos e na afirmação de que o programa de governo foi sancionado na escolha realizada no processo eleitoral e de que, portanto, devem prestar contas de seus atos aos eleitores e não a representantes de organizações da sociedade civil¹⁸ com assento nestes espaços (Bava, 1998), colocam em debate a (in)existência de um consenso social e político acerca do papel e das responsabilidades dos conselhos.

Neste sentido, no período pós-constituição de 1988, como alguns dos direitos conquistados pelos cidadãos brasileiros, os conselhos foram amparados por um amplo aparato de formalização legislativa, mas precariamente sustentados socialmente, como elemento amplamente reconhecido e respeitado da vida política pelo conjunto dos cidadãos e pelas instituições responsáveis por seu funcionamento.

A inexistência deste consenso pode ser tomada como um dos sinais da disputa em curso no interior da própria sociedade entre modelos político-culturais de democracia e projetos políticos, moldando tanto a participação proporcionada pelos conselhos quanto a avaliação sobre a eficácia de seus resultados.

¹⁸ A expressão neste texto engloba movimentos sociais, associações civis, organizações não governamentais/ONGs e entidades de classe.

A ação dos conselhos, sua operação e seus resultados se colocam, então, como parte do processo de construção do espaço democrático, fazem parte do quadro de elementos envolvidos na disputa existente na sociedade em torno destes modelos e projetos políticos de sociedade e Estado. E, neste sentido, o fato de estudiosos tomarem a participação direta como modelo para avaliar o espaço de articulação e decisão dos conselhos, se coloca, também, como elemento desta disputa.

Esta ressalva é relevante em face de trabalhos (Rizotti, 1999; Filgueiras, 2000; Silva, 2001) que tomam as experiências socialistas como referência, ainda que contextualizadas historicamente, para análise dos conselhos gestores de políticas públicas no Brasil contemporâneo.

Em todos os trabalhos aqui analisados sobre os conselhos em diferentes áreas (com destaque para a saúde e a assistência social) e em diferentes municípios e estados brasileiros, a perspectiva adotada é da reforma do Estado e da institucionalização da participação. O ponto de partida tem sido o do potencial reformador, das virtualidades contidas no modelo de gestão de políticas através de instâncias de articulação Estado-sociedade civil, capazes de assegurar a inclusão de uma pluralidade de atores sociais coletivos e de seus interesses no processo decisório.

Os problemas constatados dizem respeito, sobretudo, a um processo crescente de contenção da participação, de diluição dos conflitos, dos enfrentamentos diretos e da capacidade de intervenção dos representantes da sociedade civil.

Na medida em que se multiplicaram, passaram a ocupar um espaço formal no aparato de Estado e a exigir dos movimentos sociais e das entidades organizadas da sociedade civil a ocupação deste espaço, os conselhos parecem ser, simultaneamente, privados de sua capacidade de decisão e de interferência na produção de políticas. Esta privação tem se manifestado por meio da inexistência de recursos necessários ao seu funcionamento (espaço físico, equipamentos, recursos financeiros, etc.), pela definição autoritária da agenda de discussões (em geral nas mãos dos presidentes dos conselhos/ o secretário ou ministro do setor), pela pouca representatividade e capacidade decisória dos representantes governamentais, pela tecno-burocratização dos temas (com a conseqüente supervalorização do conhecimento tecno-científico) e pela não implantação de suas resoluções. O resultado tem sido o esvaziamento da instância, físico (é muito comum a ausência persistente de representantes da sociedade civil e a alta rotatividade dos representantes governamentais) e, principalmente, político, pois as decisões relevantes acerca dos rumos da

política dos vários setores se dão em outros espaços (as comissões de intergestores reunindo os gestores do município, do estado e do governo federal; negociações privadas com os segmentos diretamente interessados na questão; decretos negociados junto ao legislativo; medidas provisórias, etc.), anulando a sua existência no circuito decisório.

Este processo de esvaziamento evidencia uma concepção de participação democrática restrita e elitista, em que o privilegiamento dos modelos tradicionais de processamento das decisões reitera a exclusão política dos movimentos sociais e entidades representativas da sociedade civil. Há situações, descritas em vários trabalhos, em que acordos entre executivo e legislativo mudaram repentinamente a legislação que instituía o conselho para que o mesmo pudesse ter uma composição favorável ao bloco no poder, ou decretos negociados e aprovados pelo legislativo que feriam frontalmente resoluções tomadas pelos conselhos.

O uso de tais expedientes e também a percepção de que para que os conselhos possam efetivamente funcionar como espaços de representação plural, não hierárquica e de partilha de poder, é preciso que os ocupantes do executivo e do legislativo tenham esta partilha e a participação da sociedade como diretriz política (Wampler, 1996 e Costa, 1999), é uma prova de quanto os obstáculos e os entraves a sua operação dentro desta perspectiva (a da partilha efetiva de poder) são elementos ativos das disputas correntes em torno de modelos de democracia e projetos políticos. E, neste sentido, a introdução dos conselhos na cena política como uma das arenas de processamento democrático de decisões, tem ensejado a emergência destas diferentes concepções e de disputas políticas e, também teóricas, em torno das mesmas.

Compreender os entraves e os resultados apresentados pela operação dos conselhos como parte das disputas e conflitos no contexto do confronto entre democracia representativa e democracia participativa, pode contribuir para redimensionar sua importância e de algumas de suas conquistas no cenário político.

Os conselhos gestores de políticas públicas têm sido definidos como canais de articulação de demandas e interesses de diferentes atores sociais coletivos. São espaços de decisão nos quais atores governamentais e representantes da sociedade civil disputam recursos públicos, estabelecendo prioridades para sua distribuição, definindo seus beneficiários e o modelo a ser adotado para sua distribuição.

A privação da capacidade interventiva, o papel de contenção da participação e o conseqüente esvaziamento destes espaços se realizam em contextos de consolidação formal das

instituições democráticas, de hegemonia do pensamento neoliberal e de ampla redução da capacidade interventiva do Estado, de erosão das redes de proteção social construídas nos países capitalistas avançados e de inúmeras dificuldades para construção de redes semelhantes nos chamados países do terceiro mundo. O que significa dizer que projetos de maior democratização social e política da sociedade e do Estado brasileiro e que emergiram no interior do processo de adensamento dos movimentos sociais, movimento sindical e organizações da sociedade civil nos anos 70 e 80, conquistaram avanços inegáveis na formalização legislativa e institucional de direitos e das instituições responsáveis por sua implantação, mas estão amargando sérias dificuldades na disputa cotidiana que se realiza nestas mesmas instituições para que estes projetos conquistem solidez social e política.

A conquista do espaço de representação, expressão, tematização das questões sociais, formulação e disputa configurado pelos conselhos, conteve as mobilizações e o ímpeto para a participação de muitos movimentos sociais na medida em que passou a sobrecarregar seus membros e suas lideranças com a responsabilidade pela representação de seus movimentos e entidades nos inúmeros espaços criados no período pós-1988 e a exigir-lhes capacitação técnica para o acompanhamento da discussão dos temas postos em pauta. Esta sobrecarga e o esvaziamento dos próprios movimentos sociais tem também contribuído para a diluição de conflitos e para a redução de seu espaço de influência. Percebe-se uma certa conflituosidade entre posturas comuns nos anos 70 e 80, o confronto e o enfrentamento direto, e a necessidade, própria do espaço conselhistas, de negociação; impondo aos movimentos sociais um duplo desafio: o da organização e mobilização de suas bases societárias e o da presença e intervenção junto aos espaços institucionais conquistados.

O que parece estar em jogo nesta situação é uma não percepção das próprias entidades que compõem os movimentos sociais como entes representativos. Ou seja, a lógica com a qual uma parcela considerável de movimentos sociais e organizações da sociedade civil operam também se assenta na representação. Talvez, em sentido mais fragmentário e fluido, pois seus projetos, interesses e concepções não são amarrados em programas (como os efetuados por partidos políticos) e se inserem num processo mais dinâmico, por operarem conjuntamente, de definição e redefinição de projetos e interesses.

A dinâmica representativa dos conselhos se torna, então, um grande desafio a ser enfrentado por estes movimentos e organizações. Na medida em que compõe o aparato decisório

do Estado, articulam-se neste espaço os representantes escolhidos em pleitos eleitorais via partidos políticos (os governantes e seu bloco de ocupantes de cargos de confiança e funcionários) e os representantes da sociedade civil via os mais diferentes movimentos sociais e organizações. Por mais precária e sujeita à mudança que seja, a política para um determinado setor obedece às orientações políticas de partidos e grupos no poder. Para os movimentos sociais e organizações da sociedade civil, o espaço de disputa e definição em torno das políticas setoriais são as conferências (municipais, estaduais e nacionais), estabelecidas pelas leis orgânicas de diversos setores para a discussão e definição das diretrizes e programas a serem seguidos em cada área e, em alguns estados, as plenárias populares, organizadas pelo próprio movimento, em torno da temática. O problema é a metamorfose pelas quais passam estas diretrizes e programas, tanto os dos partidos e grupos no poder quanto os definidos em conferências e plenárias, ao se tornarem objeto de discussão nos conselhos sob a forma de planos, projetos, campanhas, política de pessoal, uso de recursos e administração de fundos. Diretrizes e programas transformam-se em problemas técnicos, repletos de detalhes incompreensíveis aos leigos. A tecnoburocratização do debate dilui diferenças políticas fortes em termos de projetos políticos para o setor, definição de prioridades e modelo para alocação dos recursos. Um dos efeitos produzidos é o sentimento de incompetência dos representantes da sociedade civil, reiterando uma hierarquização de saberes e competências, atribuindo aos “técnicos” grande importância no processamento das decisões, e a sensação de que não cumprem devidamente o seu papel por não conseguirem debater com seus pares o teor de planos e projetos (as decisões, em muitas circunstâncias, são tomadas em regime de urgência). Também se apresenta como problemática a co-responsabilidade pelos resultados alcançados, dificultando situações de confronto e enfrentamento direto entre Estado, movimentos sociais e organizações da sociedade civil.

Neste sentido, a compreensão dos conselhos como espaços de representação e de movimentos sociais e organizações da sociedade civil como entes representativos poderia mudar a relação tanto destes movimentos e organizações com os conselhos quanto entre seus próprios membros. Ou seja, tanto os conselhos quanto movimentos sociais e organizações da sociedade civil são espaços de disputa política, de debate de projetos, negociação de interesses e estabelecimento de consensos, ainda que sempre sujeitos a redefinição e negociação.

O duplo desafio de manterem organizadas e mobilizadas as bases societárias e estar presente e intervir nestes espaços, é o desafio de dar consistência e sustentação para projetos e

interesses em circunstâncias nas quais a correlação de forças e os recursos de poder apenas aparentemente são igualitários e se colocam, no espaço dos conselhos, como parte das estratégias desenvolvidas e dos recursos mobilizados, principalmente pelos atores governamentais, para manutenção de seus projetos, interesses e propostas.

Entre estas estratégias e recursos estão a dificuldade no acesso à informações, a pouca ou nenhuma representatividade e conseqüente capacidade de decisão dos representantes governamentais (ocupantes de cargos de confiança e funcionários), o esvaziamento das reuniões, o uso de seu espaço para divulgar projetos e realizações do governo e a definição de pautas de discussão pouco relevantes do ponto de vista dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil.

Em contrapartida, movimentos sociais e organizações da sociedade civil têm usado a constituição de plenárias populares, audiências públicas para que gestores e prestadores de serviços prestem contas de suas ações (principalmente após denúncias de irregularidades), a publicidade das reuniões e a capacitação de seus conselheiros e membros para o enfrentamento dos embates realizados no espaço dos conselhos.

Os conselhos têm se constituído, então, no quadro da disputa, em palco tanto para denúncias, vocalização de demandas e tensões entre diferentes atores sociais coletivos quanto de reiteração de hierarquias, submissão política, contenção da participação e de seu potencial democratizante, em forte tendência de esvaziamento deste espaço político. Evidencia-se no processo de operação dos conselhos uma forte tensão entre os modelos de democracia representativa e democracia participativa, nem sempre resolvido pelo estabelecimento de uma relação de complementaridade, mas pelo fortalecimento de seu caráter representativo em sentido mais tradicional, caracterizado pela radicalização da relativa autonomia dos representantes em relação aos representados em uma situação de quase total descolamento.

Pode-se, neste sentido, avaliar uma certa tendência ao esvaziamento destes espaços como parte da resistência política de forças conservadoras e representativas de práticas autoritárias, clientelistas, patrimonialistas, à constituição de arenas decisórias cujo processo de representação não se faz pela mediação de partidos políticos e políticos profissionais e que podem, portanto, apresentar maiores dificuldades para serem manipuladas e controladas.

O esvaziamento, e a conseqüente anulação da presença dos conselhos no circuito decisório, tem sido a mais forte estratégia usada por representantes de blocos de poder e forças de

caráter anti-democrático para resistir à partilha efetiva de poder e à promoção de alterações mais profundas na direção dada ao uso dos recursos públicos no sentido de efetivar políticas que garantam o acesso da maioria da população a bens e serviços capazes de assegurar a efetividade de seus direitos. Nesta perspectiva, os conselhos têm sido tomados menos como canais de articulação entre Estado e sociedade e de negociação de projetos e interesses e mais como espaços de contenção de conflitos e de administração da capacidade de articulação e mobilização dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil, de seus membros e lideranças.

E dentro desta perspectiva, de resistência à partilha de poder, elitismo e autoritarismo, encontramos partidos, movimentos sociais e organizações da sociedade civil que se auto-proclamam progressistas e democráticos, corroborando a percepção de disputa ampla e profunda em torno de modelos de democracia e projetos políticos de Estado e sociedade também no interior do espectro político associado à propostas de ampliação e aprofundamento da democracia.

A operação do formato conselhistas de processamento de decisões tem evidenciado o quanto a própria instauração deste novo formato de participação simboliza em termos da disputa política existente entre os diferentes modelos de democracia e projetos políticos no interior da sociedade. Em inúmeras situações alterações no regimento interno do conselho (redefinindo processo de votação e responsabilidade pela definição da pauta de discussões), no número de representantes da sociedade civil (com frequência nas entidades consideradas aptas a representá-la) ou dos representantes governamentais e no processo de escolha destes representantes, podem modificar profundamente a correlação de forças existentes neste espaço, os meios para a vocalização de demandas, expressão de problemas, projetos e interesses, fortalecendo um pólo ou outro da disputa.

Sob este aspecto, as disputas em torno de sua composição, processo de funcionamento (definido pelo regimento interno) e de suas atribuições (definidas em lei, objeto de discussão e aprovação pelo legislativo) são também uma faceta do processo de conflitos e disputas políticas em torno destes diferentes modelos e projetos.

A introdução dos conselhos no cenário político criou uma situação de reconhecimento dos atores sociais coletivos representados por movimentos sociais e organizações da sociedade civil, compondo, ao lado de partidos políticos e das demais instituições democráticas, os elementos com os quais o debate e as decisões passaram a ser processadas na sociedade brasileira.

Neste sentido, o fato do funcionamento da máquina estatal tornar-se mais transparente para estes atores é algo que não deve ser desprezado. Esta maior transparência representou um significativo ganho em termos do controle social e dos recursos que estes atores podem mobilizar para fortalecer suas posições. Não raro o processo de capacitação de conselheiros tem sido feito com recursos estatais (financeiros e físicos). Embora estudiosos e assessores alertem para a possibilidade de comprometimento da autonomia destes atores, a posse de tais recursos e seu uso na direção do aperfeiçoamento da capacidade de intervenção de representantes de movimentos sociais e organizações da sociedade civil, melhorando seu nível de informação e capacidade de articular seus interesses e membros, apresenta-se como mais uma faceta da disputa em curso.

Entretanto, se este reconhecimento e esta maior transparência podem ser tomados como ganhos de forças expressivas da sociedade brasileira defensoras do fortalecimento, expansão e aprofundamento da democracia, a timidez de suas conquistas na direção de efetivamente democratizar o acesso a bens e serviços e incluir atores sociais coletivos no processo decisório, sinalizam para a enorme resistência do modelo tradicional para a tomada de decisões e gestão de políticas pautado pela centralização, por negociações particularistas, privatização dos recursos públicos e autoritarismo.

Sendo os conselhos uma inovação nas instituições democráticas cuja perspectiva é de mudança profunda neste modelo, as resistências apresentadas a esta perspectiva e a dependência apresentada por estes órgãos da direção política (favorável ou não a partilha de poder com a sociedade) dos governantes eleitos pelos institutos democráticos tradicionais (competição partidária e eleitoral) para que as possibilidades de expansão da democracia se efetivem, acentuam a percepção de que uma mudança cultural mais profunda é necessária para alterar substantivamente padrões arraigados de nossa cultura política (autoritarismo, elitismo, privatismo e clientelismo). Ao mesmo tempo, resistências e dependência, revelam o quanto duas diretrizes fundamentais introduzidas pela constituição brasileira de 1988 (a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade) para a formulação e administração de políticas públicas, e que possibilitaram a criação dos conselhos, têm sido importantes para que este padrão seja melhor evidenciado e debatido.

A introdução destas diretrizes na constituição brasileira de 1988 é exemplar da vitória conquistada naquela conjuntura das forças de resistência à ditadura e de caráter democratizante sobre os conservadores, organizados posteriormente dentro do congresso constituinte no bloco

denominado “centrão”. O que se viu em seguida, na década de 90, no processo de aprovação das leis orgânicas de cada área das políticas públicas, no processo de descentralização e de implantação de mecanismos de participação, foi o recrudescimento deste embate em contextos de expansão e hegemonia do pensamento neoliberal e de fragilização política de trabalhadores e movimentos sociais.

Simultaneamente, a ascensão ao poder de partidos (notadamente o Partido dos Trabalhadores) em municípios e estados brasileiros, com programas que privilegiam a participação da sociedade e estimulam a criação de instrumentos (como o orçamento participativo) que possam proporcionar esta participação, agregou à disputa fatos novos: experiências comprovadoras de que governar partilhando poder com a sociedade é possível.

O próprio surgimento do Partido dos Trabalhadores é uma das evidências do vigor com que se adensaram no interior da sociedade brasileira a resistência à dominação, propostas para seu enfrentamento e de criação de mecanismos que pudessem dar visibilidade a projetos outros de sociedade e Estado e modelos de democracia.

Os conselhos podem, então, ser avaliados como uma das arenas nas quais a disputa em torno destes modelos, projetos políticos, e por parcelas de poder tem se processado. Não devem ser tomados como uma instância privilegiada ou de importância crucial, mas compõem o conjunto de instituições, arenas, experiências e práticas com as quais a experiência democrática brasileira tem se realizado (Dagnino, 2002a: 300). Ao lado das experiências do orçamento participativo, das conferências, plenárias temáticas, audiências públicas, plebiscitos e fóruns, soma-se a conquista deste espaço de tematização das questões sociais, articulação, negociação e decisão.

Uma inflexão substantiva no modo como tradicionalmente as decisões são tomadas na sociedade brasileira poderá ser produzida como resultado das tensões e disputas existentes entre diferentes modelos político-culturais de democracia e de projetos políticos neste conjunto diferenciado de instituições, experiências e práticas, como produto das relações e correlações entre projetos e sua capacidade de agregar movimentos sociais, sindicatos, organizações da sociedade civil e partidos políticos.

Entretanto, o potencial para a transformação existente nestas arenas tem limites que se circunscrevem ao modo como operam e à correlação de forças existentes nestes espaços, que tomados isoladamente não tornam possível vislumbrar tendências a mudanças na direção da

expansão e aprofundamento da democracia brasileira ou na constituição de novas modalidades de resistência à dominação e construção de alternativas de poder.

Os conselhos são um dos cenários de participação da sociedade civil nos espaços políticos de decisão construídos na nossa história recente. E como tais são também objeto da disputa entre modelos de democracia, projetos políticos e resolução de conflitos. Não podem, portanto, ser tomados como panacéia para enfrentar a exclusão social e política de trabalhadores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, ou instâncias privilegiadas da disputa hegemônica. Seu escopo de ação limita-se a formulação de políticas públicas, uma dentre as inúmeras arenas e questões sobre as quais as disputas por hegemonia se realizam. A participação da sociedade no controle e direção de políticas públicas (papel atribuído aos conselhos gestores de políticas públicas), embora contribua para ampliar arenas políticas e concorra para evitar que estas disputas se restrinjam ao jogo partidário e eleitoral, é apenas uma das dimensões nas quais as mesmas se expressam.

Sob este aspecto, o desprezo com que forças políticas resistentes à democratização e a alterações nas estruturas de poder lidam com os conselhos e os recursos mobilizados para evitar que os mesmos possam efetivamente ocupar um espaço relevante no circuito decisório, compõem um conjunto de estratégias e esforços empreendidos para evitar que se constituam como espaços reconhecidos e respeitados de negociação de projetos políticos, interesses, posições e direitos. Este conjunto de estratégias e esforços evidencia, contudo, o quanto a simples existência do espaço dos conselhos foi capaz de provocar perturbações no modo como tradicionalmente as decisões no âmbito do Estado foram tomadas e no modelo de relacionamento Estado e sociedade civil.

Os conselhos introduziram elementos novos no quadro da disputa política ao demonstrarem no seu processo de operação que um outro desenho institucional para a formulação de políticas públicas é insuficiente para uma efetiva partilha de poder, para garantir o acesso e a inclusão de uma pluralidade de atores sociais coletivos, de seus projetos e interesses, ao espaço estatal.

Mudanças no desenho institucional do Estado, com a criação de mecanismos de participação política mais plurais e igualitários (em seu aspecto formal), são apenas um dos elementos a configurar o quadro da disputa política no país. A existência destes mecanismos tanto altera o modelo de operação do Estado quanto o processo de expressão e organização de

trabalhadores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Mas, sua constituição não é suficiente para assegurar que tais alterações possam se dar na direção de uma efetiva alteração nas estruturas de poder, da partilha e da construção de resistências à dominação e alternativas de poder.

Ou seja, o fato de que blocos e forças políticas tenham conquistado estes espaços possibilitou agregar elementos novos às disputas políticas em torno da expansão e aprofundamento da democracia brasileira, mas também colocou em evidência o enraizamento de nossas tradições políticas e as fortes resistências a qualquer mudança nos modelos com os quais o Estado e as relações Estado e sociedade foram construídas no Brasil.

Entretanto, as resistências e dificuldades que a concretização das experiências conselhistas têm enfrentado, não impuseram barreiras intransponíveis aos projetos de expansão e aprofundamento da democracia social e política no país. E uma das provas é a grande responsabilidade das ONGs AIDS e das organizações dos portadores do vírus HIV na modelagem da política de DST/AIDS do ministério da saúde (Raizer, 1997) e a ascensão de partidos (com destaque para o Partido dos Trabalhadores) cujas diretrizes políticas e programas privilegiam a participação da sociedade e a partilha efetiva de poder, em parcela importante das assembleias de deputados e governos dos estados da federação, no congresso nacional e na presidência da república, a partir das eleições gerais realizadas em 2002.

Em que medida estes fatos podem sinalizar para a conquista sólida de um espaço de influência para projetos de expansão e aprofundamento de um outro modelo de democracia, ainda não é possível avaliar.

CAPÍTULO 3 - UM CENÁRIO PARTICULAR: O MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE (MOPS) DE CAMPINAS E A CONSTRUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)

Os conselhos gestores de políticas públicas são, hoje, uma experiência de caráter formal, com existência regulamentada em lei, e que se generalizou por todas as áreas das políticas públicas. Para a saúde, entretanto, o debate em torno da construção de um outro sistema de atenção à saúde da população, inclusivo, universal e participativo, tem uma história que se remete aos anos 50 do século passado. Esta história não será recontada neste capítulo em função de que, além da existência de uma vasta literatura sobre o tema, este não é um dos objetivos deste trabalho. Aqui se fará a remontagem da história de um importante Movimento Popular de Saúde, o MOPS do município de Campinas, em São Paulo, no contexto do Movimento Sanitário, e que contou, desde o seu início, com uma forte aliança entre população, por meio de sua organização nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da igreja católica, e profissionais da área (médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde).

A aliança entre movimento popular e profissionais de saúde, foi a mais marcante característica da ampla mobilização nacional, amadurecida nos anos 70 e 80, em torno de um projeto de reforma do sistema público de saúde brasileiro. Em Campinas, esta aliança contou ainda com a colaboração de participantes do debate intelectual e formuladores do projeto de reforma do sistema de saúde, que se encontravam nos departamentos de medicina preventiva e social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e de medicina social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC - Campinas).

Ainda que se situe este movimento no contexto de organização e mobilização nacional em torno da reforma do sistema de saúde do país e das lutas pelo fim da ditadura e restabelecimento da democracia, a busca por ressaltar suas particularidades se faz em função da sua consistência e importância tanto para as mudanças do sistema público de saúde deste município, um dos maiores do país, quanto por sua permanência ao longo do tempo e capacidade de aglutinação de outros movimentos, notadamente, os movimentos por melhorias urbanas e o movimento sindical.

O MOPS - Campinas foi, ao longo de oito anos, juntamente com o movimento sindical, um dos principais representantes dos usuários no interior do Conselho Municipal de Saúde da

cidade, constituindo-se, também, em referência para a organização dos usuários em vários dos municípios vizinhos.

Para o propósito deste trabalho, avaliar quais os impactos da participação em conselhos gestores de políticas públicas sobre as atividades políticas e organizativas de movimentos sociais, o MOPS-Campinas apresenta duas características importantes. Primeiro foi um movimento com significativa inserção no movimento nacional em torno da reforma do sistema brasileiro de saúde, assentado em forte participação popular, no enfrentamento direto com o Estado e em um arco amplo de alianças. A segunda característica a ser ressaltada é a permanência ao longo do tempo, sua longevidade. Trata-se de um movimento com quase trinta anos¹⁹, capaz, então, de possibilitar o vislumbre de quais foram as mais importantes mudanças apresentadas por este movimento ao longo do tempo e o quanto destas mudanças tem alguma relação com as transformações ocorridas no sistema público de saúde, principalmente a partir da introdução de um canal participativo, os conselhos, para processamento das decisões.

Neste sentido, o principal objetivo deste capítulo é recuperar, na história do Movimento Popular de Saúde de Campinas, a importância do movimento social na implantação da reforma do sistema brasileiro de saúde e na construção do processo de representação dos usuários no interior dos canais participativos instaurados.

3.1 MOPS - campinas: um pouco de história

O ano de 1977 é tomado como uma boa referência para a remontagem da história do Movimento Popular de Saúde de Campinas, em decorrência do surgimento dos primeiros movimentos reivindicatórios por melhorias urbanas (transporte, abastecimento de água, luz, escolas, esgoto, etc.) nas chamadas “vilas planejadas”, habitações construídas pela COHAB em Campinas para abrigar o enorme contingente de trabalhadores desempregados e migrantes que, desde o final dos anos 50 e anos 60 do século XX chegavam à cidade, atraídos e estimulados pelo seu rápido crescimento industrial, e que se encontravam em situação de favelização.²⁰

¹⁹ Em maio de 1988, por ocasião do II seminário “Saúde e Participação Popular”, promovido pelo MOPS, é lançado um documento destinado a rever a história do Movimento Popular de Saúde em Campinas de 1977 a 1987, intitulado “História do Movimento Popular de Saúde”.

²⁰ Ocupavam, para fins habitacionais, terrenos públicos e privados vazios. O movimento de favelados em Campinas tem uma história particular que não será contada aqui, embora a história do Movimento Popular de Saúde tenha fortes vínculos com este movimento.

Impulsionando estas mobilizações estavam os setores progressistas da igreja católica representados nas CEBs da igreja católica e lideranças vinculadas aos partidos políticos e correntes de esquerda na clandestinidade.

Cenário semelhante se apresentava nas demais cidades brasileiras, cujo processo acelerado de industrialização e urbanização apresentava-se como a resultante de uma nova configuração do perfil econômico e social de nossa sociedade.

A partir dos anos 50 do século passado aprofunda-se o projeto de crescimento industrial via substituição de importações, alterando profundamente o perfil de nossa economia transformando-a de agrário-exportadora em urbano-industrial. Dentro do estado de São Paulo a cidade de Campinas pode ser considerada emblemática deste acelerado processo de transformação. Sua economia deixa de concentrar-se na produção e exportação de café e passa a receber enormes investimentos de diversos ramos industriais (eletro-eletrônicos, químico e outros).

Este processo significou alteração na composição da força de trabalho, no perfil dos postos de trabalho, nas clivagens e problemas apresentados pela sociedade brasileira. A população das cidades cresce sem que o Estado invista na infra-estrutura necessária ao atendimento de suas demandas. Ao mesmo tempo, as duas grandes políticas públicas brasileiras, saúde e previdência, continuaram restritas aos trabalhadores empregados formalmente.

Em Campinas estas alterações são visíveis no acelerado crescimento populacional da cidade, na expansão industrial e na execução de políticas destinadas a estimular este crescimento e o abandono da atividade agrícola, com a disponibilização de infra-estrutura (água, estradas e rodovias, terrenos a baixo custo, etc.) para os setores industriais e o aceno com a possibilidade de expansão na oferta de empregos à massa de trabalhadores. (Lopes, 1997: 50-60)

No final dos anos 70 do século XX a população das “vilas planejadas”, cujas principais características eram exatamente a inexistência da infra-estrutura necessária ao abrigo de seus moradores (água, luz, escolas, postos de saúde, rede de esgoto, coleta de lixo, transporte urbano coletivo, etc.), começou a organizar-se no sentido de lutar pelo atendimento de suas necessidades. Inicialmente de maneira tímida, com a realização de abaixo-assinados e a criação de comissões para apresentar a secretários e prefeito suas demandas e reivindicações. Posteriormente de forma mais incisiva e direta com a realização de assembléias populares, a

convocação de prefeito e secretários a visitarem os bairros e participarem das assembléias, realização de atos públicos no bairro e no Paço Municipal, em frente à sede da prefeitura.

As CEBs foram, neste momento, os espaços privilegiados para o debate da realidade e para a convocação à luta política, uma vez que as SABs²¹ (Sociedades de Amigos de Bairro), as mais antigas organizações de moradores existentes no estado de São Paulo, tinham um perfil político muito diferente do perfil que começava a ser gestado nas CEBs, caracterizado pela conciliação, pelo não enfrentamento dos poderes públicos e pelas negociações particularistas.

Em fins dos anos 70, com o crescimento das CEBs, as Sociedades de Amigos de Bairros se tornaram espaço de disputa política entre lideranças vinculadas ao seu antigo perfil e as novas lideranças vinculadas às CEBs, que se opunham ao regime militar, trabalhavam as demandas e carências da população na perspectiva dos direitos e propunham a autonomia e independência das organizações populares em relação aos poderes públicos. Tais lideranças passaram a constituir uma oposição organizada às SABs e a disputar a ocupação de seu espaço.

O adensamento das lutas com a constituição de grupos nas CEBs, dentro dos bairros, para a discussão e luta por saúde, educação, habitação e transporte e a ausência de respostas satisfatórias por parte dos poderes públicos para estas reivindicações, propiciaram o surgimento, em 1979, de uma organização de caráter amplo reunindo as populações e reivindicações de vários bairros do município de Campinas, denominada “Assembléia do Povo”. Tratava-se de uma articulação realizada entre lideranças dos movimentos populares de vários bairros da cidade para discussão, em caráter global, de seus problemas e reivindicações. Esta articulação foi o resultado da realização mensal, a partir de março de 1979, de assembléias públicas no Paço Municipal da cidade, em frente à sede da prefeitura, onde, inicialmente, um abaixo assinado com todas as reivindicações populares foi entregue ao prefeito. (História do Movimento Popular de Saúde, 1988)

A “Assembléia do Povo” constitui um momento tanto de especial adensamento das organizações e lutas da população quanto de explicitação das diferenciações existentes no interior do movimento. Se por um lado sua constituição proporcionou força e visibilidade para as

²¹ As SABs foram entidades criadas nos 50 e 60, em São Paulo, como canais de vínculo e diálogo entre população e políticos, cuja principal característica era a barganha clientelista entre lideranças populares, partidos e políticos, em que se negociavam melhorias urbanas e outros benefícios para os bairros, por votos. Embora, tenham, no início dos anos 60 assumido um perfil mais independente e de enfrentamento, nos anos da ditadura, com o esvaziamento das atividades políticas de caráter populista, passaram a desenvolver um associativismo de tipo recreativo, assistencial e religioso. (Lopes, 1997: 74)

organizações e reivindicações populares, por outro evidenciou, ao longo da década de 80, as divergências existentes no interior do movimento entre lideranças vinculadas à igreja católica e outras mais próximas de partidos e políticos de esquerda.

Esta aglutinação do conjunto de reivindicações das organizações populares e a realização de grandes manifestações como forma de pressão dos poderes públicos, fortaleceram o movimento popular e a unificação das lutas, ao mesmo tempo em que impulsionaram a expansão de comissões e organizações em torno de lutas específicas, como saúde e habitação, por toda a cidade. Este processo se deu, em grande medida, em razão da existência de grupos temáticos no interior da Assembléia do Povo (grupo da saúde, da habitação, da regularização fundiária, da educação) e do ganho deste novo espaço de articulação e de ação para suas lideranças.

A constituição do Movimento Popular de Saúde de Campinas resultou do processo de aglutinação das comissões populares de saúde existentes nos bairros, processo esse estimulado pelas CEBs, pela aglutinação proporcionada no ambiente da Assembléia do Povo e pelo processo de reunião, pela igreja católica, das chamadas experiências de medicina comunitária espalhadas pelo Brasil, nos ENEMECs (Encontros Nacionais de Medicina Comunitária).

Multiplicadas por todo o país, estas experiências contaram com forte apoio da igreja católica e se concretizaram em duas direções. Uma vertente, de caráter mais conservador, vinculada às recomendações da Conferência Internacional de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em 1979 na cidade de Alma-Ata no atual Cazaquistão (Cohn; Elias, 1996: 58) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), desenvolveu-se por meio de uma medicina simplificada, de medidas assistencialistas, com a realização de consultas médicas por profissionais voluntários e distribuição de medicamentos. Uma outra vertente, de caráter progressista e democrático, procurava, além de valorizar o conhecimento popular de ervas e plantas, discutir a relação saúde-doença dentro do contexto das condições de vida da população e de uma compreensão ampla de saúde, não mais entendida como ausência de doença, mas como uma situação de bem-estar físico, emocional e social, pela qual toda a sociedade é responsável, e cuja realização é dependente das reais condições sociais e econômicas em que vive a população. Todo o debate se realizava a partir do contexto das lutas por medidas concretas de ampliação e construção de postos e centros de saúde, fornecimento de medicamentos, ampliação do número de profissionais nos postos existentes e do atendimento de especialidades.

Em Campinas, são emblemáticas destes contextos as lutas das populações da região Cura D'Ars, da paróquia Cura D'Ars, reunindo as Comissões Populares de Saúde de vários bairros e reivindicando a construção de um novo centro de saúde na região. Lutas semelhantes aconteceram de modo quase simultâneo na Vila Costa e Silva, Vila Boa Vista, Jardim Campineiro, São Marcos, Santa Mônica. Bairros com CEBs fortemente organizadas e Comissões Populares de Saúde assessoradas por profissionais de saúde e militantes de organizações e partidos clandestinos de esquerda.

Nos anos 80, a vertente conservadora das chamadas experiências de medicina comunitária reduz sua influência sobre as Comissões Populares de Saúde organizadas nos bairros e o ENEMEC se transforma em Movimento Popular de Saúde, denominação que passa a designar as organizações e experiências populares em torno da luta pela saúde, em sentido amplo. Neste momento, também se intensificam as alianças entre trabalhadores da saúde e população e se adensa um processo, iniciado nos anos 50, de discussão e formulação de um projeto de ampla e profunda reforma do sistema público de saúde do país numa mobilização de caráter nacional conhecida como “Movimento Sanitário”.

Do final dos anos 70 ao início dos anos 80 as organizações populares e mobilizações em torno da temática da saúde procuravam articular os contextos local e nacional, conjugando a luta por problemas e questões específicas do bairro e do município à luta contra a ditadura e pelo restabelecimento da democracia.

Em meados dos anos 80, apesar da derrota da ampla mobilização nacional pelo restabelecimento das eleições diretas para presidente da república e pelo fim da ditadura militar, o país inicia seu processo de redemocratização com a eleição, no congresso nacional, de seu primeiro presidente civil, depois de 20 anos de ditadura. Este é o grande marco do processo de redemocratização e que dá início à discussão das reformas e mudanças necessárias ao pleno restabelecimento das instituições democráticas e ao aprofundamento da democracia.

Neste processo, muitos municípios brasileiros, mesmo antes do fim da ditadura, haviam passado por tentativas de gestão mais democráticas promovidas pelo então partido de oposição (MDB e após a reforma partidária de 1982, PMDB), com a implantação de experiências embrionárias de participação e orçamento participativo (nos municípios de Lages em Santa Catarina e Vila Velha no Espírito Santo, respectivamente) e de um modelo médico-assistencial voltado para a atenção primária, privilegiando as ações preventivas e algum nível de participação

popular (conselhos chegaram a ser implantados em algumas unidades de saúde em municípios dos estados de São Paulo e Paraná).

Em Campinas, nas gestões do MDB/PMDB, o enfrentamento político entre os dois modelos e projetos de atenção à saúde em disputa no país²² e contra o autoritarismo das relações entre prefeitura e Movimento Popular de Saúde, se dava em duas frentes: dentro da própria prefeitura, entre secretário, funcionários da rede municipal de saúde²³ e prefeito e entre MOPS e administração.

A forte aliança existente entre MOPS e profissionais da rede, concretizada, principalmente, através das assessorias prestadas por estes profissionais ao movimento (realização de debates, seminários, denúncia de situações desconhecidas pela população, informação e elaboração de boletins informativos), contribuíram para o seu fortalecimento e para a qualificação dos enfrentamentos com a administração municipal, uma vez que o movimento contava com o suporte de dados e informações fornecidas por estes profissionais, com o apoio para a divulgação e realização de eventos e mesmo no processo de reflexão e crítica às posturas políticas e propostas apresentadas pela prefeitura para a política municipal de saúde.

Entre os anos de 1979 e 1981 o embate entre secretário de saúde, funcionários da rede e executivo municipal foi extremamente significativo para o aprofundamento da relação entre Movimento Popular de Saúde e seus profissionais. A secretaria de saúde instituiu um processo participativo para o relacionamento com seus funcionários, em que os mesmos passaram a tomar parte das decisões referentes ao processo de trabalho na secretaria e nas unidades de saúde, por meio de comissões de representantes.

As comissões de representantes dos funcionários da rede foram um importante instrumento de viabilização de um outro modelo de saúde, em que a participação popular se colocava como suporte fundamental.

²² O primeiro de caráter liberal e privatista, vinculado às contribuições previdenciárias, privilegiando o tratamento hospitalar e o segundo de caráter público, de valorização das ações preventivas, unificado, descentralizado e participativo.

²³ Como resultado das articulações políticas realizadas para a disputa eleitoral, a distribuição dos cargos de secretários municipais propiciava, por vezes, que a ocupação de determinadas secretarias fosse realizada por políticos com posições divergentes e até contrárias à do chefe do executivo. Tal foi o caso da gestão do prefeito Chico Amaral no final dos anos 70, em que sérios conflitos entre prefeito e secretário de saúde quanto à condução da política municipal de saúde, mas principalmente quanto à relação com funcionários e população redundaram na demissão do secretário em maio de 1981. (Smeke, 1989: 116)

Esta era uma estrutura fundamental no sentido de viabilizar concretamente as propostas expressas e absorvidas a nível do Movimento Popular. Constituíam-se no suporte à legitimação das pressões populares junto ao aparelho de estado no qual se sustentavam as práticas que buscavam explorar as brechas abertas pelas contradições institucionais. (Smeke, 1989: 193)

Esta experiência provocou o acirramento da disputa política travada no interior da prefeitura, pois se tratava de uma prática democrática de relacionamento entre secretário, funcionários e população em nada similar às práticas de outros órgãos da prefeitura e do chefe do executivo municipal. A existência desta contradição no interior da própria prefeitura culminou com a demissão, em 1980, dos funcionários cujas ações revelavam maior comprometimento com o movimento popular. Embora esta situação tenha provocado um processo longo de disputa entre funcionários, prefeitura e Movimento Popular de Saúde e no interior do próprio MOPS e da Assembléia do Povo, envolvendo processos judiciais e manifestações da população em defesa dos funcionários demitidos, a disputa se resolveu com o encerramento da experiência e a demissão do secretário de saúde, com o uso de instrumentos de força por parte do executivo para resolução do conflito e das contradições expressas no interior da administração.²⁴

A solução encontrada não foi suficiente, entretanto, para evitar o aprofundamento da aliança entre profissionais e Movimento Popular de Saúde, o adensamento e a defesa no interior deste movimento de um outro modelo de atenção à saúde, voltado para as reais necessidades da população, inclusivo e participativo. E como sinalizadores da profundidade da relação entre profissionais e movimento popular é possível citar a luta empreendida contra a epidemia de esquistossomose vivida pela população pobre de Campinas de 1979 à 1981, em que as denúncias, pesquisas e dados fornecidos pelos profissionais foram fundamentais para impulsionar e sustentar o movimento, a criação do “Sapo” (boletim informativo do MOPS chamado “Saúde Popular”) em 1986 na região Cura D’Ars e a realização anual, a partir de novembro de 1987, dos seminários “Saúde e Participação Popular”, juntamente com a criação de um boletim informativo de mesmo nome.

Os seminários “Saúde e Participação Popular” foram espaços privilegiados para a aglutinação das Comissões Populares de Saúde existentes em toda a cidade, mas, principalmente,

²⁴ O trabalho da professora doutora Elizabeth de Leone Monteiro Smeke “Saúde e Democracia, experiência de gestão popular: um estudo de caso”, de 1989, trata com detalhes esta experiência e alguns dos seus desdobramentos. Para os propósitos deste trabalho, o importante é ressaltar o seu papel no estreitamento das relações entre profissionais de saúde e mops e no fortalecimento do próprio mops na cidade.

para a reflexão da conjuntura e situação da saúde no município e no país, com o levantamento dos principais problemas, bandeiras de luta e formulação de propostas. Em seus relatórios é possível notar a presença de análises de conjuntura, discussão dos encaminhamentos a serem dados às lutas, propostas de mudanças na legislação e bandeiras a serem trabalhadas pelo MOPS.

Além dos seminários, um outro espaço criado para aglutinação do movimento e definição de suas posições e bandeiras, foram as plenárias do Movimento Popular de Saúde. As plenárias foram usadas e, ainda têm sido usadas, com mais frequência para a eleição dos representantes do MOPS no Conselho Municipal de Saúde.

Uma aliança fundamental à continuidade do movimento nos anos 80 foi a realizada com o movimento sindical através das oposições sindicais que se tornaram, posteriormente, direções de importantes sindicatos da cidade (sindicatos dos metalúrgicos, da construção civil, dos condutores, dos vidreiros, petroleiros, bancários, eletricitários, trabalhadores da SANASA, etc.). Muitos dos militantes dos grupos de oposição iniciaram sua militância também nas CEBs e nos partidos clandestinos, num processo de aglutinação de forças de oposição, no qual as diversas frentes da luta política (popular e sindical) trabalhavam com a bandeira do restabelecimento da democracia. Dentre as bandeiras específicas da oposição sindical, uma das mais relevantes era a da atenção à saúde do trabalhador, propondo a criação de programas públicos que pudessem atender a esta preocupação. (Entrevista 4)

A parceria entre MOPS e movimento sindical foi fundamental para a viabilização da própria existência física do MOPS, uma vez que os sindicatos sempre foram parceiros e viabilizadores dos recursos necessários à realização de reuniões, seminários, jornais, panfletos, relatórios, caminhões de som e mesmo recursos simples de comunicação como telefonemas e cartas. (Entrevista 1)

Na década de 80, especialmente após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde o Movimento Sanitário definiu com precisão qual o modelo a pautar a reforma do sistema de saúde do país, é possível observar em todos os jornais do MOPS estudados para realização deste trabalho, uma articulação entre as lutas específicas do bairro ou da região²⁵ e a conjuntura econômica e política nacional, inserindo-as na disputa maior em torno da redemocratização e da mudança no modelo médico-assistencial brasileiro.

²⁵Quase sempre a construção de postos ou centros de saúde e reforma ou ampliação dos existentes.

Neste período, as lideranças que mais se destacaram em todo o processo foram as vinculadas às CEBs da região Cura D'Ars, Vila Costa e Silva, Vila Ipê e Jardim Nova Europa, onde as lutas pela construção de centros de saúde foram mais acirradas e também mais bem sucedidas. O enfrentamento com a prefeitura, no Jardim Santa Odila na região Cura D'Ars, pela construção do Centro de Saúde se deu por um período de quase dez anos. Em 1988 a secretaria de saúde prometeu a entrega do novo prédio em função do adensamento das pressões populares. Como a obra foi finalizada, mas não foi entregue, a população fez um ato público inaugurando o novo centro com um culto ecumênico, a presença de diversos outros movimentos sociais (sindicatos, comissões populares de saúde de bairros vizinhos, associações de bairros, movimento negro, movimento ecológico) e a pintura dos muros do centro de saúde com a história da luta de seus moradores e dos movimentos sociais da cidade. O protesto gerou grande desconforto para o secretário de saúde e o prefeito que, em seguida, cobriram com tinta cinza os muros coloridos e realizaram a inauguração oficial.

Esta experiência pode ser considerada uma síntese dos embates entre Movimento Popular de Saúde e administração no período, das tensões e disputas existentes entre modelos de atenção à saúde e de relações entre poder público e população caracterizado pelo autoritarismo, pelo descaso com suas necessidades e pelo privatismo e que se colocava, que se sobrepunha impositivamente ao desejo de um outro sistema de saúde, mais atento às necessidades populares, permeável aos seus interesses, dialógico e participativo dentro de um modelo democrático de relacionamento entre Estado e sociedade.

No desenvolvimento destas tensões e disputas a fundação do Partido dos Trabalhadores (PT) na cidade, reunindo lideranças do movimento sindical e popular, significou o aparecimento das primeiras diferenciações no interior dos movimentos sociais, principalmente quanto à relação com o Estado e definição de estratégias para enfrentamento da disputa política no período imediatamente após o início do processo de democratização do país.

Para algumas lideranças o embate político dentro dos moldes tradicionais, com a constituição de um partido e a disputa eleitoral de cargos públicos, poderia significar o fim da autenticidade e autonomia adquirida pelo movimento, com suas bandeiras e propostas negociadas em espaços com regras bem definidas e de onde, por muito tempo, estiveram excluídos.

Quer dizer essa democratização do estado brasileiro, ele traz assim...a ocupação de espaços diferenciados. Então alguns que tavam todos ali no movimento popular,

porque não tinha outros espaços pra gente estar ocupando, inclusive institucional é...o que que aconteceu? As pessoas começaram...alguns foram pra ser candidato a vereador, outros foram pra trabalhar como...como se diz?...como profissionais mesmo, outros pro sindicatos, enfim, foi se ocupando cargos, espaços sociais diferentes e que depois a gente precisou vê como é que esses espaços se relacionavam e esses atores sociais se relacionavam. O movimento popular nessa época ele...como se diz?...Ele definha por conta disso, porque na verdade as lideranças, elas foram ocupando espaços diferentes e no meu entender a perna devia ser dos usuários mesmo, dentro do movimento popular, de associação de bairro...(Entrevista 7)

O que aconteceu a partir de fins dos anos 80, a partir dos embates políticos no interior do congresso constituinte, com a elaboração da nova constituição e todo o processo de discussão das leis orgânicas municipais e de áreas temáticas específicas (saúde, assistência social, previdência e outras), foi um processo de privilegiamento da construção das instituições democráticas e de todo um corpo legislativo e institucional que pudesse assegurar os direitos constitucionais recém adquiridos.

Na saúde esta já era uma tendência desde o início dos anos 80 no interior dos primeiros governos estaduais de oposição e mesmo das instituições dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, em que militantes do Movimento Sanitário (profissionais de saúde, principalmente) vinculados aos partidos clandestinos abrigados no PMDB (em particular o antigo Partido Comunista Brasileiro/PCB), deram início ao processo de mudança na legislação e nas instituições responsáveis pela implantação da política de saúde, com a criação das AIS (Ações Integradas de Saúde envolvendo municípios, estados e governo federal) e do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

Estes processos expressavam a existência no interior do Movimento pela Reforma Sanitária de duas grandes correntes quanto à concepção de Estado e às estratégias a serem usadas na luta política. A de maior influência, principalmente nos anos 70 e 80, vinculada ao Partido Comunista Brasileiro, compreendia o processo de transformação social a partir do interior do próprio aparato de Estado por meio do desmonte de sua lógica (de sustentação dos negócios privados), introduzindo uma lógica de priorização do público (compreendido como estatal) e de privilegiamento dos interesses das classes dominadas nas ações dos agentes estatais. A segunda corrente, vinculada aos emergentes movimentos populares e ao recém criado Partido dos Trabalhadores, defendia o fortalecimento da sociedade civil organizada e o privilegiamento da participação popular, por meio do efetivo ingresso das forças populares na arena política, não

apenas expressando seus interesses e demandas, mas disputando posições e participando do processo decisório.

Durante os anos 80 e início dos anos 90 a construção da legislação e de uma institucionalidade que garantisse a formalização dos direitos adquiridos e de mecanismos de participação popular, foi a principal preocupação do Movimento pela Reforma Sanitária. O que contribuiu, de certa forma, para o fortalecimento da vertente do movimento vinculada ao privilegiamento das ações políticas no interior do aparato de Estado, uma vez que para a aprovação da lei orgânica da saúde e, posteriormente, para assegurar a participação popular nas instâncias decisórias do sistema²⁶ foi necessário um intenso processo de articulação, mobilização e negociação junto ao Executivo e ao Congresso Nacional.

Esta ênfase na construção do aparato legislativo e institucional considerado necessário para garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, tal como inscrito na constituição, mobilizou as Comissões e Movimentos Populares de Saúde em todo o país para assegurar que também as leis orgânicas municipais garantissem direitos e introduzissem mecanismos legais de participação popular.

Nesta direção, o MOPS-Campinas teve papel destacado tanto no processo de discussão da lei orgânica do município quanto na elaboração do aparato legislativo definidor das funções e características do Conselho Municipal de Saúde da cidade.

3.2 O MOPS e a construção do conselho municipal de saúde no final dos anos 80

Ao incorporar direitos sociais e inserir a participação da sociedade como diretriz política a ser seguida na formulação e fiscalização de políticas públicas, a constituição brasileira de 1988 representou uma vitória das forças sociais de caráter democratizante. Entretanto, a definição de mecanismos para viabilização desta diretriz foi objeto de disputa ao longo dos anos 90 no processo de elaboração das leis orgânicas de cada área das políticas públicas e das leis orgânicas municipais.

²⁶O então presidente da república, Fernando Collor de Mello, vetou os artigos da lei orgânica que asseguravam a participação popular, por meio de conselhos, na formulação e fiscalização da política de saúde nos três níveis de governo. Para garantir a participação popular foi necessário mobilizar a sociedade e negociar junto ao executivo e ao congresso nacional uma nova lei com os artigos que tratavam deste tema e que haviam sido vetados pelo presidente. (Silva, 2001b: 70-71)

O Movimento pela Reforma Sanitária formulou todo um conjunto de propostas, construídas ao longo de décadas de movimento, para mudanças no sistema de saúde, para construção de um sistema público, de caráter universal, descentralizado e participativo. Dois anos após a promulgação da nova constituição, a lei orgânica da saúde foi aprovada, num processo no qual se envolveram os Movimentos Populares de Saúde do país inteiro e foram realizadas muitas negociações junto ao legislativo.

Após os vetos presidenciais aos artigos da Lei Orgânica da Saúde que estabeleciam os mecanismos viabilizadores da participação da sociedade, uma frente política reunindo movimento popular, trabalhadores e parlamentares, articulou a elaboração de um novo projeto de lei assegurando a inclusão de mecanismos de participação da sociedade no Sistema Único de Saúde (SUS) nos três níveis de governo. (Silva, 2001b: 70-71)

Em Campinas, desde 1987, com a realização do primeiro seminário “Saúde e Participação Popular”, o MOPS tornou a discussão de um novo modelo de atenção à saúde uma preocupação nuclear, chegando a montar um programa de saúde para o município e entregá-lo à administração municipal.

Dentro deste programa, entre as medidas propostas, além da criação do Conselho Municipal de Saúde, estava a instauração de Conselhos Locais nas unidades de saúde do município. Esta proposta, que apresentou desdobramentos sobre a organização do MOPS como veremos nos próximos capítulos, já estava em implantação em algumas regiões da cidade de São Paulo (zona leste) e outros municípios brasileiros.

Militantes do MOPS viajaram pelo país, com recursos próprios, para conhecer o desenvolvimento de algumas destas experiências. A experiência balizadora das propostas do MOPS foi a da zona leste de São Paulo. O Movimento Popular de Saúde da zona leste formulou uma proposta de lei para criação de Conselhos Locais e regulamentação dos existentes. Esta proposta foi estudada pelos militantes do MOPS, aperfeiçoada e apresentada ao vereador Carlos Francisco Signorelli do Partido dos Trabalhadores, cuja militância começou nas Comissões Populares de Saúde e no MOPS, para que ele apresentasse um projeto de lei à Câmara Municipal instituindo os Conselhos Locais em todas as unidades de saúde do município.

Em 1988, com a vitória de uma frente de esquerda hegemônica pelo Partido dos Trabalhadores, para a administração municipal em Campinas, militantes do Movimento pela Reforma Sanitária assumiram a Secretaria Municipal de Saúde e passaram a discutir junto ao

Movimento Popular de Saúde e aos trabalhadores, ao mesmo tempo em que criaram um Conselho Municipal de Saúde em caráter extra-oficial, uma proposta de legislação e de regimento interno para regulamentação do conselho.

A criação do Conselho Municipal de Saúde estava no contexto das propostas feitas pelo MOPS para mudanças na política municipal de saúde em consonância com as resoluções aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Mas, segundo alguns dos seus mais antigos militantes, havia, ao mesmo tempo, um certo temor de que a inserção do movimento em espaços institucionais pudesse facilitar a cooptação de seus quadros por partidos e pela própria administração.

Porque antes, pra nós do movimento não era interessante...nós ajudamos a eleger os conselheiros, mas enquanto movimento nós não participamos. Só uma, um membro do movimento foi participar porque era trabalhadora da saúde e a gente achava que tinha que ser alguém que entendesse de saúde pra tá lá, que mexesse com a saúde, né. E a gente achava que a instituição ia...é...nos cooptar. Então nós não queríamos ir pro governo, pra discussão de conselho...e não fomos. Ficamos dois anos resistentes. E aí em 91, não tivemos jeito, a gente entrou na suplência do conselho, mas na suplência! Pra não ser titular, pra não ter que tá indo todo dia, pra não ser cooptado. (Entrevista 1)

Ou seja, a discussão envolvendo a criação do Conselho Municipal de Saúde foi balizada pelo conjunto de propostas discutidas e formuladas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no âmbito do Movimento pela Reforma Sanitária, mas foi também envolvida pelos temores das conseqüências que a criação deste espaço pudesse acarretar para o movimento, dificultando a manutenção da independência em relação aos políticos e aos poderes públicos e de sua autonomia de pensamento e ação.

Há, neste sentido, um vislumbre por parte destas lideranças da dinâmica diferenciada de ação no espaço político representado pelos conselhos. Observa-se nesta posição um tensionamento entre ocupar este espaço, propor, negociar e ser co-responsável pelos resultados destas negociações, assumindo todas as exigências requeridas pela representação, e, ao mesmo tempo, manter a capacidade de crítica e de enfrentamento dos poderes públicos.

A preocupação das principais lideranças do MOPS era tanto garantir um espaço de intervenção e interlocução com os poderes públicos e demais atores envolvidos com a política de saúde quanto preservar sua capacidade de discutir, formular e lutar por mudanças na política de saúde em consonância com os interesses da população usuária, de maneira autônoma.

Para tanto, suas principais lideranças evitaram, por dois anos, elegerem-se como representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde. O que sustentava esta posição? Estas lideranças acreditavam que um compromisso com o conselho poderia prejudicar a atuação dentro do movimento, sua capacidade de organização e mobilização.

A gente fazia antigamente uma reunião por semana, depois nós achamos que...começou a ficar cansativo, porque quando você cria a instituição aí as pessoas começa...tem reunião do movimento, mas tem a reunião do conselho também, aí as pessoas começam...ou larga uma coisa ou larga a outra. (Entrevista 1)

A partir do momento que se criou os conselhos é...cria-se regras, né. A regra era mais solta, a regra do movimento qual era? É você ter o tempo de você defender o SUS, você defender a integralidade da assistência curativa e preventiva. Essa era a regra. Agora não. Você pode ir lá na lei que você tem não sei o que lá, é o quorum, você tem que fazer não sei o que. Então, colocou alguns instrumentos que não tinha antes e esses instrumentos eles acabam engessando, né. E entendo que quem ficou nos conselhos, acho que começou a ser regulamentado por essa lei e às vezes não pode fazer certos movimentos que a gente fazia antes. (Entrevista 4)

Sustentar esta posição por muito mais tempo, entretanto, não foi possível. No espaço de dois anos, os representantes do MOPS no conselho foram trocados três vezes. Os primeiros a serem eleitos eram pessoas próximas ao movimento, mas não eram seus militantes, não tinham a prática do debate, da participação regular em discussões. Desistiram de seus cargos nos primeiros seis meses de funcionamento do conselho, alegando grande dificuldade em participar do processo.

A gente elegia as pessoas, pessoas que a gente conhecia, que estavam no movimento, no bairro, em algum lugar e não eram militantes...(Entrevista 1)

A primeira turma que nos elegemos pro conselho eles saíram com seis meses. Diz que não entendia nada. Não entendia nada da conversa, falavam umas coisas que eles não entendiam. (Entrevista 1)

Na terceira troca, suas lideranças mais conhecidas foram eleitas para a suplência e mais tarde assumiram a titularidade, com o descompromisso dos eleitos em caráter titular. Ou seja, o grupo que temia as possíveis dificuldades de ao mesmo tempo ser liderança e representante do movimento neste espaço, não conseguiu manter-se afastado desta tarefa.

Há indicações de que estes primeiros representantes não tinham o compromisso e a prática da argumentação e negociação necessárias ao processo de discussão e decisão no conselho, prática comum para suas lideranças e para as quais muitos foram preparados por partidos políticos e também organizações de capacitação de lideranças populares, vinculadas a partidos, organizações não governamentais (ONGs) e à igreja católica.

Na primeira legislação regulamentadora do Conselho Municipal de Saúde²⁷ a composição tripartite definida determinava que o conselho seria composto por usuários, prestadores de serviços, setores governamentais e universidades. Dentre os usuários, o MOPS e o movimento sindical eram os seus representantes majoritários, com seis membros para cada movimento, entre os dezesseis que compunham a totalidade dos representantes dos usuários (os outros eram dois representantes das associações de doentes e dois representantes de entidades patronais).

A legislação, debatida por administração, movimento popular e trabalhadores, reconhecia, então, a legitimidade destes movimentos para representação majoritária dos usuários do Sistema Municipal de Saúde.

Neste momento, início dos anos 90, esta composição refletia o conjunto de forças articuladas na sociedade civil e sua capacidade de se colocar como sujeito político no debate em que estiveram envolvidos administração municipal e legislativo.

É importante ressaltar, ainda, que a vitória, em 1988, para a administração municipal de uma frente de esquerda, hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores, sinalizou a existência do compartilhamento de projetos políticos democratizantes entre organizações da sociedade civil e partidos políticos situados à esquerda do espectro político na cidade.

Ao longo do processo de funcionamento do conselho esta articulação e mesmo o compartilhamento de projetos sofrerá mudanças, provocando alterações tanto na composição do conselho quanto na representação dos usuários.

Uma alteração significativa neste sentido foi a valorização, pelo Movimento Popular de Saúde, da criação e fortalecimento dos Conselhos Locais nas unidades de saúde do município.

Além de um maior envolvimento do MOPS para aprovação da lei que instituiu os Conselhos Locais, houve também um maior empenho na divulgação da lei, através dos jornais do movimento e cartilhas, e na capacitação dos futuros conselheiros, com a realização de seminários e cursos.

²⁷ Lei Nº 6369 de 27 de dezembro de 1990.

3.3 A especificidade dos conselhos locais de saúde

Os Conselhos Locais de Saúde foram oficializados com uma legislação específica em Junho de 1991, após apresentação pelo Movimento Popular de Saúde de uma proposta de lei à Câmara de Vereadores e grande mobilização para aprová-la. Sua elaboração contou com a participação das Comissões Populares de Saúde do município, sindicatos e outros movimentos sociais. E embora a administração também defendesse sua criação, o caráter da proposta apresentava diferenciações importantes em relação à proposta defendida pelo MOPS.

A administração pensava, inicialmente, em criar comissões de caráter técnico e administrativo, sem grande ênfase em seu aspecto político e decisório. Para o MOPS tratava-se, ao contrário, de criar conselhos com caráter deliberativo, espaços nos quais os problemas de saúde do bairro e da região, bem como o desenvolvimento local da política municipal de saúde, pudessem ser discutidos pelos usuários do sistema.

As negociações realizadas para aprovação do projeto de lei instituindo os Conselhos Locais nas unidades de saúde resultaram em sua definição como instância de estabelecimento, controle e avaliação da política de saúde na área de abrangência da unidade e cuja composição também seria tripartite, com gestores, trabalhadores e usuários distribuídos na seguinte proporção: 25% de gestores, 25% de trabalhadores da saúde e 50% de usuários. A mesma proporção observada no Conselho Municipal de Saúde.

Os jornais do MOPS são bastante enfáticos na valorização destes novos espaços, pensados como espaços de participação capazes de garantir o efetivo controle e fiscalização por parte dos usuários das ações desenvolvidas nas unidades de saúde do SUS.

Não queremos só o Centro. Queremos também participar das discussões, decisões e ajudar a gerenciar os seus serviços. Queremos saber porque faltam instrumentos de trabalho no posto, porque falta médico, enfermeiros e porque eles faltam. Afinal, somos capazes de zelar pela saúde que é nossa. Só não nos davam oportunidade. Hoje, com a nova lei orgânica do município conseguimos em parte garantir esse direito nosso e poderemos participar do Conselho Local de Saúde (CLS) e do Conselho Municipal de Saúde. (Jornal “Sapo”/ maio de 1990)

A constituição dos Conselhos Locais se coadunava com o próprio modelo de organização do movimento, Comissões Populares de Saúde nos bairros, proporcionando ao MOPS um espaço de interlocução e de intervenção política muito mais próximo da realidade dos moradores.

Embora, inicialmente, os conselhos tenham proporcionado ao MOPS este espaço político, sua expansão por toda a rede de unidades do município resultou na geração de alguns problemas para a administração e para o próprio movimento.

Para a administração causaram maior desconforto as dificuldades no relacionamento entre os representantes dos usuários nos conselhos, coordenadores, chefias e o corpo de funcionários. Alguns representantes começaram a agir acreditando que, por serem conselheiros, teriam privilégios no atendimento da unidade, para eles mesmos e para seus familiares, bem como poderiam interferir no desenvolvimento do trabalho realizado pelos funcionários. O que acabou por gerar grandes conflitos entre funcionários e conselheiros e mesmo ocupar o espaço de discussão das reuniões do Conselho Local.

Para o MOPS os problemas enfrentados se colocaram em duas frentes. A primeira delas, a dos conflitos entre conselheiros, representantes dos usuários, e coordenadores, chefias e funcionários, obrigou o MOPS a intervir trabalhando como mediador nos conflitos e desenvolvendo um processo de capacitação dos conselheiros, para que estes pudessem entender a natureza de seu papel dentro do conselho e na unidade. A segunda foi um esvaziamento das Comissões Populares de Saúde existentes nos bairros, primeiro, porque algumas lideranças se tornaram representantes dos usuários e passaram a ter um papel no controle e fiscalização dos serviços prestados pela unidade, o que resultou em sobrecarga de atividades e redução da disponibilidade para o movimento e segundo, porque os conselheiros passaram a ser os interlocutores da população não apenas junto à unidade, mas também junto à administração, reduzindo a importância das Comissões Populares de Saúde como espaço de crítica e articulação de moradores e usuários. (Entrevista 1)

A crescente redução do papel político das Comissões Populares de Saúde talvez tenha sido a mais séria consequência para a organização e permanência do MOPS. Na medida em que as Comissões Populares de Saúde foram perdendo sua importância e os Conselhos Locais, mas, principalmente, os conselheiros, tornaram-se uma referência para a população para a apresentação de suas críticas, queixas e demandas, estes espaços tornaram-se um suporte para o próprio MOPS na sustentação de suas relações com a população. O movimento foi perdendo sua capacidade de articulação e sustentação na organização autônoma das Comissões Populares de Saúde nos bairros e tornou-se quase dependente do espaço de articulação e debate proporcionado pelos Conselhos Locais.

Este processo se desenvolveu ao longo dos anos 90 e não aconteceu em todos os bairros do município. Mas foi suficiente para produzir um certo descolamento entre o colegiado que compõe a Coordenação Municipal do MOPS, entre os responsáveis pela articulação do movimento no município, e suas bases de sustentação nos bairros. A coordenação do MOPS passou a trabalhar na realização das eleições para os conselheiros locais e a ter este momento como um momento privilegiado para a articulação, mobilização e organização das lutas. Uma das mais antigas e ativas lideranças do MOPS foi contratada pela Secretaria Municipal de Saúde em 1998 para assessorar o CMS na tarefa de estimular e acompanhar a formação de Conselhos Locais nas unidades de saúde do município, revelando a importância destes conselhos tanto para o funcionamento da secretaria quanto para sustentação do movimento.

Então, a gente teve que fazer um trabalho político, e isso a gente faz até hoje com quem entra no movimento, quem tá no movimento e quem tá nos conselhos também para que as pessoas saibam ser independentes, saibam conversar politicamente sem agressões pessoais, que saibam é...levar a reivindicação da população e ser coerente com a representação, sem deixar se cooptar. A gente tem feito um trabalho. Não é fácil, não é fácil porque em todos os lugares que você...esse processo de eleição a gente tem acompanhado por conta e risco também, nestes últimos tempos com o apoio da secretaria porque viabiliza condução, mas sempre fizemos isso independente disso, de secretaria...sindicato dava apoio, alguém botava um carro a serviço, nós íamos pras reuniões fazer essa discussão com os conselheiros pra fazer funcionar o controle social, porque é o que a gente acredita. Eu acho que é esse, é esse o trabalho que o movimento tem, não era, a gente tinha o objetivo de fazer o controle social antes, mas as necessidades eram de imediato, a gente usava pressão pra conseguir. Hoje, a gente faz a discussão mais política e dá capacitação pra que as pessoas consigam intervir nos espaços institucionais que tem. (Entrevista 1)

Os Conselhos Locais de Saúde são responsáveis pelo controle e fiscalização da política municipal de saúde em nível local e regional, estão mais próximos, portanto, dos problemas sofridos pela população em seu cotidiano. Suas reuniões normalmente acontecem no próprio posto ou centro de saúde e seus membros são pessoas com as quais os usuários lidam sempre que se dirigem às unidades de saúde do município.

Estas circunstâncias contribuíram para que se tornassem importantes espaços de expressão de insatisfação dos usuários, sobretudo na figura de seus representantes. Após a realização das eleições, cartazes com seus nomes, telefones e endereços ficam, em caráter permanente, fixados no quadro de avisos da unidade. E mesmo antes, durante o processo

eleitoral, há um esforço do MOPS para que a população tome conhecimento das eleições e dos candidatos que, depois de eleitos, são abordados pelos moradores e recebem reclamações, críticas, por meio de telefonemas, nas ruas, no supermercado, na igreja, onde quer que se encontrem. Estes conselheiros também são procurados pelos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde para o repasse de informações e mesmo para a mobilização dos usuários para o debate de temas e enfrentamento de problemas.

A institucionalização dos Conselhos Locais de Saúde foi produto de uma reivindicação do Movimento Popular de Saúde e atendeu a uma demanda por participação em nível local, onde os problemas e necessidades da população se particularizavam e se colocavam de forma mais urgente. Ao mesmo tempo, a conquista deste espaço, de um canal para a expressão destes problemas por parte da população, com regras bem definidas de funcionamento e padrões para apresentação de temas e propostas, e o reconhecimento da legitimidade dos representantes dos usuários como interlocutores, esvaziou os espaços autônomos de participação, como as Comissões Populares de Saúde, e dificultou a criação destes outros espaços onde eles não existiam. As lideranças vinculadas à temática da saúde passaram a ter dificuldade para desempenhar o papel de representantes dos usuários neste espaço e, ao mesmo tempo, informar, articular, reunir, enfim, organizar a população para o debate e a tomada de posições.

O depoimento abaixo articula a expansão dos conselhos ao processo de fragilização do Movimento Popular de Saúde.

Eu acho que o movimento mudou sim. Antes de existir conselho, o movimento popular era o único jeito de reivindicar. Mas agora não, tem conselhos e eles têm muita força. Tudo da saúde passa pelo conselho, o serviço, o orçamento. E o usuário tá lá. Ele pode se manifestar lá. Então, acho que é por isso que o movimento popular enfraqueceu. (Entrevista 8)

Todo o processo de institucionalização de mecanismos de participação no interior dos órgãos responsáveis pela política de saúde nos três níveis governamentais, parece ter impulsionado uma expansão de processos representativos, principalmente na radicalização do princípio da autonomia relativa na relação entre representantes e representados ao nível das relações entre lideranças de movimentos sociais e suas bases societárias em detrimento dos processos e ações participativas que impulsionaram a criação destas instâncias.

A consolidação e viabilização da Lei Orgânica da Saúde, mesmo com todos os problemas e insuficiências apresentadas pelo SUS, redirecionou o eixo da luta política. Não se trata mais de lutar para garantir o reconhecimento de direitos, assegurar sua configuração legal, mas para que se viabilizem no cotidiano de funcionamento do sistema, o que explica a importância adquirida pelos Conselhos Locais de Saúde. Na medida em que estes conselhos são as instâncias responsáveis por controlar e fiscalizar o desenvolvimento da política de saúde no cotidiano das unidades, são os responsáveis por assegurar a operação do direito.

O reconhecimento do direito é o patamar a partir do qual os representantes dos usuários irão pautar sua ação política nos espaços dos conselhos. E, neste sentido, a prática do enfrentamento direto, necessária ao reconhecimento de uma demanda e do sujeito político que reivindica sua inscrição pela sociedade que o exclui, ou seja, do sujeito político que quer se fazer contar, nos termos propostos por Rancière, parece deslocada.

Esta parece ser uma das explicações possíveis para o fortalecimento do padrão representativo no espaço de participação proporcionado pelos conselhos, no decorrer do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde. Uma vez que os sujeitos políticos e seus direitos foram reconhecidos, trata-se de consolidar este reconhecimento em termos da vida cotidiana do sujeito que o demandou. E para tanto, todos os atores envolvidos no processo tem como ponto de partida o direito reconhecido e inscrito. A representação neste contexto se faz a partir de algo já tomado como comum. Ou seja, representa-se um sujeito e um direito já reconhecido.

Que o povo seja diferente de si mesmo não é, para a política, um escândalo que se precise denunciar. É a condição primeira de seu exercício. Há política desde que exista a esfera de aparência de um sujeito povo cuja propriedade consiste em ser diferente de si mesmo. Logo, do ponto de vista político, as inscrições da igualdade que figuram nas declarações dos direitos do homem ou nos preâmbulos dos códigos e das constituições, as que materializam tal ou qual instituição ou que estão gravadas no frontão de seus edifícios, não são “formas” desmentidas por seu conteúdo ou “aparências” feitas para esconder a realidade. São um modo efetivo do aparecer do povo, o mínimo de igualdade que se inscreve no campo da experiência comum. O problema não é acusar a diferença entre essa igualdade existente e tudo o que a desmente. Não se trata de desmentir a aparência, mas ao contrário, de confirmá-la. Lá onde está inscrito a parcela dos sem - parcela, por frágeis e fugazes que sejam essas inscrições, é criada uma esfera do aparecer da demos, existe um elemento do kratos, do poder do povo. O problema está em ampliar a esfera desse aparecer, em aumentar esse poder. (Rancière, 1996: 94)

A partir de 1998, após lutas e negociações dentro do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, os usuários conquistaram o direito a também ocupar a presidência deste órgão. O que

confirma o reconhecimento deste sujeito e do seu direito. O risco, contudo, é de que o processo de aprofundamento da distância entre os usuários e seus representantes nestes espaços esvazie este patamar de reconhecimento comum por um descolamento em relação aos compromissos que representam. Por isso a grande preocupação do MOPS com a capacitação destes conselheiros.

No próximo capítulo, o estudo do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde pretende compreender como o modelo representativo que preside o funcionamento destes espaços opera e de que maneira o MOPS tem ocupado este espaço ao longo de toda a década de 90 e início deste século.

CAPÍTULO 4 - CONSELHOS GESTORES EM SAÚDE E DEMOCRATIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

Os conselhos gestores de políticas públicas são, hoje, experiências de caráter nacional e atingem todos os níveis de governo, constituindo o que alguns autores têm denominado de sistema nacional de participação (Santos Junior, Ribeiro e Azevedo, 2004). Em relação à política de saúde em particular existe um conjunto bem articulado de instâncias decisórias (conselhos, conferências, plenárias, comissões intergestores, conselhos de secretários) envolvendo usuários dos serviços, gestores e trabalhadores, cujo funcionamento afeta tanto o desenvolvimento da política quanto as atividades organizativas e políticas dos diferentes segmentos representados nestes espaços.

Neste capítulo se fará uma descrição do modo como o Conselho Municipal de Saúde de Campinas vem operando desde sua criação, com suas regras e dinâmica própria de funcionamento, de como cada segmento se insere neste espaço, se articula e se organiza, com destaque para o Movimento Popular de Saúde como um dos movimentos representativos do segmento dos usuários.

Para melhor descrever e analisar o funcionamento do CMS-Campinas foram escolhidas três propostas de programas de saúde debatidas no interior do conselho e que propunham mudanças de alguma profundidade na política municipal de saúde em vigor²⁸. Não se fará uma descrição minuciosa do conteúdo de cada programa, o que se pretende é na análise do processo de discussão e decisão política verificar as posições defendidas por cada segmento, como estas posições foram construídas e de que maneira o funcionamento do conselho e a correlação de forças presentes naquele momento afetaram a construção destas posições.

Não foi possível realizar neste trabalho uma investigação acerca dos desdobramentos para a política municipal de saúde, para as ações da secretaria e para a própria população das decisões tomadas. Ou seja, não foi possível e também não estava entre os propósitos deste trabalho, avaliar as relações entre o processo decisório e os resultados apresentados pela política adotada a partir

²⁸As propostas aqui estudadas foram: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), PAIDÉIA Saúde da Família e Farmácia Popular. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi amplamente discutido e rejeitado pelos conselheiros. Em contraposição, a discussão do PAIDÉIA Saúde da Família e do Farmácia Popular foi mínima e sua aprovação quase imediata.

daquela decisão, se os seus resultados, de alguma maneira, eram compatíveis com as preocupações manifestadas nas discussões ou com os benefícios aludidos pelos seus defensores.

O que se pretende com a descrição e análise do processo decisório envolvendo estes programas é produzir alguma clareza quanto a como o próprio funcionamento do conselho afeta a composição, articulação, mobilização e construção das posições de seus membros, bem como as decisões produzidas. Espera-se, sobretudo, compreender o modelo de funcionamento do conselho no contexto da disputa entre os dois grandes modelos político-culturais de democracia e de que maneira esta disputa tem afetado a vida política do Movimento Popular de Saúde de Campinas.

Não se pretende fazer um minucioso relato histórico do funcionamento e das discussões realizadas no CMS-Campinas desde sua criação. Embora sua institucionalização tenha ocorrido em um contexto político particular, pela primeira vez uma frente de partidos de esquerda estava no executivo municipal, e este fato tenha repercutido sobre as articulações e posicionamentos dos conselheiros posteriormente²⁹, parece mais relevante observar de que maneira esta institucionalização, o aparecimento deste novo espaço de disputa política, tem operado e qual o seu significado no contexto mais amplo da disputa por sentidos para nossa democracia.

Portanto, como não estava entre os propósitos deste trabalho fazer um relato minucioso da trajetória do Conselho Municipal de Saúde ao longo de seus catorze anos de existência, a apresentação do processo de discussão de alguns temas e projetos ao longo desta trajetória foi realizada com o objetivo de ilustrar como as regras e a correlação de forças nesta arena condicionam o processo deliberativo e as decisões tomadas.

4.1 Formação e dinâmica de funcionamento

O Conselho Municipal de Saúde de Campinas passou a existir formalmente a partir de dezembro de 1990, quando a lei que dispõe sobre a composição, organização e competência do CMS foi aprovada pela Câmara Municipal e publicada no diário oficial do município. Entretanto, a primeira reunião do CMS com registro em ata é datada de 19 de setembro de 1990, anterior,

²⁹ As disputas internas do Partido dos Trabalhadores acerca da direção a ser dada à política municipal e em seguida sua ruptura com a administração, afetaram mais a condução da Secretaria Municipal de Saúde, que passou por cinco secretários até o final do mandato, e menos a construção e funcionamento do conselho.

portanto, a própria oficialização da Lei Orgânica da Saúde também sancionada em dezembro de 1990³⁰.

O município era administrado desde 1989 por uma frente de esquerda hegemônica pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e o secretário municipal de saúde era Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da faculdade de medicina da UNICAMP, membro ativo do Movimento pela Reforma Sanitária, como um dos formuladores das propostas de reforma, e referência intelectual importante para este movimento por toda uma produção na qual pensa e põe em debate a saúde pública no país.

O Partido dos Trabalhadores disputava com demais partidos de esquerda, o Partido Comunista Brasileiro (PCB) em particular, concepções e posições políticas no interior do Movimento pela Reforma Sanitária. Enquanto o PCB ganhava posições no aparato de Estado, ocupando ministérios e secretarias desde a transição, ainda como partido clandestino dentro do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o PT fortalecia-se junto aos movimentos sociais, em especial o Movimento Popular de Saúde e sindicatos de trabalhadores do setor. A vitória eleitoral deste partido em importantes municípios brasileiros em 1988, colocou-lhe o desafio de, simultaneamente, ocupar o aparato de Estado, manter as articulações construídas com os movimentos sociais e construir fóruns capazes de alterar a própria dinâmica decisória no interior do Estado, incorporando atores da sociedade civil ao processo decisório.

Neste contexto, a construção dos conselhos municipais para diversas áreas das políticas públicas foi objeto de intenso debate no interior do partido e dos movimentos sociais, com discussões acerca do caráter deliberativo ou não destes espaços e sobre quem seriam os seus participantes. Havia, inclusive, propostas de construção dos conselhos como instâncias decisórias autônomas, vinculadas à sociedade civil, com poderes sobre o Estado. (Doimo, 1990)

No interior do Movimento pela Reforma Sanitária este debate já havia avançado no sentido de uma definição dos conselhos como instâncias de compartilhamento de poder entre Estado e sociedade civil, de caráter deliberativo. Nesta perspectiva, os conselhos não seriam órgãos autônomos vinculados à sociedade civil, mas comporiam o próprio aparato de Estado.

³⁰ A criação antecipada, sem caráter formal, de conselhos municipais de saúde aconteceu em vários municípios administrados por frentes e partidos de esquerda, a partir das comissões interinstitucionais municipais de saúde criadas nos anos 80.

As discussões em torno do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, consolidadas durante a I Conferência Municipal de Saúde do município realizada em agosto de 1990, diziam respeito principalmente aos princípios norteadores de sua ação. Composição, competências e regras de funcionamento foram itens importantes, mas de relevância secundária em face da afirmação de princípios que reiteravam a defesa de um sistema público, universal e democrático de saúde. O relatório final da conferência lista estes princípios e estabelece diretrizes políticas a serem seguidas pelo CMS na consolidação do SUS no município, enfatizando a necessidade da municipalização dos serviços de saúde existentes na cidade, a ampliação da oferta destes serviços e a valorização dos recursos humanos do setor.

O MOPS participou ativamente deste processo, que foi concomitante à discussão da Lei Orgânica do município e na qual o movimento garantiu a obrigatoriedade de que um volume mínimo de 17% dos recursos do orçamento do município fossem destinados à saúde, bem como a implantação de Conselhos Locais nas unidades municipais de saúde, como forma de administração e controle popular sobre o SUS municipal.

A legislação aprovada em dezembro de 1990 e que deu formato final ao Conselho Municipal de Saúde, o definia como instância tripartite (usuários, prestadores de serviços, setores governamentais e universidades) com a seguinte composição³¹ (Capítulo III, artigo 7º da Lei 6369 de 27 de dezembro de 1990):

I - Usuários terão 16 representantes:

- a) 6 do Movimento Popular;
- b) 6 do Sindicato de Trabalhadores;
- c) 2 da Associação de Doentes;
- d) 2 de Entidade Patronal.

II - Prestadores de serviços terão 6 representantes:

- a) 4 Trabalhadores na área de saúde;
- b) 1 Prestador de serviço não filantrópico;
- c) 1 Prestador de serviço filantrópico.

³¹ Em 1998 alterações na lei modificaram esta composição, como veremos no próximo item.

III - Setores governamentais e de universidades terão 10 representantes:

- a) 3 da Prefeitura Municipal;
- b) 2 do Governo Estadual;
- c) 2 da Universidade Estadual de Campinas;
- d) 2 da Pontifícia Universidade Católica de Campinas;
- e) 1 da Câmara Municipal.

Dois diferenciais importantes nesta composição foram o fato dos trabalhadores da saúde estarem incorporados aos prestadores de serviços, não constituindo um segmento em separado como observado em outros conselhos e como recomendado posteriormente, em 1992, pela IX Conferência Nacional de Saúde³², e a inserção de um membro da Câmara Municipal³³.

As regras para funcionamento interno (denominadas, normalmente, como regimento interno) do conselho foram estabelecidas na lei, o que deu ao CMS-Campinas maior formalização, mas ao mesmo tempo não impediu a apresentação de algumas lacunas importantes como, por exemplo, a indefinição sobre o status do suplente (se este é suplente do segmento ou de um titular em particular) e a ausência de regras mais claras para condução das reuniões e das deliberações.³⁴ Outras medidas para dar maior transparência e agilidade às discussões, como o envio com antecedência da pauta e atas das reuniões, foram tomadas ao longo dos primeiros anos de funcionamento do conselho.

O processo de detalhamento da regulamentação e formalização do conselho não parece ter sido objeto de acirrada disputa entre os diversos atores interessados no tema. Naquele momento, o Movimento Popular de Saúde parecia estar mais preocupado com a abertura de canais que proporcionassem espaços de efetiva participação da sociedade civil organizada, procurando fortalecer o reconhecimento das organizações populares como interlocutores políticos nas arenas decisórias recém criadas.

A legislação do CMS-Campinas avançava em relação às regras de funcionamento de muitos conselhos criados logo após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, ao instituir uma

³² Tais recomendações foram formuladas nesta conferência em virtude da subrepresentação dada aos trabalhadores da saúde nos emergentes conselhos do país inteiro.

³³ Posteriormente, com as discussões para promover mudanças na composição do conselho, se chegará à conclusão de que a câmara constitui um órgão de representação fiscalizador das ações do executivo como um todo. Sob este aspecto, a presença de um de seus membros no conselho não era necessária.

³⁴ Na reformulação da lei em 1998 tais lacunas foram preenchidas. O voto de qualidade do presidente do CMS em situações de empate, por exemplo, só foi regulamentado na nova lei.

secretaria executiva, composta proporcionalmente por membros dos três segmentos ali representados e uma mesa diretora, composta pelo coordenador do conselho e dois secretários, escolhidos, anualmente, entre seus membros³⁵, com as atribuições de convocar as reuniões do conselho, organizar suas pautas e coordená-las, tornando mais democrático o processo de organização dos debates no plenário do conselho, mas mantinha a coordenação do CMS como prerrogativa do secretário municipal de saúde³⁶, embora a coordenação das reuniões e a representação do conselho frente à sociedade civil fosse feita pela mesa diretora.

Nem todos os conselhos municipais e mesmo estaduais de saúde possuem uma secretaria executiva ou mesa diretora com composição tripartite e estas atribuições. A definição das pautas e coordenação das reuniões em inúmeros casos centraliza-se na figura do secretário municipal ou estadual de saúde (Carvalho, 1995; Santos Junior, Ribeiro e Azevedo, 2004), criando dificuldades para a intervenção dos demais segmentos representados no conselho na definição da agenda de temas a serem postos em debate, um elemento determinante na definição de prioridades e na direção a ser dada à política do setor.

Embora a composição da secretaria executiva e da mesa diretora tenha proporcionado maior democratização do processo decisório envolvendo a definição dos temas a serem objeto de debate no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, o que se observou pela análise das atas e acompanhamento das reuniões do CMS foi um domínio do representante da secretaria municipal de saúde na definição destes temas. Este representante, em geral, detém mais informações sobre os programas de saúde em andamento, a situação dos recursos humanos e materiais de cada unidade de saúde do município, das unidades conveniadas e das fontes para obtenção de novos recursos, o que lhe confere mais elementos (dados estatísticos, informações sobre fontes de financiamento) para defesa da inclusão ou exclusão de temas a serem pautados para discussão no plenário do conselho.

A secretaria executiva do conselho reúne-se uma vez por mês, quinze dias antes das reuniões ordinárias mensais do CMS toda 4ª quarta-feira do mês às 18:30, desde sua criação. Suas reuniões funcionam como um filtro, definindo prioridades e temas a serem incluídos na

³⁵ Atualmente, após as reformulações na lei e mudanças efetuadas pelo próprio conselho, a mesa diretora é composta pelo presidente do conselho, 01 representante dos usuários e 01 representante dos demais segmentos em sistema de rodízio (a cada eleição um membro dos demais segmentos é escolhido) e a secretaria executiva por 04 representantes dos usuários, 01 representante do gestor, 01 representante dos trabalhadores da saúde, 01 representante dos prestadores de serviços e 01 representante das universidades.

³⁶ As alterações realizadas na lei em 1998 rompem com este conservadorismo ao instituir que a escolha do presidente será feita no plenário do conselho onde qualquer um de seus membros poderá ser escolhido para a função.

pauta de cada reunião e também fazendo um debate prévio destes temas. Isto significa que o debate efetuado nas reuniões da secretaria executiva constitui um momento importante na definição dos argumentos a serem usados pelos diferentes atores para a conquista de posições junto aos demais no plenário do conselho. Uma vez que um ator tenha conquistado posições junto aos membros dos diferentes segmentos representados na secretaria executiva do CMS, estes poderão se tornar aliados nos debates realizados no plenário. Um exemplo de como o debate junto à secretaria executiva é importante foi a discussão do projeto Farmácia Popular do Ministério da Saúde e do projeto Rotas Recriadas de combate à violência e exploração sexual de crianças e adolescentes³⁷, em que representantes dos demais segmentos na secretaria executiva fizeram colocações para prestar esclarecimentos aos conselheiros e em defesa dos projetos apresentados pelos gestores.

Por vezes a secretaria executiva trabalha como mediadora em situações pouco claras para os conselheiros ou que requerem um tempo de negociação maior para que se chegue a um acordo, procurando ampliar as informações sobre um determinado assunto ou reunindo-se separadamente com as partes cujos interesses não foram possíveis conciliar durante as reuniões do CMS. Mas, apesar da importância de seu papel, em inúmeras ocasiões a secretaria executiva também foi excluída da definição da pauta, especialmente em situações nas quais a aprovação do conselho para projetos e solicitação de recursos pela Secretaria Municipal de Saúde era fundamental, mas os prazos para que a secretaria executiva e os conselheiros fizessem um exame minucioso dos mesmos era mínimo ou inexistente, impondo uma situação na qual se exclui qualquer debate e a aprovação dada pelo conselho é meramente ritualística, avalizando um projeto que não conhece e esvaziando sua capacidade de exercer qualquer influência sobre sua definição. Ou seja, perde-se em transparência e reduz-se a capacidade deliberativa dos conselheiros. É importante ressaltar que esta foi uma situação recorrente ao longo dos catorze anos de existência do CMS-Campinas, nos governos de diferentes frentes partidárias, da esquerda à direita do espectro político.

O que parece estar em jogo nestas situações é a existência de uma disputa entre as prerrogativas e funções de planejamento e execução da Secretaria Municipal de Saúde e o caráter decisório do conselho. Como não é uma instância meramente consultiva, não cabe aos seus membros apenas emitir considerações ou avalizar os projetos e ações da secretaria. Seu papel decisório, de gestão compartilhada, exige participação na formulação de projetos e programas,

³⁷ Observação das reuniões do CMS-Campinas realizadas em 09 e 25 de agosto de 2004, respectivamente.

acompanhamento e avaliação de sua execução. Mesmo que não participem diretamente da elaboração dos termos de convênios, contratos³⁸ e de projetos para captação de recursos (invariavelmente tais propostas são elaboradas por técnicos e políticos da secretaria e demais prestadores de serviços) aos conselheiros compete avaliar sua importância, conveniência e propor as alterações que considerarem necessárias. Cabe ao conselho o exercício ativo do controle sobre as propostas e ações da secretaria.

A cada episódio em que projetos, programas e propostas de convênios e contratos chegam ao conselho para serem aprovados em caráter de urgência, ocorre uma submissão do processo deliberativo do conselho aos interesses e prioridades definidos pelos atores governamentais. Se tal submissão ocorre de maneira sutil quando apenas a secretaria executiva participa do debate, nas situações em que nem mesmo a secretaria executiva participa, ela é total.

Nota-se neste processo um afunilamento da participação e da deliberação. Apenas a secretaria executiva tem acesso à totalidade dos dados e informações sobre convênios, contratos, programas e projetos debatidos no CMS. Embora os demais conselheiros possam ter acesso a estas informações se assim o desejarem, recebem apenas um resumo das propostas a serem discutidas. Os atores governamentais alegam, normalmente, tratar-se de um volume grande de informações cujo exame por todos os conselheiros poderia inviabilizar a necessária agilidade na sua aprovação³⁹. Tais procedimentos comprometem tanto o envolvimento dos demais conselheiros quanto a capacidade de expansão e envolvimento no debate das organizações e movimentos sociais ali representados. Ou seja, mesmo que as regras do CMS procurem estimular o aprimoramento da participação democrática de seus membros, seu funcionamento tem se direcionado no sentido da criação de restrições ao debate e da capacidade decisória do espaço, fragilizando sua constituição e consolidação como arena de discussão pública em que prevaleçam processos de deliberação a partir da exposição clara e discussão de argumentos pelos atores governamentais e atores sociais coletivos ali representados.

³⁸ Na organização da prestação dos serviços no SUS, o gestor do sistema, municipal ou estadual, realiza convênios com a rede própria de unidades e centros de saúde, hospitais e a rede de serviços filantrópicos em primeiro lugar e contratos com o setor privado, caso a rede própria e filantrópica não tenha condições de atender as necessidades apresentadas pelo município.

³⁹ Ilustra bem esta situação o projeto Rotas Recriadas de combate à violência e exploração sexual de crianças e adolescentes apresentado na reunião ordinária do CMS em 25 de agosto de 2004, na qual seus proponentes solicitaram urgência na aprovação do projeto para que os recursos pudessem ser rapidamente liberados, mas apresentaram aos conselheiros apenas um resumo de suas propostas. O projeto detalhado foi apresentado somente à secretaria executiva.

É possível argumentar que projetos e programas de saúde envolvem recursos e atores não controláveis no âmbito do município e, portanto, pelo Conselho Municipal de Saúde. Porém, em inúmeras situações as dúvidas dos conselheiros referiam-se às fontes de financiamento, a viabilidade do programa, o período de duração e confiabilidade das fontes de financiamento, informações que, uma vez conhecidas, dariam maior clareza e legitimidade à decisão.

Nos primeiros anos de funcionamento do CMS-Campinas, durante as discussões para sua regulamentação e regulamentação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), a disputa por um papel maior no processo decisório foi muito evidente no debate envolvendo a diferenciação de competências entre Secretaria Municipal de Saúde e Conselhos em que surgiram preocupações com a possibilidade de excessiva interferência destes órgãos no gerenciamento dos serviços. Esta foi a principal preocupação manifestada pelos gestores, que temiam perder autonomia e capacidade decisória. O Movimento Popular de Saúde temia envolver-se excessivamente com as questões institucionais e burocráticas da política municipal de saúde, deixando de olhar para os problemas desta política a partir da perspectiva dos usuários para olhá-la a partir da instituição, da perspectiva dos gestores da secretaria. Este era o principal receio de militantes do MOPS e sindicalistas. (Atas de reuniões do CMS realizadas em 10 de abril de 1991 e 24 de abril de 1991)

Também nestes primeiros anos os próprios conselheiros buscaram aperfeiçoar os mecanismos internos de discussão de modo a resolver esta disputa e ampliar a capacidade de interferência do conselho na definição da política de saúde. A partir de 1996 mudanças mais profundas na composição de seus membros e em suas regras de funcionamento passaram a ser objeto de debate. Em janeiro de 1998 foi promulgada a lei com as alterações discutidas e aprovadas no CMS⁴⁰. Em abril de 1999 a secretaria executiva apresentou uma proposta de organização das pautas e desenvolvimento das reuniões na qual fixava horário para o início (18:30) e tempo máximo de duração (02 horas), estabelecia o limite de dez inscrições para o debate de cada tema cabendo ao plenário decidir, no momento da reunião, se mais inscrições poderiam ser feitas, fixava limites para o número de temas a serem discutidos em cada reunião (03) e também para o tempo de duração do pronunciamento de cada inscrito (03 minutos). A secretaria executiva propôs ainda a discussão antecipada da pauta das próximas reuniões ao final de cada reunião ordinária. Esta discussão antecipada da pauta foi a mais relevante mudança apresentada, significava uma tentativa de evitar que a secretaria executiva concentrasse e

⁴⁰ Estas alterações serão detalhadas e discutidas no próximo item.

mantivesse a prerrogativa de definir com exclusividade os temas a serem debatidos pelo conselho. Embora a maioria destas regras sejam seguidas até os dias atuais, a discussão antecipada da pauta tornou-se uma prática pouco observada e desapareceu completamente em pouco mais de um ano.

Em março de 1995 o Fundo Municipal de Saúde foi regulamentado. Um ano depois foi criado o Conselho Fiscal do Fundo, uma das mais importantes instâncias de fiscalização da distribuição e uso dos recursos do SUS, composto por membros dos segmentos representados no CMS e escolhidos, anualmente, juntamente com os membros da secretaria executiva e da mesa diretora. São 04 titulares e 04 suplentes (02 representantes dos usuários, 01 representante dos trabalhadores da saúde e 01 representante dos prestadores de serviços).⁴¹

Apesar da importância de seu papel na avaliação dos gastos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde e da recomendação de que esta avaliação se realizasse a cada três meses ou sempre que os membros do Conselho Municipal de Saúde considerassem necessário, esta não tem sido a prática. Dificuldades para reunir os conselheiros e para que estes se reúnam com o diretor do Fundo Municipal de Saúde, tem sido uma constante em diferentes gestões. Os conselheiros têm apresentado dificuldades para tomar a iniciativa no cumprimento de suas atribuições e exigir da direção do Fundo Municipal de Saúde ou mesmo dos gestores municipais que apresentem os gastos realizados com seus recursos.

Uma das mais emblemáticas provas desta dificuldade revelou-se no final do ano de 2004. O município de Campinas recebeu recursos de um recém-criado programa do Ministério da Saúde, destinado a estimular a criação de programas de saúde do trabalhador nos municípios brasileiros, denominado RENAST (Rede Nacional de Saúde do Trabalhador). Como a cidade possui um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) desde o início dos anos 90, os recursos, em princípio, seriam destinados a fortalecê-lo como Pólo Regional de Referência em Saúde do Trabalhador. A direção da Secretaria Municipal de Saúde, entretanto, passou a usar os recursos do programa em diversas outras ações da secretaria por considerar que já fazia, independentemente do programa do Ministério da Saúde, um investimento no Centro de

⁴¹ A eleição para escolha dos membros de cada segmento para a secretaria executiva, mesa diretora e conselho fiscal é anual e realizada em reunião convocada especificamente para este fim, na qual os conselheiros de cada segmento se reúnem em separado para a escolha de seus representantes. Pela observação das reuniões do CMS não foi possível verificar a existência de articulações que antecedam esta reunião e momento, embora, segundo o relato de militantes do MOPS, o movimento tenha realizado esta articulação antecipada junto aos demais representantes dos usuários em passado recente.

Referência em Saúde do Trabalhador e que aqueles recursos poderiam ser usados em ações e programas da secretaria que, ainda que indiretamente, beneficiassem estes usuários. Uma decisão tomada à revelia do Conselho Municipal de Saúde. Ao mesmo tempo, esta posição dos gestores da secretaria, fez com que direção e funcionários do CRST passassem a reivindicar a aplicação dos recursos do programa no centro e que a secretaria explicasse de que maneira estava usando os recursos. Porém, suas reivindicações eram feitas de maneira sutil, em conversas com os gestores, nunca solicitando que entrasse na pauta do Colegiado de Gestão da secretaria ou do CMS a discussão de qual uso a Secretaria Municipal de Saúde estava fazendo dos recursos provenientes do RENAST.

Como as conversas pareciam não apresentar resultados, direção e funcionários do centro de referência aproveitaram a inclusão na pauta do CMS de uma discussão sobre o trabalho desenvolvido pelo CRST, a partir de uma solicitação da secretaria executiva do conselho para que a Secretaria Municipal de Saúde fizesse uma apresentação das ações desenvolvidas pela secretaria na área de especialidades e centros de referência, para apresentar suas ações, demonstrar quais os recursos necessários para desenvolvê-las e quais eram as suas principais necessidades, numa tentativa de fazer com que suas preocupações com o uso dos recursos do RENAST se tornassem visíveis no espaço do conselho. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador esteve na pauta do conselho em duas reuniões ordinárias realizadas em 27 de outubro de 2004 e em 24 de novembro de 2004. Nas duas reuniões, usuários vinculados aos sindicatos dos trabalhadores e funcionários do centro perguntaram qual montante dos recursos do RENAST estava sendo aplicado no centro de referência. A resposta dada pela direção do CRST correspondia a um valor mínimo, incompatível com as necessidades apresentadas pelo programa. Mas a nenhum deles ocorreu perguntar porque o montante total dos recursos não era aplicado no centro de referência, como e onde estavam sendo aplicados estes recursos, e por que a secretaria havia tomado esta decisão sem debatê-la no CMS. O mais surpreendente em todo o episódio, entretanto, é o fato do representante dos usuários que, nas duas reuniões, foi enfático em suas perguntas sobre qual montante dos recursos do programa foi efetivamente aplicado no centro de referência, num claro tom de desconfiança sobre qual uso a Secretaria Municipal de Saúde poderia estar fazendo destes recursos, ser membro titular do conselho fiscal!

Na última reunião em que o assunto esteve na pauta, os gestores foram obrigados a admitir que o investimento em saúde do trabalhador não era uma prioridade para a Secretaria

Municipal de Saúde naquele momento por avaliarem que um investimento na totalidade dos programas desenvolvidos pela secretaria beneficiaria os trabalhadores como um todo⁴². O problema é que prioridades devem ser definidas no espaço coletivo do Conselho Municipal de Saúde, onde os interessados no tema devem defini-las. Não havia por parte dos gestores interesse em pautar o tema, suas prioridades estavam estabelecidas, mas a nenhum conselheiro ocorreu que pudesse fazê-lo, cumprindo suas atribuições no Conselho Fiscal e no CMS. Depois de seis meses em que esta situação estava instalada, por vias indiretas, o assunto entrou em discussão no CMS e obrigou os membros do Conselho Fiscal a exigirem dos gestores que apresentassem quais usos estavam dando aos recursos do RENAST, num claro sinal das dificuldades existentes, principalmente entre representantes de usuários e trabalhadores, para tomarem a iniciativa na introdução de temas para debate neste espaço, ou mesmo serem procurados por suas bases para que o façam⁴³.

Um outro dado relevante e que sinaliza o recrudescimento destas dificuldades, tem sido a paulatina transformação do momento dos informes dos conselheiros ao final de cada reunião em tribuna para a apresentação de insatisfações com os serviços de saúde e algumas denúncias de irregularidades nestes mesmos serviços⁴⁴. Na maioria das vezes a situação poderia ser resolvida no âmbito do Conselho Local ou junto a outro órgão da Secretaria Municipal de Saúde. O mais grave, entretanto, parece ser a dificuldade demonstrada pelos conselheiros, principalmente entre os representantes dos usuários, em transformar seus problemas e preocupações comuns em objeto de reflexão e debate no interior do conselho. A frequência com que estes atores propõem pautas ou alteram a agenda de discussões tem sido cada vez menor.

A observação da agenda do CMS-Campinas nos últimos cinco anos evidencia que frequentemente os gestores e prestadores de serviços são os responsáveis pelos temas postos em debate que, não raro, giram em torno da renovação, ampliação ou ruptura de convênios e

⁴² A direção da Secretaria Municipal de Saúde era francamente contrária ao privilegiamento de um ou outro grupo de usuários com programas e verbas específicas, a não ser em circunstâncias nas quais estes grupos estivessem em situação de muita vulnerabilidade.

⁴³ Usuários e funcionários do centro de referência poderiam ter procurado seus representantes na secretaria executiva do CMS e no próprio conselho solicitando a inclusão do assunto em sua pauta, mas não o fizeram.

⁴⁴ Em março de 2003 houve uma tentativa de disciplinar este processo com a introdução do chamado “espaço livre”, momento após a discussão da pauta e anterior à apresentação dos informes, em que os conselheiros poderiam fazer denúncias ou apresentar suas preocupações. Os conselheiros, entretanto, continuaram a fazer suas denúncias e reclamações no momento dos informes, esvaziando este espaço. Este movimento parece indicar que os conselheiros se sentem mais seguros para apresentar suas denúncias e reivindicações diluindo-as em meio aos informes, evitando confrontações diretas.

contratos para prestação de serviços, configurando uma pauta eminentemente administrativa, voltada para a manutenção das atividades de gestão da Secretaria Municipal de Saúde do SUS municipal.

Para alguns membros do MOPS, o retorno do Partido dos Trabalhadores ao executivo municipal pode ser uma das explicações para as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros, principalmente entre os representantes dos usuários, para tomar a iniciativa do processo de discussão, tanto porque uma parcela importante de quadros experientes e qualificados dos movimentos sociais foi absorvida pela administração municipal, esvaziando-os, quanto pela legitimidade e representatividade obtida por estes quadros junto a estes movimentos ao longo de sua trajetória política.

A legitimidade foi conquistada por meio dos compromissos demonstrados na defesa dos interesses e projeto político destes movimentos, contribuindo para a existência de uma relação de confiança ancorada nestes compromissos e na capacidade destes quadros em mantê-los na administração municipal.

Porém, a existência desta relação de confiança fez com que alguns destes quadros, uma vez na administração, tivessem enormes dificuldades em lidar com questionamentos e críticas, tomando-as como uma demonstração de quebra nesta relação. Em inúmeras situações, críticas e levantamento de problemas foram tomadas pelos gestores como uma demonstração de desconfiança dos conselheiros em relação tanto aos interesses a serem atendidos quanto à capacidade de cumprir as propostas apresentadas, o que acabou por comprometer o diálogo e dificultar a absorção das demandas do MOPS e demais organizações de usuários no CMS. A discussão do projeto PAIDÉIA Saúde da Família é exemplar deste processo. O projeto envolve diferenciações importantes em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde e aos serviços prestados pelo SUS municipal⁴⁵, entretanto, suas propostas não foram discutidas na integralidade no plenário do conselho. O secretário municipal de saúde, o principal formulador da proposta, solicitou aos conselheiros que não tivessem uma “posição reativa” e aprovassem parcelas do projeto tal como foram apresentadas (Ata de reunião extraordinária do CMS-Campinas realizada em 01 de março de 2001). Após quatro anos em vigor, o projeto

⁴⁵ As principais diferenças referem-se à composição das equipes de trabalho e à ampliação da cobertura do programa. As equipes do PAIDÉIA Saúde da Família envolvem mais profissionais e devem cobrir toda a cidade e não apenas as suas regiões periféricas, ampliando as ações de saúde na medida em que envolve não apenas o médico de saúde da família, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (equipe básica do PSF), mas algumas especialidades como a pediatria, a ginecologia e a odontologia.

apresenta problemas e tem recebido críticas de usuários e trabalhadores da saúde. Mas nenhum destes segmentos ainda foi capaz de fazer com que uma avaliação do PAIDÉIA entrasse na agenda de discussões do conselho. Uma das explicações para esta dificuldade pode estar no fato do programa ter sido objeto de avaliações positivas e recebido os prêmios “Programa de Gestão Pública e Cidadania” da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford e o “Paes Leme” da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas em 2002 e 2003.

O processo de alocação de recursos por meio de convênios e contratos com prestadores de serviços do setor privado e filantrópico, objetivando a ampliação dos serviços prestados pelo SUS municipal tem dominado a agenda da Secretaria Municipal de Saúde e do CMS-Campinas. Se por um lado a alocação, administração e fiscalização destes recursos é um importante papel da Secretaria Municipal de Saúde e do CMS, por outro, questões que desde a criação do conselho são preocupações de usuários e trabalhadores, como o número insuficiente de trabalhadores do setor, de recursos físicos e materiais, o descompromisso de funcionários com a humanização e melhoria na qualidade do atendimento, a insuficiência de recursos para a assistência farmacêutica e a ausência de critérios para avaliação de convênios e contratos realizados⁴⁶, aparecem marginalmente na discussão de outros temas ou quando a situação torna-se caótica⁴⁷.

Uma característica da organização da Secretaria Municipal de Saúde na última gestão (2001-2004) contribuiu para o incremento do papel dominante dos gestores na definição da agenda de discussões do CMS: o fortalecimento do Colegiado de Gestão da secretaria reunindo o chefe da pasta, diretores de departamentos, coordenadores dos distritos de saúde, coordenadores da vigilância e saúde ambiental e de recursos humanos e seus assessores, onde problemas e projetos são discutidos e trabalhados. Ou seja, os gestores, além de deterem informações e dados do setor, possuem um fórum, um espaço de reflexão e articulação, privilegiado em relação aos demais atores. Isto significa uma diferença importante envolvendo os recursos técnicos e políticos para discussão detidos pelos atores governamentais, transformando a igualdade

⁴⁶ Especialmente critérios qualitativos, uma vez que convênios e contratos são firmados a partir de acordos em torno de um volume de serviços (consultas, exames, procedimentos médicos) a serem prestados aos pacientes do SUS em consonância com as necessidades detectadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Na vigência de cada convênio ou contrato, uma comissão gestora composta por membros da Secretaria Municipal de Saúde, representantes dos usuários e direção do hospital, clínica ou serviço conveniado ou contratado avalia, prioritariamente, se o volume de serviços acordado foi efetivamente cumprido.

⁴⁷ O que ocorreu em 1998, quando todos os médicos contratados por tempo determinado foram demitidos em função do Ministério Público constatar excessos neste tipo de contratação pela prefeitura. (Ata de reunião extraordinária do CMS realizada em 01 de julho de 1998)

presumida no espaço do CMS em elemento a ser disputado e conquistado pelos demais atores. Neste contexto, o tempo de que os conselheiros dispõem para apreciação dos temas de cada reunião e o volume de informações disponibilizado para que conheçam melhor o que está em debate, tornam-se fatores de importância vital no alcance de um mínimo de igualdade de condições para que a participação e o processo de deliberação não se tornem um rito vazio. Tanto é necessário tempo para que os membros do CMS possam avaliar com mais cuidado convênios, contratos, projetos e programas, buscando outras fontes de informações e compreender melhor o conteúdo em discussão, quanto é necessário tempo para que possam articular-se junto aos demais conselheiros e sua base societária, ampliando a participação.

Isto significa que a praxe do envio da pauta de discussões com uma antecedência de quinze dias e apenas um resumo de seus temas tem contribuído para comprometer a participação dos demais conselheiros, dificultando um envolvimento mais qualificado tanto dos representantes de cada segmento quanto dos demais participantes de movimentos sociais e organizações com assento no conselho. Ou seja, os conselheiros, em geral, não tem acesso a informações que pudessem, no mínimo, ser equivalentes ao conjunto de informações de que dispõem os representantes governamentais.

Ao mesmo tempo em que a existência da secretaria executiva tripartite é um avanço em termos da democratização na definição da agenda de discussões, seu funcionamento tem sancionado processos restritivos de debate e uma tendência a que os atores governamentais e prestadores de serviços imponham sua agenda e prioridades, contribuindo ainda para que os representantes dos usuários e demais segmentos na secretaria executiva se transformem em agentes privilegiados nas discussões realizadas no plenário do conselho por deterem informações que os demais não têm. Esta situação propicia o aparecimento de desigualdades relevantes nas condições proporcionadas ao conjunto dos conselheiros para efetivamente participarem do processo deliberativo, uma vez que os membros da secretaria executiva possuem condições diferenciadas de participação (detêm mais informações e participam de um debate prévio dos temas a serem discutidos no plenário do CMS).

No contexto da disputa entre democracia representativa e democracia participativa, o funcionamento do conselho tem fortalecido processos de restrição à participação e ao processo deliberativo, estreitando as possibilidades abertas de ampliação de temas e inclusão de atores no processo de discussão e definição envolvendo esta política pública. Simultaneamente, a

existência deste novo espaço de participação tornou possível uma maior transparência acerca dos interesses, projetos políticos e posições de atores governamentais e demais atores interessados no tema e maior controle sobre a aplicação dos recursos públicos, revelando a existência de uma tensão entre todas as possibilidades abertas de maior interferência de movimentos sociais e organizações da sociedade civil sobre as ações do Estado e as dificuldades postas tanto pelo seu funcionamento cotidiano quanto pelas condições apresentadas por atores sociais coletivos para ocuparem este espaço.

As dificuldades enfrentadas na consolidação desta arena para realização de todas as potencialidades de uma representação política de novo tipo, mais plural, menos hierárquica e mais próxima da sociedade, têm explicações de duas ordens, não excludentes. A primeira, investigada neste trabalho, refere-se à tendência apresentada em seu funcionamento a fortalecer restrições ao debate e à participação; a segunda, a dificuldades enfrentadas, desde a década de 90, por movimentos sociais e organizações da sociedade civil para renovar, ampliar e qualificar seus quadros de modo a manter sua capacidade de articulação, mobilização e produção autônoma de posições e projetos políticos.

4.2 Composição dos atores e suas articulações

A composição dos diversos conselhos existentes na área de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional) tem procurado, em geral, envolver grupos, organizações e associações que representem os interessados no tema ou os afetados pela política do setor, como os portadores de necessidades especiais (na lei que regulamenta o CMS em Campinas aparecem como portadores de deficiência) e de patologias.

Em Campinas a definição inicial de membros do conselho não foi muito diferente como apresentado no item anterior, mas é possível identificar alterações importantes na composição do CMS em função de mudanças no quadro de movimentos sociais ali representados e na correlação de forças entre estes atores. As mais significativas referem-se à diminuição do número de representantes do Movimento Popular de Saúde de Campinas entre os representantes dos usuários e a inclusão dos trabalhadores do setor como um segmento a compor o conselho, deixando de situar-se na categoria dos prestadores de serviços.

Estas mudanças, sancionadas na Lei 9.625 de 07 de janeiro de 1998⁴⁸, obedeceram a preocupações diferenciadas, mas tanto uma quanto a outra se referem à capacidade articulatória demonstrada pelo MOPS e pelos trabalhadores da saúde nos primeiros anos de funcionamento do CMS-Campinas.

O Movimento Popular de Saúde de Campinas foi um importante ator na articulação das demandas populares pela criação e ampliação dos serviços de saúde e pela melhoria de sua qualidade. Havia, em muitos bairros do município, as chamadas Comissões Populares de Saúde, vinculadas às CEBs e responsáveis pela discussão e articulação dos moradores em torno dos problemas no setor. Com a criação dos Conselhos Locais nas unidades de saúde do município e do Conselho Municipal de Saúde, importantes lideranças do movimento foram alçadas à condição de representantes dos usuários nestes espaços. Se por um lado isso significou o reconhecimento do MOPS como um interlocutor legítimo, capaz de representar as preocupações e interesses dos usuários dos serviços de saúde, por outro, este papel desafiou o movimento a ocupar o espaço dos conselhos na condição de representante dos usuários, tarefa que dividia com o movimento sindical e as associações de portadores de necessidades especiais e de patologias e, ao mesmo tempo, articular e mobilizar estes mesmos usuários em torno de suas demandas e dos temas objeto de debate no CMS-Campinas.

Os primeiros anos de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde em todo o Brasil foram voltados intensamente para a institucionalização e consolidação do SUS. Os temas que mobilizaram o CMS-Campinas neste período referiam-se à adesão do município a uma das modalidades de gestão do SUS municipal entre as modalidades definidas na NOB - SUS 01/93⁴⁹, a criação do Fundo Municipal de Saúde e dos Distritos Municipais de Saúde.

⁴⁸ A partir da lei 9.625 o CMS-Campinas passou a ter a seguinte composição: I - Usuários, 17 representantes: 03 do movimento popular de saúde; 05 dos conselhos locais de saúde, sendo 01 por região/distrito; 06 dos sindicatos dos trabalhadores; 01 das entidades patronais; 01 das associações de aposentados; 01 das associações de portadores de deficiência e/ou patologia. II - Prestadores de serviços ao SUS, 07 representantes: 01 dos serviços de saúde da UNICAMP; 01 dos serviços de saúde da PUCCAMP; 01 dos serviços de saúde municipais; 01 do hospital municipal Mário Gatti; 01 dos hospitais filantrópicos; 01 dos hospitais não filantrópicos; 01 das demais entidades prestadoras de serviços não hospitalares. III - Gestores, 03 representantes: 02 da secretaria municipal de saúde; 01 da secretaria de estado da saúde. IV- Universidades, 02 representantes: 01 da universidade estadual de Campinas; 01 da pontifícia universidade católica de Campinas. V- Trabalhadores da Saúde, 05 representantes: 02 dos serviços públicos municipais; 01 dos serviços privados; 01 dos conselhos de classe; 01 das entidades de classe. Cada segmento possui o mesmo número de suplentes e todos são eleitos para um mandato de 02 anos.

⁴⁹ A Norma Operacional Básica - SUS 01/93 do Ministério da Saúde, definia quais eram as modalidades de gestão do SUS a serem adotadas por estados e municípios de acordo com o tamanho da população, os serviços disponíveis e capacidade de gerenciamento destes serviços em cada lugar. Estas modalidades sofreram alterações em pelo menos

A criação dos Distritos Municipais de Saúde iniciou-se a partir do projeto de descentralização administrativa proposto na gestão do PSDB com a criação das SARs (Secretarias de Ação Regional) e suas coordenadorias regionais de cada política pública e consolidou-se por volta de 1997 durante a gestão do PPB⁵⁰. Sua finalidade era descentralizar o planejamento e a gestão do setor e obedeceu à lógica da distribuição das unidades e serviços de saúde no município, que não era, necessariamente, a mesma das regiões administrativas da cidade.

Concomitante ao processo progressivo de descentralização do planejamento e da gestão dos serviços de saúde por meio dos Distritos, os Conselhos Locais de Saúde, por sua maior proximidade dos usuários das áreas e unidades onde se encontravam estes serviços, cresceram em importância e passaram a absorver as lideranças das Comissões Populares de Saúde e todos aqueles que se interessavam pela discussão da política e seus problemas. O MOPS passou neste processo a enfrentar dificuldades para manter as Comissões Populares de Saúde e sua capacidade de articular, informar e mobilizar os usuários.

No contexto dos anos 90, lideranças do MOPS e de outros movimentos sociais passaram a ocupar o espaço político dos mais diferenciados conselhos gestores de políticas públicas e a enfrentar, ao mesmo tempo, tanto o desafio de ocupar os recém abertos canais de participação e negociação com o Estado quanto uma diminuição das atividades das redes de apoio constituídas por ONGs, igreja católica, sindicatos e partidos de esquerda, que nos anos 80 foram responsáveis pela qualificação de seus quadros promovendo cursos, seminários e encontros de formação política e intelectual, e pelo suporte político, financeiro e material. A diminuição das atividades destas redes dificultou o processo de formação de novas lideranças, a qualificação de seus militantes e a capacidade de movimentos e organizações da sociedade civil de manterem fóruns próprios de reflexão, discussão e mobilização, dificultando, conseqüentemente, o processo de ocupação das instâncias participativas.

Até o final desta década (90), a escolha dos representantes do MOPS obedecia a critérios diferentes da distribuição regional dos moradores ou qualquer outro que levasse em consideração a distribuição dos usuários no município. Seus representantes eram escolhidos em plenárias com

duas ocasiões com a edição da NOB - SUS/ 96 e a NOAS - SUS 01/2001, mas naquele momento eram: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena. (SILVA, 2001:74)

⁵⁰ Também neste período foram criados os Conselhos Distritais de Saúde, ainda que em caráter informal. Sua formalização aconteceu em janeiro de 2003, com a aprovação da Lei 11.465 pela Câmara de Vereadores.

este fim e os eleitos, em geral, eram os que detinham alguma liderança, capacidade de articulação, tempo para freqüentar as reuniões e assumir as responsabilidades daí advindas, e tivessem se destacado por seus compromissos políticos com o SUS e o próprio MOPS. O local de moradia não era um critério considerado fundamental. Entretanto, estes representantes passaram a ter dificuldades para conhecer a realidade do município como um todo, para articular seus moradores e fazer-se presente em diferentes movimentos sociais e bairros, comprometendo a efetiva capacidade do MOPS para exercer o papel articulador requerido pela representação. As alterações que o próprio movimento passou a reivindicar no número de seus representantes no conjunto do segmento dos usuários se relacionam com estas dificuldades. Assim, em face desta nova realidade, o movimento passou a reivindicar tanto o aumento no número de representantes dos usuários, de modo a espelhar melhor a diversidade e pluralidade dos que compõem o segmento, quanto a diminuição do número de seus próprios representantes, pois seus militantes estavam com dificuldades para ocupar qualificadamente o espaço do conselho e, simultaneamente, manter as atividades do movimento.

A principal mudança apresentada na nova composição do conselho envolvendo este segmento foi a inclusão de 01 representante dos Conselhos Locais de cada um dos 05 Distritos de Saúde do município e de 01 representante das Associações de Aposentados. Para que isso acontecesse houve uma redução no número de representantes do MOPS (passaram de 06 a 03), de representantes das entidades patronais (reduzidos de 02 a 01) e um aumento no número total de representantes do segmento (passaram de 16 à 17). O número de representantes dos sindicatos de trabalhadores não foi alterado (06).

Com a mudança esperava-se atender tanto ao caráter plural dos usuários, quanto possibilitar uma maior proximidade entre os representantes escolhidos e os moradores e usuários de cada região.

A secretaria executiva do CMS é responsável pela convocação dos membros que compõem cada segmento do conselho para a escolha dos seus representantes. Ela define um calendário eleitoral (data, horário e local) para realização das plenárias e reuniões de cada segmento. Em algumas situações as datas são acordadas com as entidades e organizações pertencentes ao segmento (trabalhadores de saúde do setor privado, trabalhadores de saúde dos serviços municipais, MOPS, sindicatos) e em outras são totalmente definidas pela secretaria (entidades patronais, associações de portadores de deficiência e/ou patologia, associações de

aposentados, prestadores de serviços, conselhos locais dos distritos, conselhos de classe e entidades de classe)⁵¹, revelando a centralidade de seu papel articulador. A organização do processo eleitoral é realizada pela secretária (funcionária da SMS à disposição do conselho) e por uma assessora⁵² do CMS-Campinas.

A escolha dos representantes dos usuários é realizada em plenárias dos conselhos locais de cada distrito, plenárias do MOPS e em reuniões, convocadas pela secretaria executiva por meio de correspondência e de comunicado no Diário Oficial do município, dos sindicatos de trabalhadores e das associações de aposentados e portadores de deficiência e/ou patologia. A representação do patronato tem se mostrado ausente desde os primeiros anos de funcionamento do conselho. Seu representante simplesmente não comparece às reuniões do CMS. Sua escolha também é realizada por meio de uma reunião realizada entre membros das entidades patronais presentes no município, convidados pela secretaria executiva para uma reunião com este fim. Esta representação patronal entre os usuários soa como um equívoco, uma vez que, em princípio, o patronato não é usuário do sistema público de saúde, embora seus empregados possam ser.

Apesar dos esforços de lideranças do MOPS para acompanhar a escolha dos representantes dos Conselhos Locais dos Distritos de Saúde, em geral, cada entidade que compõe o segmento dos usuários realiza sua escolha de maneira totalmente independente das demais, dificultando a criação de articulações entre estes conselheiros em espaços que independam das reuniões do CMS ou das Conferências e Plenárias Municipais de Saúde.

Um dado aparentemente irrelevante, mas que retrata com alguma fidelidade o processo de fragilização do MOPS, mas principalmente, parte dos seus esforços para enfrentá-lo, é o fato de nos últimos seis anos suas plenárias eleitorais acontecerem sempre após a realização das plenárias dos Conselhos Locais nos Distritos de Saúde. Frequentemente, candidatos a cadeiras no CMS derrotados nos distritos, procuram se eleger como representantes dos usuários na plenária eleitoral do MOPS⁵³. Com esta estratégia o MOPS busca envolver novas lideranças no

⁵¹ Os representantes dos gestores e das universidades são escolhidos pela direção da Secretaria Municipal de Saúde, da PUC e UNICAMP respectivamente.

⁵² Esta assessora, uma das mais antigas lideranças do MOPS em Campinas, foi contratada especialmente para promover e acompanhar a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades do município e as atividades da secretaria executiva. Estudaremos no próximo capítulo de que modo seu envolvimento com esta atividade pode ter afetado o desempenho do MOPS.

⁵³ Em 2003 foi exatamente o que aconteceu, os conselheiros eleitos na plenária do MOPS haviam tentado, sem sucesso, se elegerem representantes dos usuários por suas regiões distritais.

movimento e consolida o processo de transformação dos conselheiros locais em sua nova base de sustentação.

Na medida em que as Comissões Populares de Saúde foram desaparecendo, o modelo de organização do MOPS sofreu uma modificação profunda, pois as comissões constituíam espaços independentes de organização de todos os que se preocupavam com as questões de saúde nos bairros da cidade e nas regiões. Os conselheiros locais constituem uma base mais instável (os representantes dos usuários renovam-se a cada dois anos e muitos não concluem seus mandatos) e mais difícil de ser articulada em função de que muitos destes conselheiros representam os usuários em diversos conselhos e instâncias de participação e parecem mais comprometidos com as questões pertinentes ao seu bairro.

Em relação aos trabalhadores da saúde, a mudança mais relevante incorporada à nova lei foi a sua desvinculação do segmento dos prestadores de serviços e sua constituição como um segmento a compor o conselho. Esta mudança atendeu a uma demanda dos trabalhadores do setor no município, que se movimentaram para reivindicar alterações na lei através de reuniões e assembléias desde o final de 1991. Movimentação semelhante ocorreu em todo o país, em decorrência de diversas disparidades observadas na representação deste segmento com sua incorporação aos gestores ou prestadores de serviços (como em Campinas) ou um número de representantes incompatível com o seu tamanho e força política.

Um diferencial importante na representação dos trabalhadores da saúde no CMS-Campinas é a incorporação de representantes de conselhos e entidades de classe neste segmento. Algumas categorias profissionais ligadas ao setor, como psicólogos e assistentes sociais, não se organizam em sindicatos próprios e possuem em seus conselhos de classe seu mais importante órgão de organização e articulação. O Conselho Regional de Psicologia (CRP) tem sido com frequência eleito para representar este segmento ao longo destes catorze anos de funcionamento do CMS, tendo introduzido em sua agenda uma discussão profunda⁵⁴ sobre a política municipal de saúde mental, em consonância com a luta antimanicomial em todo o país, que alterou as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para o setor e transformou Campinas em importante referência para a área no setor público, com um bem-sucedido programa de substituição das

⁵⁴ Em reuniões do CMS ao longo do ano de 1992, o representante do CRP pautou e obteve do conselho a aprovação para que esta discussão se fizesse com a realização de plenárias e conferências no município e na região.

instituições psiquiátricas tradicionais por programas de moradia e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵⁵.

Os trabalhadores da saúde também têm sido capazes de fazer com que as pautas da categoria sejam introduzidas como objeto de discussão no conselho. Essa capacidade se relaciona tanto à existência de organizações de caráter formal como sindicatos, conselhos e entidades de classe, quanto a sua essencialidade para a manutenção dos serviços de saúde.⁵⁶ Os debates mais freqüentes envolvem a discussão de carreiras, salários, gratificações e prêmios (estes últimos ganharam especial relevância em anos recentes com a criação do prêmio PAIDÉIA⁵⁷). Em decorrência de suas maiores preocupações se situarem no campo das reivindicações salariais, este segmento tem sido criticado por usuários e prestadores de serviços por não se envolver com tanta intensidade na discussão de temas que afetem o SUS municipal como um todo. (Ata de reunião extraordinária do CMS-Campinas realizada em 17 de novembro de 1999).

A aliança entre os representantes dos trabalhadores da saúde e o segmento dos usuários mostrou-se mais estreita nos primeiros anos de funcionamento do CMS-Campinas, quando militantes do Movimento Sanitário elegeram-se como conselheiros e profissionais de saúde, ligados às experiências de Medicina Comunitária desenvolvidas no município e ao Movimento Sanitário, assessoravam mais intensamente o MOPS colaborando na organização de eventos, participando de reuniões e seminários e freqüentando regularmente as reuniões do CMS.

Uma das explicações para o relativo distanciamento observado entre estes segmentos recentemente pode ser encontrada na incorporação de bandeiras que por longo tempo uniram movimento popular e trabalhadores do setor, estimulando alianças e mobilizações conjuntas, no processo de consolidação institucional do SUS. Bandeiras que se referiam ao atendimento de demandas de grupos específicos de usuários como os portadores do HIV e trabalhadores e ao financiamento do SUS. Estas demandas entraram na agenda pública e foram atendidas por meio

⁵⁵ O objetivo dos CAPS e de outros programas é proporcionar aos portadores de sofrimento mental, tratamento, cuidados e atividades (recreativas, artesanais, laborativas) em situação de liberdade.

⁵⁶ Invariavelmente, nas negociações salariais, movimentos grevistas e crises na contratação de servidores municipais, os temas de interesse destes trabalhadores entram na agenda do CMS.

⁵⁷ O prêmio PAIDÉIA foi criado dentro do programa para estimular a fixação de profissionais de saúde nas regiões periféricas da cidade e nas áreas de maior risco. O valor do prêmio correspondia a um índice criado pela Secretaria Municipal de Saúde chamado ICV (Índice de Condições de Vida). Quanto mais baixo o ICV da região, maior o prêmio para os profissionais que lá trabalhassem, pois a região apresentava, conseqüentemente, maiores carências e dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. Os trabalhadores passaram a disputar tanto o valor do prêmio (a premiação também era diferenciada entre as categorias profissionais) quanto vagas nas regiões onde a premiação era maior.

de definições mais precisas de programas como o Programa de Saúde da Família, o Programa Nacional de DST/AIDS e a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, e de fontes de recursos com a definição do percentual dos orçamentos da união, estados e municípios que deve, necessariamente, ser aplicado na política de saúde. Também contribui para este distanciamento o fato de que as condições de trabalho e salariais destes trabalhadores têm se deteriorado nos últimos anos⁵⁸, tornando as demandas por mudanças nestas condições as principais bandeiras das organizações dos trabalhadores do setor. Isto não significa que estas bandeiras não sejam importantes para os usuários, mas indica uma diferenciação na definição de prioridades entre estes segmentos e um isolamento maior na definição dos encaminhamentos a serem dados a suas demandas. O que é possível observar na relação entre estes atores no atual contexto é a existência de um campo político e articulatório comum, a defesa do SUS e de seus princípios, mobilizável em algumas circunstâncias⁵⁹, mas cuja unidade tem se caracterizado pela fluidez. Inexistem fóruns ou outras instâncias que promovam e dirijam estas articulações, dificultando a organização e capacidade de ação em caráter mais permanente.

A participação no Movimento Sanitário criou entre estes atores referências políticas comuns para pensar a política de saúde no município e no país, mobilizáveis mesmo após o enfraquecimento dos fóruns independentes (encontros, congressos, seminários, núcleos de estudo) que sustentavam o movimento⁶⁰.

Em relação aos demais segmentos, a ausência de articulação interna é ainda maior. Não existem fóruns ou qualquer outro mecanismo que permita, ao menos, que universidades e demais prestadores conheçam as ações desenvolvidas por cada um ou possam coordená-las. A definição das posições destes atores ocorre de maneira totalmente independente. Em algumas

⁵⁸ À consolidação do SUS, o aumento dos programas públicos de saúde e o crescimento de seus usuários, não correspondeu um crescimento no número de seus trabalhadores e uma melhoria significativa de seus salários e condições de trabalho.

⁵⁹ Especialmente crises envolvendo a contratação e fixação de servidores (médicos em especial), o abastecimento de medicamentos na rede e as ameaças de corte de recursos como ocorreu em 2003 quando tanto o governo do estado de São Paulo quanto o federal pretendiam considerar as verbas destinadas a investimento em saneamento básico e programas de combate à pobreza e à fome como parte do orçamento da saúde, violando a EC 29 (Emenda Constitucional 29) que obriga à que um percentual mínimo de 15% dos orçamentos da união, estados e municípios seja aplicado, exclusivamente, na política de saúde. (Fonte: Manifesto do Conselho Municipal de Saúde de Campinas: Em defesa do SUS, em defesa da vida. O manifesto foi aprovado em reunião do CMS realizada em 22 de outubro de 2003).

⁶⁰ A partir de 2003, após o VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, a rede nacional de Educação Popular em Saúde, inicialmente articulada apenas através de grupos de discussão na Internet, passou a promover reuniões e encontros entre seus participantes em cada estado da federação, numa tentativa de dar maior solidez política a suas discussões trocando experiências e pensando propostas e projetos para a educação em saúde no país.

circunstâncias, prestadores de serviços e universidades, tomam a iniciativa de mudar a organização e a oferta de seus serviços com independência em relação, inclusive, às Secretarias de Saúde do município e do estado⁶¹, gestores do SUS municipal e estadual respectivamente.⁶² Embora, em geral, após o mal estar criado com a tomada de posições unilaterais por universidades e prestadores, canais de diálogo (reuniões, comissões, grupos de trabalho) entre Secretaria Municipal de Saúde, prestadores e CMS sejam abertos, as dificuldades para reversão de posições se tornam maiores.⁶³

Na relação com as universidades, especialmente as públicas, complicadores de diversas ordens entram em jogo. As universidades são instituições de ensino e entidades jurídicas autônomas, seus hospitais integram, ao mesmo tempo, o Sistema Nacional de Ensino Superior e o Sistema Único de Saúde, embora a parcela de recursos do SUS para manutenção destes hospitais seja pequena.

Nas duas situações em que a direção do Hospital das Clínicas (HC) da UNICAMP decidiu mudar a oferta e a organização de seus serviços, os pequenos percentuais alocados pelo SUS e a autonomia universitária foram usados como argumentos para defesa das medidas. (Atas: reunião ordinária do CMS realizada em 03 de abril de 1997, reunião extraordinária realizada em 30 de abril de 1997 e reunião ordinária realizada em 22 de outubro de 2003)

O que parece ter ficado claro nestes dois momentos é a necessidade de enfrentar seriamente as dificuldades financeiras dos hospitais universitários e de conciliação de seus papéis como instituição de ensino e de prestação de serviços. O tema é pauta do movimento sindical de trabalhadores e professores das universidades brasileiras, mas ainda não entrou na agenda de discussões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e das Conferências Nacionais, embora apareçam preocupações com este setor na discussão do SUS como um todo nas conferências municipais e estaduais de saúde.

Em relação às medidas propostas para mudanças no perfil do pronto-socorro do HC da UNICAMP, além da comissão criada no CMS reunindo usuários, gestores e direção do hospital,

⁶¹ A referência aqui é principalmente o projeto de venda de serviços do HC da UNICAMP a consultórios médicos particulares em 1992, a criação da Policlínica da UNICAMP (uso do espaço da universidade para que docentes façam o atendimento a pacientes particulares e de convênios) em 1997 e as alterações propostas no perfil institucional do atendimento do Pronto-Socorro do mesmo HC em 2003. Verificou-se também, na análise das atas, a interrupção na prestação de serviços por hospitais conveniados.

⁶² O HC da UNICAMP é um hospital de referência regional e estadual.

⁶³ Em 1997 e em 2003, apesar da criação de comissões de trabalho envolvendo usuários, membros da secretaria municipal de saúde e da direção do hospital para discutir mudanças nestes projetos de modo a torná-los compatíveis com as necessidades do SUS municipal, as posições da UNICAMP não foram revertidas.

houve uma mobilização de usuários e trabalhadores, com a realização de debates e manifestações públicas, para evitar a consolidação das mudanças e pressionar gestores do município e do estado a solucionarem os problemas financeiros do HC. Estas pressões não surtiram o efeito esperado. O máximo que o movimento conquistou foi um adiamento na implementação das medidas. O pronto-socorro passou a operar como um pronto-socorro referenciado, destinado exclusivamente ao atendimento de urgência e emergência e à cobertura de serviços não oferecidos por outros prestadores na região, dentro do esforço da direção do hospital e da universidade para que o HC se consolide na esfera terciária de atendimento, a do nível hospitalar de alta especialidade e complexidade.

O que as situações aqui relatadas parecem revelar é uma tendência a que estas articulações entre os segmentos, especialmente entre usuários e trabalhadores do setor, se realizem sempre em caráter fluido, episódico, muito impulsionadas pela direção imprimida à gestão da política pela Secretaria Municipal de Saúde e pela oferta e organização dos serviços definida por prestadores.

A ausência de uma agenda própria, que traduza melhor as demandas de usuários e trabalhadores para o SUS municipal, tem fragilizado a capacidade destes segmentos para tomarem a iniciativa na definição da pauta de discussões do CMS e do SUS, dificultando ainda o estabelecimento de referências próprias na avaliação de políticas e medidas propostas por gestores e prestadores de serviços.⁶⁴ Ao mesmo tempo, o processo de funcionamento deste espaço tem criado entraves à construção desta agenda e referências por estes segmentos, comprometendo sua capacidade de participar como ator ativo do processo de definição da política.

E, embora pareça contraditório, os representantes dos usuários têm sido assíduos participantes das reuniões do CMS ao longo de todos estes anos⁶⁵, revelando apoiar e legitimar o conselho como espaço de participação. Em questionário aplicado aos conselheiros, os representantes dos usuários foram os que, em caráter unânime, consideraram os Conselhos, as Plenárias e Conferências de Saúde como importantes instrumentos para que a população,

⁶⁴ O relato das discussões e decisões tomadas envolvendo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o PAIDÉIA Saúde da Família e o Farmácia Popular, ilustrará melhor como esta tendência à fragilização tem se manifestado.

⁶⁵ Levantamento do nível de frequência dos representantes de cada segmento às reuniões do CMS nos últimos seis anos, realizado através da contabilidade dos presentes apresentada em suas atas, revelou que o segmento dos usuários costuma estar presente com cerca de 82% dos seus representantes, em média, a cada reunião. Um outro dado revelado pela observação das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campinas nos anos de 2003 e 2004 demonstra, também, que os representantes dos usuários permanecem na reunião até o seu fechamento, evitando sair antes que a discussão de todos os temas se esgote.

trabalhadores da saúde e gestores discutam e definam prioridades e o melhor uso a ser dado aos recursos do SUS, evitando o autoritarismo e a unilateralidade na tomada de decisões.

Atualmente as reuniões do CMS-Campinas têm acontecido, quase sempre, com o quórum mínimo estabelecido em lei⁶⁶, mas os usuários em nenhum momento foram os principais responsáveis pela queda do quórum ou pela não instalação da reunião. O que parece ser um indicativo de que as dificuldades apresentadas por movimentos sociais e organizações que representam este segmento para articular-se, posicionar-se e realizar intervenções, não diminuíram a importância atribuída à conquista deste novo espaço político como espaço de participação e disputa.

4.3 De embates e resultados: o processo decisório no CMS-Campinas e a produção da política municipal de saúde

A agenda de debates do CMS-Campinas tem sido dominada pela discussão dos convênios e contratos com prestadores de serviços para atendimento das necessidades do SUS municipal. O aparecimento de temas polêmicos e/ou discussão de programas que coloquem em xeque ou que reiterem e consolidem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, é menos freqüente.

Em seus catorze anos de existência o conselho enfrentou algumas destas discussões. Neste trabalho serão relatados os processos de discussão de três programas de saúde pensados nos níveis federal e municipal de governo e que apresentavam pontos de contato (Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PAIDÉIA Saúde da Família) e de distanciamento (Farmácia Popular) em relação aos princípios do SUS. Será ressaltado no relato do processamento das discussões, o modo como o funcionamento do CMS e os recursos técnicos e políticos à disposição de cada ator no processo contribuíram para o resultado final, para a definição da política a ser adotada.

⁶⁶ O quórum para instalação da reunião, no horário convocado, é de 50% + 1. Caso este quórum não tenha sido atingido em 15 minutos a reunião do CMS será instalada com no mínimo 1/3 dos seus membros, composto por pelo menos 06 representantes dos usuários e 06 representantes dos prestadores de serviços.

4.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde vinculava-se ao Ministério da Saúde e propunha a formação de agentes comunitários entre moradores do próprio bairro para a realização de ações educativas e no nível da atenção primária (procedimentos de baixa complexidade⁶⁷). Ele foi pautado pela primeira vez em reunião ordinária do CMS realizada em 28 de outubro de 1998. Naquele momento, entretanto, o secretário municipal de saúde solicitou a retirada do assunto da pauta, alegando que o mesmo não havia sido suficientemente discutido dentro da própria secretaria e os gestores não tinham, então, uma posição consensual a seu respeito e que o debate no conselho só deveria ocorrer após a secretaria definir sua posição. Ou seja, o ponto de partida da discussão já apresentava problemas na medida em que os gestores se recusaram a tornar públicos, naquele momento, quais eram os pontos do programa que estavam sob discussão na secretaria e quais eram as divergências levantadas, impedindo que os conselheiros tivessem acesso a informações que poderiam ser importantes para a definição de suas posições. Esta posição da secretaria foi amplamente questionada por representantes de usuários e trabalhadores da saúde, com a apresentação de seus receios de que a implantação do programa pudesse comprometer a qualidade da atenção dada à população. Mesmo sob críticas, o assunto foi retirado da pauta e transferido para a próxima reunião ordinária do CMS.

A discussão do PACS foi adiada por mais uma reunião, apesar de pautada. Os gestores alegaram, mais uma vez, não terem discutido o suficiente, embora tenham montado uma estratégia de discussão na qual envolviam os coordenadores das unidades de saúde do município e os Conselhos Locais (detentores de 05 cadeiras no conselho), reunindo-os para apresentação e discussão da proposta do programa, e condicionaram o debate do programa no CMS à apresentação, por escrito, das posições definidas pelos Conselhos Locais de Saúde em relação ao mesmo. Esta estratégia foi questionada por alguns conselheiros que a consideraram uma interferência indevida na autonomia política do CMS (os gestores desejavam aguardar a manifestação de todos os Conselhos Locais de Saúde com suas posições, antes que o assunto entrasse na pauta do conselho). A posição defendida pelos gestores não foi aprovada pelo plenário do conselho e uma nova reunião foi marcada tendo o PACS como único ponto de pauta.

⁶⁷ Esta definição é questionada por alguns estudiosos da área, mas não há condições de reproduzir neste trabalho um panorama deste debate, embora as divergências envolvendo esta definição estivessem na base dos questionamentos realizados por militantes do MOPS e trabalhadores da saúde ao programa, como foi possível verificar.

O MOPS e seus assessores, bem como alguns trabalhadores da saúde, também havia se mobilizado para discutir e tomar uma posição sobre o programa. A estratégia montada pelos gestores, ao mesmo tempo em que ampliava a discussão ao envolver coordenadores das unidades e Conselhos Locais de Saúde, permitia que o uso de seus recursos de poder, como uma maior capacidade⁶⁸ para estar presente nas reuniões dos Conselhos Locais e recursos audiovisuais facilitadores da visualização da proposta, tornasse as condições para o debate do assunto pelos diferentes atores extremamente desigual. Uma vez que os gestores já haviam definido sua posição, pois, apesar do alegado processo de discussão interna e do debate no CMS, o pedido de inclusão de Campinas no programa havia sido solicitado à Secretaria Estadual de Saúde, a estratégia montada permitia que fizessem uma ampla defesa das mesmas. Ao que tudo indica esta estratégia foi adotada em virtude da grande resistência colocada ao programa por usuários e trabalhadores do setor desde que o mesmo entrou em discussão na Secretaria Municipal de Saúde⁶⁹. A necessidade levantada pelos gestores de que todos os Conselhos Locais de Saúde tomassem conhecimento da proposta e definissem uma posição antes que esta entrasse em debate no conselho, permitiria o uso por mais tempo de seus recursos para a defesa de suas posições e ampliaria as chances de conquistar aliados entre os representantes dos Conselhos Locais de Saúde no CMS. O relevante é que em nenhum outro momento os gestores sentiram a necessidade de adotar esta estratégia para a discussão de qualquer tema.

Ao evitar que os gestores dessem curso ao uso de sua estratégia, os conselheiros com posições contrárias à adoção do PACS pela Secretaria Municipal de Saúde conquistaram um mínimo de igualdade nas condições para discussão do programa.

Numa reunião longa na qual o PACS era o único tema da pauta (outra situação pouco comum) e com a presença de 23 conselheiros, o programa foi debatido após sua exposição pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, e os representantes de cada segmento puderam apresentar suas dúvidas, levantar os possíveis problemas para sua execução e as razões pelas quais o consideravam mais danoso que benéfico para o SUS municipal. Na votação final, com 14 votos contra e nove a favor, o programa foi rejeitado, a Secretaria Municipal de Saúde obrigada a cancelar a inclusão de Campinas no programa e devolver os recursos recebidos do Ministério da

⁶⁸ Os gestores tinham a sua disposição funcionários, tempo e carros para realização deste trabalho.

⁶⁹ Assim que o tema foi pautado para a reunião do CMS em outubro de 1998, o Movimento Popular de Saúde, seus assessores e trabalhadores da saúde procuraram informações sobre o programa e seu processo de implantação em outros municípios.

Saúde. O principal argumento para rejeição do programa foi levantado pelo Movimento Popular de Saúde: os agentes comunitários receberiam uma formação precária para realizar um trabalho de detecção de problemas de saúde e para orientar os moradores a procurarem os postos e centros de saúde mais próximos, um trabalho considerado inadequado para áreas urbanas. Consideravam ainda que os principais problemas apresentados pela política de saúde do município referiam-se ao atendimento precário da demanda por serviços de saúde e não de detecção de demandas ou de desinformação sobre quais eram os principais problemas de saúde apresentados pela população.

O que cabe destacar na discussão deste programa foram as divergências apresentadas, principalmente entre representantes dos usuários e gestores, quanto às principais necessidades a serem atendidas por programas municipais de saúde e como o debate permitiu que fossem explicitadas. Um outro dado relevante refere-se à capacidade demonstrada pelos conselheiros para evitar que os gestores pudessem conquistar aliados para suas posições pelo uso privilegiado de seus recursos técnicos e políticos, enfraquecendo os demais atores no processo de discussão.

Neste momento o MOPS ainda contava com uma assessoria regular de profissionais de saúde vinculados ao Movimento Sanitário, que foram importantes para melhorar a qualidade das informações e dos debates promovidos pelo movimento.

4.3.2 PAIDÉIA Saúde da Família

Um outro programa que imprimiria alterações importantes na política municipal de saúde discutido no interior do CMS foi o PAIDÉIA Saúde da Família, promotor de modificações importantes no Programa de Saúde da Família/PSF do Ministério da Saúde e formulado, principalmente, pelo então secretário municipal de saúde da cidade, Gastão Wagner de Sousa Campos, logo no início de sua gestão, em janeiro de 2001.

As características gerais do programa foram apresentadas na primeira reunião ordinária do conselho, em 24 de janeiro de 2001, com a indicação realizada pelo secretário de quais seriam as principais mudanças a serem efetuadas no PSF por esta proposta.

A proposta é que as equipes sejam implantadas dentro do Centro de Saúde, trabalhando com dois tipos de equipes. Uma delas chamada de equipe clássica, que atuaria nas regiões mais distantes e carentes, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde, que atenderia 700 famílias, o que corresponde a cerca de 3.000 pessoas. A outra, chamada de equipe

ampliada, composta por um médico generalista em período integral, um pediatra e um médico de adulto, um dentista, oito auxiliares de saúde, que atenderia 1.400 famílias. Se isso for efetivado, o ministério credenciará o município para receber os recursos do programa. (Ata da reunião ordinária do CMS-Campinas realizada em 24 de janeiro de 2001)

Em fevereiro de 2001, o secretário municipal de saúde distribuiu a todos os conselheiros um documento contendo as diretrizes gerais do programa e nomeando-o “PAIDÉIA Saúde da Família⁷⁰”. A Secretaria Municipal de Saúde e o MOPS, separadamente, organizaram um debate e uma plenária de saúde para discutir o PSF e o PAIDÉIA. Havia, entretanto, urgência na discussão e aprovação do programa. Campinas havia sido descredenciada pelo Ministério da Saúde e deixou de receber recursos do PSF para manutenção de suas equipes de Saúde da Família. Esta urgência foi determinante para que o desenvolvimento da discussão e aprovação do programa, que introduziria mudanças de alguma profundidade no PSF e no funcionamento dos serviços na rede básica, se restringisse aos membros do CMS e se realizasse num curto espaço de tempo.

As diretrizes gerais do programa e seu modelo de funcionamento não foram seriamente discutidos no plenário do conselho. Nas reuniões seguintes⁷¹ em que o programa esteve na pauta, os temas postos em discussão foram as contratações para composição das equipes e as gratificações (nomeadas prêmio PAIDÉIA) para valorização de pessoal, definidas como estratégia para estimular a fixação de profissionais em determinadas áreas da cidade e em determinados setores do SUS municipal como os programas de DST/ AIDS e de Saúde Mental.

Em reunião ordinária realizada em 28 de março de 2001 o projeto foi formalmente aprovado. Apelos para que o conselho o aprovasse sem grandes questionamentos foram feitos por gestores e prestadores de serviços. Argumentavam que isto significaria um aumento imediato no aporte de recursos para desenvolvimento do programa e um aumento significativo no número de pessoas beneficiadas por suas ações em virtude do aumento no número de profissionais na rede básica.

Os possíveis problemas que o programa poderia apresentar em seu desenvolvimento, como as dificuldades no relacionamento entre usuários e equipes, uma vez que relações já

⁷⁰ PAIDÉIA é um termo grego e que remete ao seu sistema educacional, voltado para a formação integral de seus cidadãos, preocupando-se com o desenvolvimento do ser humano em todos os aspectos: saúde, educação, relações sociais, ambiente. A projeção era a de que o programa pudesse trabalhar os problemas de saúde da população de Campinas nesta perspectiva totalizadora, preocupando-se com a formação de sujeitos do processo, co-participantes.

⁷¹ O programa foi pautado novamente em fevereiro e em duas reuniões em março. Uma reunião extraordinária no dia primeiro de março e na reunião ordinária do dia 28, quando foi aprovado.

estabelecidas entre médico e paciente e entre estes e outros profissionais seriam quebradas com a criação das novas equipes de trabalho, a competição pelos prêmios e a restrição do trabalho à área coberta pela equipe⁷², levantados por usuários e trabalhadores do setor, não foram postos em discussão.

O processo de discussão do PAIDÉIA Saúde da Família no contexto da disputa política entre a permanência dos vícios e problemas da democracia representativa e as potencialidades inovadoras da democracia participativa, envolveu aspectos tanto da prática cotidiana de funcionamento do CMS, quanto da correlação de forças existentes no conselho naquele momento. Por um lado, os elementos de seu funcionamento cotidiano referem-se à prática corrente das discussões apressadas, da submissão do processo deliberativo às urgências dos prazos para apresentação de projetos, programas e para obtenção de recursos, redundando em fortalecimento das prioridades e interesses de gestores e prestadores de serviços.

Por outro lado, a correlação de forças no interior do conselho expressava a aliança entre o MOPS e os profissionais que se encontravam na secretaria de saúde naquele momento e remetia-se ao final dos anos 70, às lutas pela reforma do sistema público de saúde no Brasil e por mudanças na política municipal de saúde. Os compromissos políticos destes profissionais com o SUS tinham, de fato, sólida sustentação no desenvolvimento de suas carreiras e militância política, o que certamente contribuiu para que os apelos pela aprovação imediata do PAIDÉIA Saúde da Família tivessem uma boa recepção entre os conselheiros. Além disso e, talvez, o mais relevante, seja o fato de que, refletindo a existência de um projeto político compartilhado em todo o processo de luta pela implantação do SUS entre os militantes do MOPS e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, o teor do programa voltava-se prioritariamente para ações preventivas e para a valorização do usuário como sujeito do processo saúde-doença, co-participante das escolhas e das ações de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes de trabalho.

Ainda dentro desta perspectiva, também contribuiu para que não houvesse uma grande resistência à discussão apressada do programa, o fato dele ser a primeira medida tomada pela nova gestão da secretaria, comandada naquele momento por um profissional de medicina, intelectual e político altamente respeitado entre trabalhadores, usuários e prestadores de serviços,

⁷² Cada equipe do PAIDÉIA Saúde da Família formada nas unidades e centros de saúde é responsável pela cobertura de uma determinada área da região, pelas famílias inseridas naquela área. Posteriormente verificou-se que esta definição das áreas de trabalho fez com que inúmeros profissionais atendessem apenas os usuários de sua área de cobertura, negando-se a trabalhar com os usuários das áreas de outras equipes mesmo quando os profissionais da equipe original tinham reais dificuldades em efetuar o atendimento, conforme temiam usuários e trabalhadores.

tanto por sua produção acadêmica, quanto por sua passagem anterior pela Secretaria Municipal de Saúde (1989-1991) e por seus compromissos profissionais e políticos com o projeto do SUS.

Ou seja, naquele momento, a direção da Secretaria Municipal de Saúde contava com relativo apoio político para suas iniciativas. Ainda que alguns conselheiros tenham alertado para o surgimento de possíveis problemas e algumas críticas tenham sido realizadas, considerando-se, principalmente, a profundidade das mudanças propostas, estas não foram seriamente discutidas e não constituíram focos de resistência mais consistentes à aprovação e implantação do programa.

O PAIDÉIA Saúde da Família envolvia mudanças importantes na organização dos serviços e no aporte de recursos a serem aplicados em pessoal, no entanto, sua discussão seguiu um rito sumário e não ampliou o envolvimento no debate dos principais interessados no tema: usuários e trabalhadores da saúde. Apesar da realização pelo MOPS de uma plenária para discussão do assunto, esta não foi suficiente para ampliar a discussão e efetivamente introduzir no debate as preocupações manifestadas pelo movimento quanto aos possíveis problemas que sua implantação poderia acarretar.

Um tempo maior para o debate do programa teria tornado possível a ampliação dos envolvidos na discussão, uma avaliação mais profunda de todos os aspectos dos problemas levantados e o estudo de alternativas para solucioná-los, o que poderia, inclusive, estimular uma adesão mais consistente dos trabalhadores (o prêmio não foi tão eficaz), um dos principais problemas apresentados pelo programa, segundo alguns dos coordenadores de unidades de saúde do município e usuários.

4.3.3 Farmácia Popular

Na discussão do programa Farmácia Popular, é possível perceber a importância para o processo decisório no CMS tanto do debate prévio na secretaria executiva do conselho quanto da existência de fóruns de movimentos sociais e das organizações representadas neste espaço, que independam dos fóruns formais definidos pela organização da política de saúde, para que a inclusão de mais atores e a ampliação do debate não tenham um caráter meramente ritualístico.

O programa de Farmácias Populares foi proposto pelo candidato do Partido dos Trabalhadores (PT) à presidência da república, Luís Inácio Lula da Silva, em sua campanha eleitoral no ano de 2002. Tratava-se de uma experiência desenvolvida em municípios

administrados pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), um dos partidos a apoiar o candidato petista no segundo turno das eleições, e que consistia em colocar à venda para a população medicamentos à preços bastante baixos. Na proposta apresentada pelo Ministério da Saúde e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), o programa Farmácia Popular comporia, ao lado de outros programas, um conjunto de medidas dentro da política nacional de assistência farmacêutica e que incluía:

a) instalação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos; b) Identificação de potencialidades e prioridades para o estabelecimento de acordos de cooperação internacional para o desenvolvimento e transferência de tecnologias; c) Formalização de transferência de tecnologia com o governo de Cuba (eritropoetina e interferon); d) Viabilizar a produção nacional de medicação antiretroviral; e) Implantação da fábrica de preservativos em Xapuri (Acre); f) Implantação da produção de fitoterápicos; g) Estudo de critérios e mecanismos legais para a regulação econômica do setor de medicamentos; h) Criação da câmara técnica de regulação de medicamentos; j) Implantação das farmácias populares com o objetivo do Estado intervir na regulação do mercado farmacêutico brasileiro, organizado e controlado pela lógica do mercado; k) Aquisição de nova unidade de produção de medicamentos no Rio de Janeiro; l) Implantação de subsídios para a oferta de medicamentos a baixo custo nas farmácias privadas. (Ata da reunião extraordinária do CMS realizada em 09 de agosto de 2004)

A apresentação do programa ganhou destaque nacional e foi objeto de críticas e polêmicas, a principal delas questionava o investimento em redes de farmácias e intervenção do Estado no mercado farmacêutico diante da crônica falta de recursos para abastecer a rede pública de unidades e serviços de saúde, nas quais os medicamentos têm distribuição universal (qualquer cidadão poderá obter seu medicamento na rede pública, mesmo que a consulta tenha sido realizada na rede de planos e serviços privados). O público alvo das Farmácias Populares é a população de classe média baixa, que possui assistência médica bancada por empregadores ou é capaz de manter planos privados de saúde de pequena cobertura (consultas e alguns serviços) e menores preços, mas que possui dificuldades para manter os custos de um tratamento médico em decorrência do alto preço dos medicamentos.⁷³

Mesmo gerando polêmicas, o programa foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a partir de sua aprovação os municípios que desejassem receber Farmácias Populares

⁷³ Estudos realizados pela Fundação Osvaldo Cruz apontaram que as famílias brasileiras gastam cerca de 15% de seu orçamento com saúde e deste total cerca de 60% são gastos com medicamentos.

deveriam encaminhar ao Ministério da Saúde uma proposta para instalação da farmácia, devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas decidiu aderir ao programa, fez sua proposta (a contrapartida do município consistia no aluguel da sala para instalação da farmácia, limpeza e manutenção⁷⁴) e a apresentou à secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde. O assunto foi pautado para a reunião extraordinária realizada em 09 de agosto de 2004.

Esta reunião contou com a presença de 16 conselheiros e algumas pessoas (principalmente médicos da rede outrora vinculados ao Movimento Sanitário) interessadas na discussão do assunto. O tema não foi objeto de discussão prévia em nenhum dos segmentos representados no conselho e a maioria dos presentes parecia estar informada apenas pela publicidade recebida pelo programa na imprensa. Após a exposição de seu conteúdo pela Secretaria Municipal de Saúde, a maioria dos usuários manifestou preocupações com o agravamento da situação da falta crônica de medicamentos na rede, preocupavam-se com o fato de que o investimento na Farmácia Popular pudesse significar a diminuição de recursos para a distribuição gratuita de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde. Para outros, o fato de ser apenas uma farmácia e instalada no centro da cidade, seria pouco útil aos moradores da periferia e também pouco poderia afetar os preços dos medicamentos nas demais farmácias, um dos argumentos usados pelos defensores do programa.

A possibilidade do programa ferir frontalmente o princípio da universalidade do SUS e de aprofundar processos em curso de diferenciação na oferta de serviços de saúde, mantendo as dificuldades existentes no sistema único para prestar serviços de boa qualidade a todos os seus usuários e possibilitando aos que podem pagar uma oferta maior de serviços, maior agilidade e qualidade, foi levantada apenas por duas pessoas presentes na reunião, médicos da rede e membros do núcleo do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) em Campinas. Na discussão, um dos representantes dos gestores disse claramente não acreditar que a distribuição de medicamentos deva ser universal e que se garantir o acesso a medicamentos é uma medida de distribuição de renda, tendo em vista o alto percentual de gastos da população com saúde e remédios, a Farmácia Popular cumpriria este papel e atenderia fundamentalmente àquela parcela

⁷⁴ No programa aprovado no CNS o convênio é firmado entre o ministério da saúde, as prefeituras e entidades filantrópicas que desejarem participar, por intermédio da Fiocruz. A Fiocruz contrata os funcionários e adquire os medicamentos em laboratórios públicos e em leilões. As farmácias populares seriam auto-sustentadas, ou seja, passariam a manter seu funcionamento com os recursos provenientes das vendas realizadas, o que significaria que a venda de medicamentos previa uma pequena margem de lucro.

da população que, podendo pagar ou ter acesso aos serviços privados de saúde, não conseguia arcar com os custos representados pelos medicamentos. Disse ainda que a Farmácia Popular trabalharia prioritariamente com medicamentos produzidos por laboratórios públicos, dentro da perspectiva de estímulo à criação de uma rede brasileira de produção pública de medicamentos.

O papel da secretaria executiva foi importante nesta discussão por dois motivos. Em primeiro lugar, a secretaria executiva evitou que o tema em discussão se restringisse ao programa Farmácia Popular, solicitando que a Secretaria Municipal de Saúde desse um panorama das políticas nacional e municipal de assistência farmacêutica; em segundo lugar, alguns de seus membros contribuíram para tornar a discussão mais clara, apresentando ao plenário do conselho o teor do debate em torno do assunto na reunião da secretaria executiva.

Ao mesmo tempo, a ausência de um debate prévio pelos representantes de todos os segmentos com cadeiras no conselho, impediu que a discussão tivesse um caráter mais profundo, uma vez que o tema apontava para a necessidade de uma discussão envolvendo o próprio princípio da universalidade e quais as implicações do programa para sua permanência ou não dentro do Sistema Único de Saúde. Como tem acontecido com frequência, os conselheiros tomaram uma decisão acerca de um importante programa para o Sistema Municipal de Saúde com base apenas nas informações e discussões realizadas no plenário do CMS, fortalecendo a percepção de que as possibilidades abertas de ampliação da participação dos cidadãos no processo deliberativo têm sido reduzidas em função do próprio processo de funcionamento deste espaço.

As discussões destes e de outros programas evidenciaram a existência de um processo contínuo de aprofundamento da tendência a que os representantes dos diferentes segmentos se distanciem das organizações as quais se vinculam em decorrência das exigências práticas do funcionamento cotidiano do conselho e da organização do processo de discussão em que apenas um grupo pequeno de membros do conselho, os membros da secretaria executiva, tem acesso à totalidade das informações necessárias à tomada de decisões e condições para realização de uma reflexão e debate prévio do assunto.

Para usuários e trabalhadores, a escolha de seus representantes para a secretaria executiva é fundamental para garantir maior transparência na definição da pauta e que a mesma possa ser minimamente discutida dentro do segmento. Sob este aspecto, ao mesmo tempo em que a discussão na secretaria executiva pode ser apontada como um elemento de redução dos

participantes do debate, ela obriga a que os gestores sejam mais transparentes em suas posições evitando que seu domínio sobre a definição dos temas a serem discutidos no CMS, bem como o uso de seus recursos de poder para a defesa de suas posições, seja total e sem qualquer controle.

Neste sentido, a existência da secretaria executiva representou um avanço político importante na medida em que ao proporcionar aos segmentos representados no CMS condições de conhecer melhor as posições dos atores governamentais, seus argumentos e estratégias para defesa destas posições, expandiu a possibilidade de que estes segmentos possam, de posse deste conhecimento, evitar ou enfraquecer o uso privilegiado de seus recursos técnicos e políticos na defesa de suas posições.

Entretanto, na disputa política entre os dois grandes modelos político-culturais de democracia, democracia representativa e democracia participativa, processos de restrição da participação e do debate no funcionamento do Conselho Municipal de Saúde em Campinas põem em relevo as dificuldades para que relações de complementaridade entre os dois modelos sejam estabelecidas, na medida em que tal funcionamento tem propiciado uma expansão dos vícios do padrão representativo também entre os atores sociais coletivos, o que, combinado às dificuldades que movimentos sociais e organizações da sociedade civil tem enfrentado para manter sua capacidade de discussão, organização e mobilização da sociedade em torno de suas preocupações e demandas, criam entraves à consolidação e expansão de uma representação política de novo tipo (plural, não hierárquica, fluida e construída coletivamente) dificultando a desejada complementaridade entre os mecanismos tradicionais de representação política e os novos espaços de participação.

No próximo capítulo serão apresentadas as mudanças que sinalizam o fortalecimento da tendência à exacerbação da distância entre representantes e representados no interior do Movimento Popular de Saúde de Campinas, apesar dos esforços realizados por suas lideranças para evitar que este processo se aprofunde.

CAPÍTULO 5 - A TRAJETÓRIA DO MOPS - CAMPINAS NOS ANOS 90: IMPACTOS DA EXPERIÊNCIA CONSELHISTA SOBRE AS ATIVIDADES POLÍTICAS E ORGANIZATIVAS DO MOVIMENTO

O MOPS - Campinas é um movimento social com quase trinta anos, surgido em meio à expansão industrial e urbana da cidade e do estado de São Paulo durante a ditadura militar (1964 - 1984). Suas origens já foram tratadas neste trabalho. O que se pretende agora é discutir sua permanência ao longo do tempo e quais as principais transformações organizativas e políticas vividas nestes quase trinta anos.

A principal preocupação é identificar em que medida as transformações sofridas tem alguma relação com as mudanças institucionais ocorridas no sistema público de saúde, principalmente a partir da introdução de mecanismos participativos (conselhos de saúde, conselhos locais de unidades, conferências, plenárias) nos quais os movimentos sociais, particularmente os das áreas de maior urbanização do país, se envolveram.

O Movimento Popular de Saúde de Campinas construiu sua trajetória na organização e articulação autônoma da população e no enfrentamento direto com o Estado, numa relação de oposição. Caracterizou-se, principalmente nos anos 80, pela independência e autonomia em relação aos poderes públicos e aos partidos políticos, evitando ser tutelado e pressionado tanto por governos quanto por partidos na definição de suas bandeiras de luta e defesa de seus interesses, o que não significava, contudo, que entre seus militantes não existissem vínculos partidários.

O MOPS procurou manter esta postura autônoma até o início dos anos 90, mesmo após a criação do Conselho Municipal de Saúde. Juntamente com o movimento sindical foi o principal representante dos usuários no CMS até o ano de 1998, quando uma mudança na legislação, reivindicada pelo próprio movimento, refletindo as mudanças sofridas pelo MOPS, altera a composição da representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, como vimos.

A mudança na composição da representação dos usuários, com a diminuição do número de representantes do MOPS, pode ser tomada como um subproduto das mudanças ocorridas no interior do movimento e têm, como se verá no decorrer deste capítulo, relações com as mudanças

institucionais ocorridas no Sistema Único de Saúde e nos mecanismos criados para efetivação dos princípios participativos.

5.1 Objetivos e projeto político

Inicialmente, nos anos 70, os objetivos do Movimento Popular de Saúde estavam muito concentrados na obtenção de unidades de saúde e melhorias urbanas. A cidade cresceu rapidamente e a oferta dos serviços necessários a um mínimo de bem - estar era praticamente inexistente.

Assiste-se, neste período, ao crescimento das lutas pela construção de postos e resolução de problemas coletivos de saúde (a luta pela erradicação da esquistossomose é a mais emblemática), com CEBs e trabalhadores da saúde articulando-se para dar ao movimento densidade, situando os problemas de saúde enfrentados pela população no contexto da situação econômica e política do país. A satisfação das carências da população e a conquista de bens e serviços públicos encontram ancoragem na linguagem dos direitos que passa a lhe dar sustentação e a articular a luta específica da saúde com as lutas desenvolvidas pela população e pelos trabalhadores em outras áreas (melhorias urbanas, transporte, educação, habitação, etc.).

Bom...o movimento se deu dentro da...da...das igrejas. A partir da Assembléia do Povo, que era um órgão ligado à igreja católica⁷⁵, que tinha outras reivindicações, não só saúde. E a partir daí começou a despertar interesse. Esse grupo se reunia, discutia seus objetivos, saúde, que era um direito de todos. Você tinha módulos de saúde que não atendia a necessidade da população. Naquela época só quem tinha direito de ser atendido era o pessoal que tava...que tinha carteira registrada, que tinha que ter a carteirinha do INSS. Naquele tempo INAMPS, se não me engano. E a gente foi vendo que isso tinha que ser mudado. Nosso objetivo era esse. (Entrevista 3)

⁷⁵ É importante ressaltar que esta afirmação não corresponde às informações fornecidas por outras entrevistas e mesmo pelos documentos da época. A Assembléia do Povo foi um importante espaço de disputa política entre setores progressistas da igreja católica e organizações de esquerda abrigados no MDB, cujos membros militavam nos nascentes movimentos sociais e atuavam como seus articuladores.

No início dos anos 80, como vimos, o Movimento Popular de Saúde de Campinas, com a demissão de funcionários comprometidos com as lutas da população e a saída do secretário, que de algum modo compartilhava de tais compromissos, sofreu um recuo.

Uma edição do jornal “Sapo” de março de 1983 reconstrói um pouco da história do movimento até aquele ano, relata as discussões ocorridas no encontro de saúde realizado em fevereiro com a presença de apenas 23 pessoas e convoca para um outro encontro em abril. O jornal procura estimular a reflexão das razões para este recuo, entre elas a crença de que os funcionários comprometidos com o Movimento Popular pudessem ser representantes do povo dentro dos postos de saúde, estando atentos a suas necessidades e demandas, o que contribuiu para uma certa desmobilização do movimento, e também valorizar as conquistas realizadas no período: a existência de 38 postos de saúde na cidade e de funcionários, especialmente auxiliares de saúde, escolhidos entre os próprios moradores de cada bairro.

Este recuo do movimento em decorrência das dificuldades políticas enfrentadas pelos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e do não cumprimento de suas expectativas em relação à atuação destes funcionários nas unidades, demonstra o quanto a aliança entre trabalhadores da saúde e MOPS foi fundamental para a consolidação e sustentação do movimento, revelando existir uma certa dependência para manter-se do suporte fornecido por estes trabalhadores.

Apesar deste pequeno recuo no início da década, os anos 80, especialmente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, foram marcados pelas lutas pelo reconhecimento da saúde como um direito e por mudanças no sistema de saúde que o validem, possibilitando a construção de um sistema de saúde público, universal, democrático e de qualidade.

Os seminários “Saúde e Participação Popular”, realizados anualmente a partir de 1987 até 1998, foram espaços privilegiados para a articulação das lutas e reivindicações cotidianas por postos de saúde, melhoria no atendimento médico, distribuição de medicamentos e ampliação do número de funcionários e do atendimento, às lutas por transformações mais profundas no modelo médico e assistencial vigente e também no caráter excludente e autoritário de nossa sociedade. O direito à saúde era associado ao direito a melhores condições de trabalho e moradia e a participação na vida política da cidade e do país.

Neste espaço, além da articulação e organização destas lutas em toda a cidade, também se trabalhava para a criação de espaços participativos, para o fortalecimento das Comissões Populares de Saúde e de sua capacidade para fiscalização e intervenção na política municipal de saúde, principalmente no âmbito das unidades municipais.

O que se pode apreender, principalmente dos relatórios dos seminários e dos jornais do movimento neste período⁷⁶, é uma forte preocupação com a luta política para conquista do direito à saúde, para inclusão do direito à participação na constituição federal, estadual, na lei orgânica do município e para o crescimento dos serviços oferecidos à população em âmbito municipal, procurando, simultaneamente, articular as lutas específicas com a conjuntura política do país.

Após o reconhecimento da saúde como um direito e da implantação de mecanismos de controle social e participação na definição desta política, observam-se mudanças na direção dos objetivos e do projeto político do MOPS. Os objetivos listados em alguns documentos, em particular os relatórios do XI seminário “Saúde e Participação Popular” e da Plenária de Saúde convocada pelo movimento para eleição dos representantes do MOPS no CMS, eventos realizados em 1998 e 2003 respectivamente, apesar do arco de cinco anos entre a realização de um e outro, são a formação e fortalecimento de Conselhos Locais de Saúde (CLS) em todas as unidades do município, o acompanhamento dos CLS com dificuldades e problemas, a organização autônoma dos usuários e a capacitação de conselheiros, especialmente os representantes dos usuários nos Conselhos Locais. Em relação ao projeto político, as lutas pela expansão, integralidade e qualidade dos serviços de saúde prestados e para garantir a efetiva aplicação de um percentual do orçamento da união, do estado e do município na política de saúde, passam a ser prioritárias.

Não é que não existam referências à conjuntura nacional ou à defesa do SUS em todos os níveis do sistema (federal, estadual e municipal), mas há uma concentração da reflexão em torno dos problemas apresentados pelo município, pelas unidades locais de saúde e uma maior preocupação em fortalecer o controle social nestas unidades nos bairros e nas regiões. Uma das conquistas do movimento, fruto desta preocupação, foi a criação dos Conselhos Regionais de Saúde nos Distritos de Saúde, em 2003.

⁷⁶As entrevistas forneceram algumas informações acerca dos objetivos e projeto político do movimento neste período, mas sua maior contribuição foi o fornecimento de um panorama importante das atuais bandeiras do Movimento Popular de Saúde.

A luta para assegurar a eficácia do SUS municipal e fortalecer a ocupação dos espaços participativos no nível das unidades ganhou relevância e tem pautado as preocupações das lideranças do MOPS nos últimos anos. O que parece estar acontecendo é uma tendência à municipalização e concentração nos problemas específicos da política de saúde. A municipalização se expressa na valorização das questões locais, com poucas referências aos problemas de caráter regional ou estadual e a concentração em preocupações voltadas prioritariamente para a política e o sistema de saúde, sem remeter-se ou enfatizar temas que a atravessam, como as condições em que vive a população, e mesmo políticas públicas correlatas como meio-ambiente, habitação e saneamento básico, debate comum nos anos 80 e que refletia o conceito amplo de saúde cunhado pelo Movimento Sanitário.

Uma amostra da reação ao recuo das discussões de caráter mais geral envolvendo o contexto no qual se produzem as condições de saúde da população e de formulação desta política pública foi a sugestão, posta no texto-resumo das Plenárias e Conferências Municipais de Saúde da região de Campinas e apresentado na Plenária Regional de Saúde da DIR XII em novembro de 2003, de “recuperar e fortalecer os princípios da Reforma Sanitária, em especial a ampliação do conceito de saúde como qualidade de vida” (Documento “Propostas de Abrangência Estadual e Federal Aprovadas em Conferências e Plenárias Municipais”, 2003: 04).

Evidencia-se esta tendência na observação dos temas pautados para as reuniões do CMS desde 1990, o que foi possível pelo acompanhamento de suas reuniões nos anos de 2003 e 2004, pela leitura de suas atas e também pela leitura dos temas pautados nas últimas edições do jornal “Sapo”.

A mudança sofrida pelo jornal parece mais significativa em função de que este se destinava, prioritariamente, à reflexão política e à divulgação das atividades e lutas do MOPS. A partir de 1999, a abordagem de programas desenvolvidos pela rede municipal de saúde, sem que o destaque fossem seus problemas, mas a sua eficácia, bem como preocupações com cuidados pessoais com a saúde⁷⁷, aparecem pela primeira vez.

⁷⁷ A matéria sobre o trabalho do hospital psiquiátrico “Cândido Ferreira”, de caráter filantrópico, e que mantém convênios com a Secretaria Municipal de Saúde, publicada em agosto de 1999, e matérias alertando para os cuidados necessários para prevenir a DORT ou LER e o câncer de pele, publicadas em outubro de 1999, são exemplos desta mudança.

Uma vez alcançado o reconhecimento do direito à saúde e iniciado o processo de implantação de um sistema e de programas que possam garanti-lo, a tendência do movimento tem sido a de dirigir e concentrar esforços para sua efetivação, consolidação e expansão, assim como proteger as conquistas obtidas. A preocupação em qualificar os representantes dos usuários para os espaços de participação conquistados é uma das mais importantes, sinalizando tanto para a valorização do espaço quanto da própria representação, do seu papel no funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Neste processo, a preocupação com a própria organização do movimento, com sua manutenção como um espaço de processamento da luta política independente dos fóruns participativos do SUS, tem sido uma preocupação menor, como refletiu este entrevistado.

Com a valorização maior dos espaços de participação no conselho municipal e no conselho local, a organização do movimento foi deixada de lado, foi diluída dentro desse processo, tanto que os temas do debate do movimento hoje é o que? A formação do conselho, a formação do próprio conselheiro dos conselhos locais, é espaços como encontro municipal de saúde, conferência municipal de saúde, conferência estadual, conferência nacional...que é um calendário propriamente dito, um calendário governamental, uma coalizão, com governo, com sociedade. Porque esses encontros são governo e sociedade, porque quem faz o encontro é a parte da sociedade e tudo, mas com apoio do governo, mas ficou muito centrado nesse processo. Não tem uma bandeira paralela que corra, que independe desses espaços. (Entrevista 5)

O fortalecimento dos fóruns institucionais de participação e a consolidação do SUS têm pautado os temas para discussão no movimento e fragilizado sua capacidade de debate e ação em outras frentes, na medida em que a agenda construída nos fóruns de discussão do SUS (Conselhos, Plenárias e Conferências de Saúde em particular) direciona a construção da agenda do MOPS, dificultando a definição de bandeiras de luta e pauta de reivindicações que incorporem preocupações e demandas da sociedade de modo independente dos debates realizados nestes fóruns, constituindo a principal mudança na definição de seus objetivos e projeto político.

5.2 Infra - estrutura, capacidade de organização

O MOPS - Campinas atualmente não possui uma organização formal, regimento interno, estatuto, direção ou sede própria, embora, segundo o relato de todos os entrevistados, desde suas origens, esta formalização nunca tenha existido de maneira consistente.

A primeira tentativa bem sucedida de constituir uma direção aconteceu em 1987 durante a realização do primeiro seminário “Saúde e Participação Popular”, quando foi formalizada uma coordenação composta por lideranças das Comissões Populares de Saúde da cidade, com representantes regionais destas comissões. A formação desta coordenação foi a iniciativa mais relevante no sentido de dar ao movimento alguma formalização. E embora seja interessante observar a ausência de hierarquias ou definição de papéis, compondo uma direção colegiada, o movimento ressen-te-se hoje da inexistência de uma secretaria responsável pelo arquivo da documentação produzida e dos registros de suas atividades, desde sua formação. As reuniões também não eram registradas em ata e tudo o que foi produzido pelo movimento (jornais, boletins, relatórios, cartilhas, cartazes, panfletos, ofícios, etc.), ao longo destes quase trinta anos de existência, se encontra disperso entre suas lideranças e ex-lideranças.

Até o ano de 1998, data de realização do último seminário “Saúde e Participação Popular” e da última eleição de sua coordenação, suas reuniões eram realizadas semanalmente. A partir de 2000 a periodicidade foi diminuindo e hoje, conforme uma de suas principais lideranças, o grupo se reúne “quando dá”.

A gente fazia antigamente uma reunião por semana, depois nós achamos que...começou a ficar cansativo....A gente mudou nossa reunião pra cada 15 dias, depois nós mudamos pra cada um mês e agora, nesses últimos dois anos, quando dá. Por que? Porque...é...infelizmente aconteceu...o movimento...as pessoas que estão no movimento, as pessoas vão se politizando, vão se formando, e as pessoas vão ocupando os espaços. Nesse atual governo houve uma quebra tanto no movimento popular como no movimento sindical, as pessoas foram pro governo. E a gente ficou meio que...sozinhos. (Entrevista 1)

A vitória eleitoral de uma nova frente de esquerda hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores para a prefeitura de Campinas em 2000, provocou o deslocamento de importantes

lideranças do MOPS vinculadas ao PT para o interior da administração⁷⁸ e, embora fossem lideranças altamente comprometidas, capazes de disponibilizar recursos próprios como telefone, carro, e mesmo recursos financeiros para organizar e mobilizar o movimento, não se deve tomar este novo contexto como o principal responsável pelos problemas de organização e mobilização apresentados pelo MOPS, principalmente a partir de 1998. O processo de consolidação do novo sistema de saúde, a crescente institucionalização de mecanismos participativos e as dificuldades enfrentadas pela maioria dos movimentos sociais para atrair novos membros e renovar suas lideranças, talvez forneçam outras pistas.

Alguns sinais do crescente envolvimento dos militantes do MOPS com a nova institucionalidade podem ser observados nas mudanças sofridas nas estratégias de divulgação do movimento. Ao mesmo tempo em que os Conselhos Locais de Saúde se expandem, observa-se uma diminuição das edições dos jornais próprios do movimento para divulgação de suas atividades (o “Sapo” e o “Saúde e Participação Popular”), o aparecimento de jornais dos Conselhos Locais (exemplos: Boletim do Conselho Local de Saúde do Jardim São José, Boletim Informativo do Conselho Local de Saúde do Parque da Figueira) e também a realização de eventos (plenárias, seminários e encontros) para discussão de questões da saúde, em parceria com a prefeitura municipal e outras instituições do setor. Também é possível notar uma tendência no sentido dos Conselhos Locais de Saúde passarem a ocupar os espaços de crítica, formulação de propostas e reivindicações, antes ocupados pelas Comissões Populares de Saúde.

Há alguns anos **o conselho local de saúde** do Jardim São José, **vem reivindicando** a construção de um Pronto Socorro - PS nesta região, totalmente equipado para qualquer tipo de atendimento. Devido a importância da solicitação o projeto já foi discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em....(Documento “Projeto para Construção de um Pronto Socorro Municipal Região Jardim São José” do Conselho Local de Saúde do Jardim São José apresentado ao secretário municipal de saúde em outubro de 1998, minha ênfase)

Os membros do CLS São José, em reunião extraordinária realizada no dia 30 de outubro, definiram as seguintes prioridades: **Lutar** pela garantia de saneamento básico nos bairros, núcleos e ocupações; **Encaminhar** ao departamento de Limpeza Urbana um ofício para verificar a periodicidade e horário da coleta de lixo [...] **Fazer** campanha de conscientização sobre o lixo jogado nos rios; Organizar um mutirão para

⁷⁸ Esta situação foi comum a todas as gestões municipais cujas frentes partidárias responsáveis pela administração municipal eram hegemônicas pelo Partido dos Trabalhadores.

limpeza dos rios e córregos; **Detectar** caminhões que jogam lixo ou resíduos industriais em nossa região. (Boletim Informativo do Conselho Local de Saúde do Jardim São José, nº 1, novembro, 1997, minha ênfase)

Nesta direção, os Conselhos Locais de Saúde têm se tornado peça importante para a articulação e mobilização do MOPS e para o relacionamento entre seus representantes no Conselho Municipal de Saúde e a população.

...você tava no conselho municipal, mas regularmente nas reuniões do conselho local, que é uma vez por mês com todo o conselho reunido e automaticamente a gente tava passando informação. Além disso a gente se reunia por setores é...região sul, norte é...fazia plenárias com os conselheiros dizendo o que tava ocorrendo. Quando ia ter uma votação no conselho municipal pra definir algumas coisas a gente...é...organizava a população em si, os conselheiros locais mais outros usuários que tivessem interesse, pra poder fazer aquela discussão e trazer a proposta pro conselho municipal. (Entrevista 3)

Os recursos materiais e financeiros com os quais o movimento conta hoje, são quase todos oriundos dos recursos disponibilizados pelos gabinetes de vereadores do PT vinculados ao movimento e ao movimento sindical. As contribuições são realizadas através da disponibilização de profissionais, especialmente jornalistas, cópias xerográficas, papel, impressão de documentos e material de divulgação, como cartilhas e jornais, da disponibilização de espaço físico para a realização de encontros e reuniões e da contratação de lideranças do movimento como assessores parlamentares para que tenham maior disponibilidade para o movimento. Nos últimos anos as contribuições de sindicatos e de outros movimentos sociais, as principais fontes de sustentação financeira e material do MOPS nos anos 80 e 90, têm diminuído, ao mesmo tempo em que cresce a contribuição dada pelos gabinetes de vereadores petistas, o que incomoda os militantes do MOPS pertencentes a outras agremiações partidárias. O maior problema, entretanto, tem sido o crescimento da dependência dos recursos disponibilizados pelos gabinetes dos vereadores.

Por um lado, se a identidade entre vereadores e movimento é real, está vinculada às origens de sua militância, por outro é difícil postular a autonomia com uma dependência tão grande de seus recursos e ao mesmo tempo evitar que a população e militantes de outros partidos estabeleçam uma identidade entre a liderança, os interesses do partido e do vereador que a contrata como funcionário. Esta é uma situação desconfortável. Prova disso foi a maneira enfática

com que uma dessas lideranças procurou negar, em entrevista, que seja “representante” do vereador para o qual trabalha e as desconfianças manifestadas por outro membro do movimento em relação à independência desta e de outras lideranças.

Foi dois do movimento popular pro gabinete dele, que era eu e o (...) é pra fazer essa estrutura, pra fazer essa ponte. Aí nos combinamos o seguinte...só tem um detalhe não vou pra lugar nenhum representar você, porque ou eu sou do movimento ou sou representante de vereador. E nós fechamos isso. Mas tá o maior pau lá porque o pessoal fala assim: você tem que ir representar o vereador. Eu falo: na saúde eu não represento ele nem que me mate! Não vou! Até vou em outro lugar que ninguém me conheça, mas na saúde, nas áreas sociais eu não vou! E não adianta. Já...tentei fazer isso uma vez, me senti mal. E aliás a gente vai ter que conversar isso de novo no trabalho, porque a coordenação do mandato tá cobrando isso, mas eu não vou conseguir fazer. Ou eu saio fora, porque não dá. Não dá pra fazer, não dá. Eu gosto muito da pessoa, mas não dá! Não dá pra representar! (Entrevista 1)

...eu acho que nós não devemos misturar...o movimento popular deve ter sua...vários segmentos de pessoas de várias ideologias, vários partidos. Mas usar o movimento em determinada circunstância, ligado, atrelado...eu...essas coisas me desanimam. E eu tenho que dizer isso...até tem hora que...dá vontade de abandonar o barco...porque a gente tem um objetivo de vê os avanços, que o seu participante tenha a sua ideologia partidária, mas ali, quando se tratar do movimento, ele tem que ser desligado, ele tem que ser autônomo, independente. (Entrevista 9)

O esforço para evitar que população e militantes de outras agremiações partidárias estabeleçam essa identidade entre liderança, partido e vereador se faz principalmente pela busca da coerência e do exercício fiel da representação do MOPS, procurando sempre defender as posições definidas pelo movimento, independentemente das posições defendidas pelo partido, ou da fidelidade ao partido, embora a definição das posições do movimento esteja se fazendo em fóruns esvaziados, pequenas reuniões com as lideranças que ainda se encontram no movimento e conselheiros locais.

Para muitos, esta situação de esvaziamento se agravou com a vitória da esquerda para a administração municipal por dois fatores. Primeiro, muitas das lideranças e assessores do movimento vinculados ao PT e outros partidos de esquerda assumiram cargos na administração e, segundo, porque a implantação do Orçamento Participativo (OP) e de outras experiências de participação passaram a exigir das lideranças populares a frequência a um número enorme de reuniões nas noites e finais de semana, durante todo o ano. O que pode ser interpretado como

uma sobrecarga de tarefas representativas, comprometendo muito seriamente a capacidade destas lideranças para atuar junto aos movimentos sociais, informando, articulando e mobilizando a população. Muitas lideranças são ao mesmo tempo representantes do movimento nos Conselhos Locais de Saúde, no OP, nos vários conselhos municipais de políticas públicas e ainda em fóruns menores, como as reuniões intersetoriais nas regiões administrativas.⁷⁹

Muitas pessoas foram pro PT, outras pro PSDB, PMDB...e quando entrou a primeira administração da prefeitura aqui, na prefeitura, que foi o PT em 1989...muitas pessoas vieram pra administração, como hoje muitas pessoas vieram pra administração. Então você tem uma queda de participação porque as lideranças, o pessoal que se formou que...eles começam...ele vai se espalhando e vem pra administração pra ajudar com o conhecimento...com a experiência...com a prática. E o movimento ele...nesse momento ele não tá no seu auge. Nós temos reuniões, nós temos tentado fazer reunião uma vez por mês, mas tá meio complicado por conta de todo mundo participar do OP, todo mundo tá na associação, todo mundo tá no Conselho Locais de Saúde. (Entrevista 2)

No final dos anos 90 o MOPS passou a viver uma nova situação e que contribuiu para comprometer um pouco mais sua capacidade para manter articulados os seus membros. Em 1998, uma de suas mais antigas e qualificadas lideranças foi eleita como presidente do Conselho Municipal de Saúde e uma outra foi convidada a assessorar o CMS na formação dos Conselhos Locais de Saúde das unidades do município e a acompanhar os CLS que estavam enfrentando dificuldades em seu funcionamento. Ao mesmo tempo em que a ocupação destes cargos indicou o reconhecimento da importância do MOPS na luta pela ampliação do controle social e pela democratização do funcionamento e coordenação do CMS-Campinas, tornou estas lideranças cada vez mais envolvidas com o processo de consolidação dos mecanismos de controle social, reduzindo suas condições para manterem as atividades próprias do movimento, em particular, os seminários anuais.

Estas lideranças fazem parte da história do movimento popular na cidade, são bem conhecidas e respeitadas. O seu envolvimento na criação dos mecanismos de controle social do SUS foi, sem dúvida, importante para a consolidação destes espaços, mas representou uma perda para o movimento em sua capacidade de manter os fóruns próprios de discussão e articulação.

⁷⁹ Grupos de trabalho regionais reunindo representantes dos serviços prestados pela prefeitura na região e representantes da população para discutir os problemas da região, mas, principalmente, os problemas apresentados na prestação dos serviços públicos.

Este elemento particulariza a situação do Movimento Popular de Saúde de Campinas no período recente, mas é possível identificar outros, de caráter mais geral, e que têm atingido os movimentos sociais no Brasil e na América Latina desde o início dos anos 90. Estes outros elementos referem-se, principalmente, a uma crescente contradição entre o aprofundamento dos valores democráticos e igualitários no interior da sociedade civil, o restabelecimento da democracia e a criação de novos mecanismos democráticos para incorporação destes valores e dos novos atores sociais coletivos de um lado e, de outro, a expansão da desigualdade socioeconômica, do desemprego e da violência, contribuindo para a desarticulação do tecido social e para a diminuição do impulso participativo, bem como as condições para a participação, que caracterizaram o processo de redemocratização dos países latino-americanos.

Neste novo contexto, em que se entrelaçam mudanças institucionais importantes na organização do processo decisório envolvendo políticas e recursos públicos e agravamento das desigualdades e problemas sociais, é que devem ser compreendidas as dificuldades e o comprometimento da capacidade do MOPS para sustentar-se apenas com seus próprios recursos e o de seus parceiros mais tradicionais (movimento sindical e outros movimentos sociais) e de organizar-se com uma pauta independente da pauta institucional definida no contexto do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

5.3 Definição de agendas, estratégias de articulação e ação política

Os espaços institucionais de participação e de definição da política de saúde, especialmente os Conselhos e as Conferências, são hoje os espaços de encontro e articulação de todos aqueles que se interessam pela temática. Os encontros, debates e seminários de caráter independente são bem menos freqüentes e suas pautas são quase sempre definidas em função das pautas institucionais (questões postas em debate nas reuniões do CMS e temas definidos para discussão nas Conferências).

Sob este aspecto, as plenárias para realização da escolha dos representantes do MOPS no Conselho Municipal de Saúde se transformaram em espaços importantes para articulação política do movimento, para aglutinação de sua base, definição de bandeiras e agenda. Como o mandato

dos conselheiros se renova a cada dois anos, este também é o período usado para renovação de suas bandeiras.

Uma importante mudança na representação dos usuários desde a criação do CMS - Campinas, capaz de dimensionar um pouco as modificações sofridas pelo MOPS, foi a diminuição do número de representantes deste movimento como representantes do segmento dos usuários dentro do conselho.

O que desencadeou esta mudança foi a expansão dos Conselhos Locais de Saúde, a crescente importância destes conselhos na articulação dos usuários e a também crescente dificuldade dos representantes do MOPS para a realização da articulação política em todo o município. Estes representantes começaram a se queixar da falta de tempo e recursos para o repasse de informações, para articular os usuários em todos os bairros do município e para realizar o trabalho de fiscalização da política municipal de saúde.

Os conselheiros locais, por sua maior proximidade física e mesmo política de moradores e usuários do sistema de saúde, já estavam se transformando em elos de ligação entre coordenação geral do MOPS e população. A mudança no número de representantes do movimento dentro do CMS e o estabelecimento de conselheiros locais, escolhidos em cada uma das regiões, para representação dos usuários, formalizou uma situação já estabelecida de fato.

A comunicação com os conselheiros locais, seja na forma de conversas nas reuniões do CMS, na promoção de cursos de capacitação e na assessoria prestada para realização das eleições, tem sido a principal estratégia de articulação e mobilização usada pelo MOPS atualmente.

O fato dos conselheiros locais de saúde se transformarem na principal base de articulação do MOPS com o paulatino desaparecimento das Comissões Populares de Saúde, sinaliza para a existência de um campo de preocupações e interesses para os problemas de saúde e para o desenvolvimento desta política pública que é capaz de mobilizar lideranças de associações de moradores e outros movimentos sociais, bem como indivíduos, usuários ou não do SUS, mas cuja articulação tem sido muito dependente dos fóruns participativos construídos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Se por um lado esta situação aponta para o enraizamento destas preocupações, das lutas pela reforma do sistema público de saúde e para a consolidação e ampliação de suas conquistas, por outro, evidencia dificuldades para a manutenção de fóruns

próprios do movimento para discussão e articulação, capazes de possibilitar que a definição das posições políticas de conselheiros e lideranças sejam ancoradas na participação popular nestes fóruns.

Neste cenário, a discussão de questões polêmicas e para as quais o movimento não tem posição definida quase sempre segue o seguinte percurso: discussões entre os representantes dos usuários no momento da reunião do Conselho Municipal de Saúde, reuniões com os conselheiros representantes dos usuários, reuniões com os conselheiros locais das regiões, debates gerais abertos à população e, se necessário, manifestações envolvendo toda a população⁸⁰.

As manifestações públicas, caracterizadas como ações diretas e de enfrentamento, muito comuns nos anos 80, são os últimos recursos a serem acionados. O que se constata é o fortalecimento da negociação como instrumento político dos representantes de todos os segmentos no CMS, mesmo em situações nas quais as diferenças entre suas posições são mais profundas, o que, em tese, estimularia o uso de outros recursos políticos.

A última plenária para escolha dos representantes do MOPS no CMS aconteceu em fevereiro de 2005 e, ao contrário do ocorrido na plenária realizada em 2003, em que foram definidas as principais bandeiras do movimento, esta discutiu apenas o papel do Conselho Municipal de Saúde e dos conselheiros no SUS municipal para, em seguida, realizar a escolha dos representantes do movimento. Estiveram presentes pouco mais de 30 pessoas. Quase todos membros dos Conselhos Locais de Saúde, como foi possível constatar pela leitura da lista de presença em que se solicitava aos participantes que indicassem a qual organização ou movimentos social estavam vinculados. Muitos dos presentes sequer conheciam o Movimento Popular de Saúde, pois responderam negativamente a esta pergunta quando uma de suas mais antigas lideranças abriu a plenária para falar do papel do CMS e dos conselheiros, levando-a a falar um pouco da história do MOPS. Os eleitos, em sua maioria, foram ou ainda são representantes dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde. Apenas um deles, eleito como suplente, é militante do MOPS há muitos anos. A observação do desenvolvimento desta plenária fortaleceu a percepção de que, hoje, os conselheiros locais de saúde constituem a base de

⁸⁰ Este foi o percurso feito no final de 2003, quando a UNICAMP anunciou o fechamento do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas no Conselho Municipal de Saúde. O MOPS e os usuários, através de seus representantes no CMS, participaram de comissões para negociar uma solução, fizeram reuniões com conselheiros locais, debates, uma manifestação de menor porte junto à reitoria da UNICAMP e um abaixo-assinado.

sustentação do Movimento Popular de Saúde e os fóruns participativos do SUS importantes espaços de articulação do movimento.

Não podemos desconsiderar, entretanto, que a existência de uma nova configuração para os movimentos sociais urbanos afetados pelo aumento do desemprego, da pobreza e da violência, conjugada à ampliação dos espaços participativos talvez explique melhor o processo de diminuição da participação nas Comissões Populares de Saúde, seu posterior desaparecimento e a diminuição da participação no próprio MOPS, como observado por esta entrevistada.

Depois que criou a instituição ficou mais...as instituições e outros espaços participativos que antes não tinha. Antes o único espaço de participação era o movimento popular, aí as pessoas tão indo pra esses espaços e a atual crise, acho que de desemprego, as pessoas vem pra reunião do movimento, se você faz mais de duas no mês as pessoas diz que não tem dinheiro pra vir...é...se pede pra telefonar pra alguém “Ah, mas eu só posso telefonar pra dois, pra três fica caro”. Então, a situação financeira, a situação de vida da população agrava muito essa questão da participação. (Entrevista 1)

Em 2003, na região Campo Grande, por iniciativa de representantes dos usuários nos conselhos locais e no CMS, em conjunto com o MOPS, foi feito um seminário denominado “Saúde pública: um direito de todos” dentro do qual uma das propostas aprovadas foi a construção de um Fórum Popular de Saúde reunindo Movimento Popular de Saúde, Pastoral da Saúde da igreja católica e trabalhadores, como um espaço independente de discussão das questões da saúde. Entretanto, a iniciativa ainda é bastante tímida. Após este seminário nenhum outro encontro foi realizado com esta perspectiva.

Por exemplo, hoje, nós não temos plenárias do Movimento Popular de Saúde, organizada pelo Movimento Popular de Saúde. Então, hoje, todos os movimentos que tem do Movimento Popular de Saúde é atrelado à instituição, ao governo. Então, eu acho que a gente vai conseguir um avanço a partir do momento que a gente romper também um pouco esse laço institucional e começar a promover plenárias nos distritos com os usuários, plenárias na cidade de Campinas com os usuários pra discutir saúde, pra discutir investimento na saúde e assim por diante. Aí eu penso que o Movimento Popular de Saúde tende a crescer a partir do momento que ele romper um pouco esses laços de instituição. (Entrevista 5)

O Movimento Popular de Saúde hoje ele tá desorganizado, no meu ponto de vista. Precisa melhorar muito...precisa se reunir mais só o movimento, não no conselho. Não se reúne. Não se reúne pra discutir só o Movimento Popular de Saúde. (Entrevista 6)

Há o reconhecimento da necessidade de uma organização independente dos fóruns institucionais, a vontade de que esta organização exista, mas há também o enfrentamento de dificuldades para aprofundar tais iniciativas. Uma das principais dificuldades é a sobrecarga de trabalho da maioria destes representantes que, com frequência, acumulam as funções de conselheiros em inúmeros espaços. Por exemplo, um dos responsáveis pelo seminário “Saúde pública: um direito de todos” é, simultaneamente, representante de sua região no CMS, conselheiro da Plenária Temática da Saúde no OP, representante dos usuários no Conselho Estadual de Saúde, membro do Conselho Fiscal do CMS e militante do Partido dos Trabalhadores.

Hoje, as iniciativas do Movimento Popular de Saúde no sentido de construir uma agenda e uma articulação mais independente em relação aos fóruns institucionais do SUS sofreram um importante recuo e encontram barreiras na própria dinâmica de funcionamento dos fóruns participativos, que demandam dos representantes dos movimentos sociais uma enorme dedicação a suas tarefas (comparecer regularmente a reuniões, ler documentos, compor comissões de trabalho, etc).

Então, depois que criou as instituições, os conselhos locais, acabou as comissões de saúde. E a gente tem defendido...com a experiência nossa, nós temos defendido que voltem as comissões de saúde. Por que? Porque as comissões de saúde ela é independente, ela é que nem o movimento...o conselho local, pra tudo que o conselho local for fazer ele tem que tá assim embasado, ele tem a lei, ele tem as regras pra funcionar. E o movimento é uma coisa mais reivindicatória, no movimento você pode dizer mais livre para conversar. Se você tem algum problema pra discutir, no movimento você discute muito mais tranqüilamente do que dentro de um conselho. Porque no conselho você tá com as três partes ali, às vezes numa discussão você pode ter...você acaba não fazendo pra não ter embate. E no movimento popular a coisa é mais...assim...a gente pode ser mais “light”, as pessoas podem chegar, dizer o que pensa, ninguém vai ser punido por dizer o que pensa. O trabalhador vai pro movimento, lá ele fala o que ele quer, no conselho local ele não fala o que ele quer.[...] Então, no movimento popular as pessoas são mais livres. (Entrevista 1)

5.4 Autonomia, relação com partidos políticos e governos

A autonomia é definida pelo próprio movimento como capacidade para auto-governar-se, com independência moral e de idéias e ter suas próprias leis (História do Movimento Popular de Saúde, 1988: 07), posicionando-se frente aos demais atores políticos (coalizão governante, partidos políticos e demais movimentos sociais) com independência, definindo e defendendo suas posições sem constrangimentos ou pressões de qualquer ordem.

O anseio de autonomia e a proclamação de uma existência autônoma, foram as principais marcas dos movimentos sociais nos anos 70 e 80 em contraposição a posturas particularistas, de relações clientelares e troca de favores, tutela e controle dos movimentos por Estado e partidos políticos, que tradicionalmente caracterizaram as relações políticas no Brasil.

O desejo de manter esta distinção, ou seja, manter uma postura autônoma, é um importante balizador para as relações com partidos políticos e governos no Movimento Popular de Saúde de Campinas.

O movimento...nós...eu sou militante, sou petista, sou filiada, nossos assessores são filiados ao PT...mas...nós temos uma ética e uma independência para discutir as coisas de qualquer um...nós fazemos, nós dizemos que nosso partido é o sus, é o sistema único de saúde. A gente defende o SUS de “cabo à rabo” da maneira que nós acreditamos que tenha que ser, das discussões que nós já fizemos e, independente de quem tiver no governo, se tiver que “dá pau” vai dar e já deu, já deu...(Entrevista 1)

Mas, uma coisa que seria bom ficar muito claro, não é porque esse governo é da...da...esquerda que o movimento popular de saúde não tem críticas também. O movimento popular de saúde ele...por isso ele é independente. Porque ele pode fazer as críticas, ele tem esse dever de fazer. (Entrevista 2)

Embora seja notório entre suas lideranças o vínculo com o Partido dos Trabalhadores e outros partidos de esquerda, nota-se um esforço para distinguir as posições do movimento das posições partidárias e das posições dos militantes do partido que se encontram na administração municipal.

Foi possível notar este esforço na discussão dentro do CMS das mudanças introduzidas no Programa de Saúde da Família pelo programa PAIDÉIA Saúde da Família⁸¹, em 2001. Apesar de aprovado, o programa foi criticado por representantes dos usuários e do MOPS por alterar profundamente as relações já estabelecidas entre pacientes e profissionais de saúde, provocando, segundo algumas lideranças, pressões sutis para que suavizassem suas críticas e mesmo defendessem as posições da administração junto ao movimento e à população.

Um outro elemento neste quadro das relações entre movimento, partidos e governos é a contratação de seus quadros como assessores de parlamentares, a disponibilização de recursos para uso do movimento por parte destes mesmos parlamentares e a diminuição do apoio da igreja católica, de outras entidades de assessoria e também do movimento sindical.

Este recuo da rede de apoios que deu sustentação ao movimento durante as décadas de 70 e 80 tem inclinado a uma dependência cada vez maior dos recursos disponibilizados pelos mandatos de parlamentares e mesmo pela própria administração (carros, passagens) para realizar a fiscalização das unidades de saúde, acompanhar a realização das eleições nos Conselhos Locais, promover cursos de capacitação para os conselheiros e participar dos fóruns do SUS (Plenárias, Conferências, Encontros e Conselhos). O que na maioria das circunstâncias significa a inexistência de recursos para a promoção de debates e eventos que independam da agenda destes fóruns.

Mesmo que esta situação não signifique o comprometimento da independência para formação de opiniões e definição de posturas e posições, pode significar uma maior dificuldade para ampliar o debate e a definição de posições a partir de discussões envolvendo um número maior de interessados no tema. Neste sentido, os fóruns partidários e os fóruns do SUS acabam ocupando o espaço antes ocupado pelo movimento como espaços de reflexão, articulação e mobilização.

O principal problema apresentado por esta tendência constitui o fato de que o potencial inovador, de ampliação do debate democrático, representado pela incorporação de movimentos sociais e organizações da sociedade civil ao processo decisório, via construção de canais participativos, se dilui e perde sua potência.

⁸¹ O programa PAIDÉIA Saúde da Família, como vimos, reestruturou o atendimento dentro do PSF (Programa de Saúde da Família) nas unidades de saúde do município, mudando equipes de trabalho e introduzindo metas de atendimento.

Uma outra variável importante neste processo refere-se ao caráter da coalizão governante. Governos de caráter mais conservador e menos propensos à partilha de poder, tendem a dificultar os processos participativos e mesmo desestimulá-los, criando dificuldades para o debate democrático, mesmo nos fóruns institucionais.

De 1989 a 2004 a cidade de Campinas foi administrada por duas coalizões hegemônicas pelo Partido dos Trabalhadores/PT (1989 a 1992 e 2001 a 2004) uma coalizão hegemônica pelo Partido da Social-Democracia Brasileira/PSDB (1993 a 1996) e uma coalizão hegemônica pelo Partido Progressista Brasileiro/PPB⁸² (1997 a 2000). As gestões hegemônicas pelo PSDB e pelo PPB foram marcadas pelo cumprimento formal das disposições legais quanto ao funcionamento dos fóruns participativos existentes no SUS. O que significou um pouco mais de dificuldade para a expansão da participação e mesmo para o cumprimento das atribuições legais dos conselheiros, como a fiscalização do funcionamento dos serviços de saúde. Ainda assim, neste período, particularmente durante a gestão do prefeito Francisco Amaral, do PPB⁸³, o movimento obteve duas importantes vitórias. A primeira delas refere-se à não implantação do Programa de Agentes Comunitários, um programa do Ministério da Saúde, e a segunda ao direito a ocupar a presidência do CMS. Até 1998 este cargo era ocupado, obrigatoriamente, pelo secretário municipal de saúde. Uma mudança na lei, reivindicada pelo movimento, estabeleceu que a presidência passaria a ser ocupada por um membro do conselho, vinculado a qualquer um dos três segmentos ali representados, eleito entre seus pares.

A relação entre movimento e governo nas gestões do PSDB e do PPB foi marcada por críticas e enfrentamentos, o que aponta para a existência de uma distância maior entre governo e movimento em relação à condução da política municipal de saúde e para a ausência de projetos políticos compartilhados, embora, os pontos de contato e o diálogo fossem melhores junto à Secretaria Municipal de Saúde na gestão do PPB.

⁸² Este partido se chamava Partido Democrático e Social/PDS até 1993, quando passou a se chamar Partido Progressista Reformador/PPR. Em 1995 houve uma nova mudança e ele passou a ser denominado Partido Progressista Brasileiro/PPB e desde 2000 passou a se chamar Partido Progressista/PP.

⁸³ O último secretário de saúde da gestão do prefeito Francisco Amaral, Igor Del Guércio, foi militante do Movimento Sanitário, do Partido Comunista Brasileiro, e tinha uma história profissional e política ancorada na defesa de um sistema de saúde público, universal e participativo. Era bastante respeitado por trabalhadores e Movimento Popular de Saúde.

Eu diria que, embora a administração conservadora não gostasse da gente, porque a gente era muito crítico, mas a gente tinha um respeito fantástico! Quando alguém do movimento popular de saúde pegava pra falar, defender uma tese, tinha força aquilo, mesmo dentro do órgão público! (Entrevista 4)

Após a vitória da frente de partidos de esquerda, hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores, para a administração municipal em 2000, iniciou-se a implantação de programas de participação popular, com destaque para o Orçamento Participativo, e o fortalecimento dos existentes por meio, principalmente, do aporte de recursos para os Conselhos Municipais de Políticas Públicas. Tais recursos são alocados, em particular na Secretaria Municipal de Saúde, por meio da disponibilização de carros, passagens para as atividades de fiscalização, para a participação de usuários em eventos e para a promoção de Cursos, Conferências e Plenárias Municipais de Saúde⁸⁴. Também o acesso dos usuários a informações e aos profissionais responsáveis pelos programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde foi facilitado.

Um dado interessante obtido na observação das reuniões do CMS em 2003 e 2004, é a ausência de qualquer inibição da maioria dos representantes dos usuários para exposição de suas opiniões, dúvidas e críticas. Estes representantes parecem se sentir à vontade no espaço, transitando e conversando com os representantes governamentais e, mesmo com o titular da pasta, com certa desenvoltura. Contribuem para tanto os laços políticos existentes entre estes profissionais e o Movimento Popular de Saúde. Muitos foram assessores do MOPS e militantes ativos do Movimento pela Reforma Sanitária, configurando o compartilhamento de projetos políticos para a sociedade e para a política municipal de saúde em particular e estreitando as possibilidades de maior sintonia na definição das posições de gestores e usuários.

Isto significa que, se a capacidade do movimento para definir suas posições livre de pressões e constrangimentos, tem encontrado algum apoio, sua capacidade de fazê-lo de maneira ampla e independente dos recursos disponibilizados pelo legislativo e pela administração, diminuiu consideravelmente.

Esta nova situação tem significado o estreitamento das discussões e opções políticas do movimento, voltadas prioritariamente para os temas postos em debate nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal, e muito focalizadas na política municipal de saúde ou

⁸⁴ No ano de 2004 estes recursos diminuíram, conforme o relato de uma liderança do MOPS.

no seu entrelaçamento com a política nacional de saúde. A capacidade para trabalhar os problemas de saúde articulados aos problemas econômicos e sociais do município e do país, inserindo-os e compreendendo-os dentro destes contextos, fragilizou-se, bem como a capacidade para realizar tais discussões sem contar com os recursos disponibilizados por parlamentares ou pelo Estado. O que, de algum modo, compromete sua autonomia, na medida em que crescem as dificuldades para que o movimento defina suas posições a partir de debates mais amplos promovidos por organizações e iniciativas da própria sociedade civil.

O aumento das dificuldades para expansão do debate de modo a atingir todos os atores que se interessam pelo tema e também para expansão dos temas sujeitos à discussão, põe em evidência algumas das dificuldades para que, no processo de ocupação deste espaço pelos movimentos sociais e no próprio funcionamento da instância participativa, esta nova arena seja capaz de efetivamente ampliar o debate democrático, ultrapassando os limites do reconhecimento da legitimidade de atores sociais coletivos como interlocutores, pela criação de condições que possibilitem amplo acesso a informações e um envolvimento maior e mais qualificado destes atores e de suas bases societárias no processo de discussão e definição desta política pública.

Na medida em que estas dificuldades crescem, há uma tendência ao aumento da distância entre representantes e representados na relação entre conselheiros representantes dos usuários e suas bases sociais.

5.5 Articulação com outros movimentos sociais

A articulação entre os mais variados movimentos sociais foi uma das mais importantes características do Movimento Popular de Saúde de Campinas e do próprio movimento popular na cidade. A Assembléia do Povo, movimento aglutinador das lutas populares no final dos anos 70, surgiu como expressão do entendimento de lideranças e membros de diversos movimentos sociais do quanto as lutas travadas em variadas frentes (habitação, saúde, educação, transporte coletivo, saneamento básico, etc.) não podiam ser segmentadas sem que isso significasse o enfraquecimento de suas reivindicações.

As primeiras manifestações da Assembléia do Povo no Paço municipal em frente à sede da prefeitura foram marcadas pela presença de um grande contingente de pessoas e pela entrega de uma lista com 73 reivindicações do movimento popular ao prefeito. O mais relevante em todo o processo foi o caráter unificado de todo o movimento. (História do Movimento Popular de Saúde, 1988)

Segundo uma importante liderança deste movimento, os desdobramentos posteriores, com o atendimento de algumas reivindicações (foram 14, segundo o texto “História do Movimento Popular de Saúde”) e o encaminhamento das demais para negociações nos diferentes setores da administração municipal, estimularam o processo de segmentação, o fortalecimento da aglutinação de grupos em torno de problemas e temas específicos, negociando separadamente suas demandas e provocando a dissolução da unidade existente até aquele momento.

Porque até então, a gente...teve um período que a Assembléia do Povo...porque todo movimento ele tem baixa, tem altos e baixos. E...teve um problema...teve um racha, como tem partido político, como tem associação de bairro, isso sempre acontece. Então ficou...um grupo ficou...se ligou mais à habitação, ficou com um grupo maior...e aí foram se...foi aí que as comissões começaram a se...a modificar a forma de reivindicar. Então, ficou especificamente: saúde, educação, transporte. Foram ficando essas comissões. (Entrevista 2)

O Movimento Popular de Saúde de Campinas desenvolveu uma relação de maior proximidade com o movimento sindical e, nos bairros onde existiam Comissões Populares de Saúde organizadas, com as associações de moradores. Os laços com o movimento sindical se mantêm firmes sob a bandeira de defesa do Sistema Único de Saúde, mas o suporte e recursos oferecidos pelo movimento ao MOPS, em relação aos anos 80, diminuíram muito. Alguns sindicatos passaram a cobrar taxas pelo uso de suas dependências (salas e auditórios) e também deixaram de oferecer os serviços de seus profissionais, principalmente, jornalistas. É possível atribuir este movimento à fragilização do movimento sindical a partir das profundas mudanças sofridas no mundo do trabalho⁸⁵, com a informatização, robotização e flexibilização, e nas relações de trabalho, com o desaparecimento de funções, flexibilização de contratos e o aumento do desemprego estrutural.

⁸⁵ Em Campinas, para algumas categorias (metalúrgicos, bancários) estas mudanças foram drásticas, com o fechamento de empresas, aumento do desemprego, das horas trabalhadas e das doenças decorrentes do trabalho.

A defesa do SUS se apresenta como solo comum, campo no qual se articulam preocupações, projetos políticos e interesses, constituindo uma rede descentralizada de movimentos sociais, mobilizável em face de ameaças mais sérias às conquistas representadas pelo SUS, mas cuja unidade se caracteriza pela fluidez e mobilidade.

O recuo da rede de apoios constituída por igreja católica e ONGs de assessoria aos movimentos populares também contribuiu para o enfraquecimento das articulações entre lutas específicas e lutas gerais e o estabelecimento de uma orientação estratégica para suas ações. Ao mesmo tempo houve um fortalecimento do processo de segmentação das lutas sociais e de seu estreitamento aos campos cobertos pelas políticas públicas.

A partir dos anos 90, a articulação entre MOPS e outros movimentos sociais tem se estabelecido no contexto do projeto de consolidação e expansão do SUS. Isto tem significado a articulação e mobilização de outros movimentos para o enfrentamento de ameaças às conquistas já obtidas, de graves problemas apresentados pelo sistema (como a proposta de fechamento do pronto-socorro do Hospital das Clínicas da UNICAMP no final de 2003) ou melhoria e expansão de suas ações e serviços.

O espaço político dos Conselhos Locais e do Conselho Municipal de Saúde constitui-se como espaço de expressão das insatisfações populares e de canalização de suas demandas, no qual a negociação entre os representantes dos diferentes segmentos tem sido o instrumento para a discussão e deliberação.

O envolvimento no processo deliberativo nestes espaços, em que prevalece o debate e a negociação entre seus membros, diminuiu consideravelmente o uso das ações diretas e de enfrentamento. Ao mesmo tempo, entraves à ampliação do debate envolvendo os membros dos movimentos sociais ou aqueles que se interessam pelo tema têm aparecido na medida em que a discussão de questões polêmicas ou que apresentem maiores divergências são realizadas, para a maioria dos temas, apenas no espaço político dos conselhos, restringindo-se aos representantes dos diferentes segmentos.

A novidade apresentada no processo de articulação entre os movimentos sociais a partir dos anos 90 é a dificuldade para construção de grandes bandeiras aglutinadoras, capazes de articular e dar sentido estratégico aos mais diferentes movimentos, traçando linhas de

convergência capazes de reuni-los e mobilizar esforços no sentido de sua realização⁸⁶. Uma outra característica deste processo é o surgimento de outras formas de organização popular e protesto, como o movimento hip-hop, por exemplo, e a vocalização de insatisfações por meio de manifestações artísticas e culturais, além do fortalecimento de iniciativas da própria sociedade para resolução de seus problemas através de ONGs, cooperativas de trabalho e parcerias com empresas e instituições não governamentais no desenvolvimento de projetos destinados à proteção de crianças e adolescentes, idosos, portadores de necessidades especiais, proteção ao meio-ambiente e de educação continuada.

Neste sentido, o enfraquecimento das articulações e alianças realizadas pelo Movimento Popular de Saúde situa-se no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde, dos seus espaços de participação, e de aprofundamento das mudanças sofridas por nossa sociedade, que se tornou majoritariamente urbana, em que desigualdades crescentes, aumento do desemprego e da violência contribuem para o aparecimento de novas expressões sociais no enfrentamento destes problemas, de dificuldades à articulação e mobilização da sociedade e à ocupação dos espaços de participação conquistados.

5.6 Concepção de Estado, democracia e participação

As concepções de Estado, democracia e participação trabalhadas aqui serão as explicitadas, principalmente, nos documentos do MOPS e nas entrevistas realizadas com suas principais lideranças. Os documentos trabalhados foram os jornais “Sapo” e “Saúde e Participação Popular” e os relatórios dos seminários “Saúde e Participação Popular”, nos quais é possível observar mudanças na frequência com que estes termos aparecem e a conotação dada a cada um, de acordo com as mudanças na conjuntura política municipal e nacional.

Entre o final dos anos 70 e início dos anos 90, no contexto das lutas contra a ditadura e pelo restabelecimento da democracia, o Estado apresenta-se como o inimigo a ser combatido por estar a serviço dos interesses do capital, da classe capitalista.

⁸⁶ As tentativas de aglutinação representada pela reunião de diferentes movimentos sociais no Fórum Social Mundial, por exemplo, têm recebido críticas de seus próprios organizadores e participantes pelas dificuldades em definir prioridades nas bandeiras a serem defendidas e linhas de ação que possam balizar as iniciativas e condutas dos diferentes movimentos presentes no fórum.

A ditadura militar levou três anos destruindo, através de Atos Institucionais, a sociedade civil, reformando instituições no sentido de colocá-las a serviço do capital. (Texto “História do Movimento Popular de Saúde”, 1987: 2)

Conhecer como funciona a sociedade, qual a lógica das classes sociais, suas idéias, levou os movimentos populares e sindicais da década de 70 e 80 a recolocarem sua visão e postura diante do ESTADO CAPITALISTA. De colaboradores do Estado, passam a ter uma postura de autonomia. (Texto “História do Movimento Popular de Saúde”, 1987: 7. Expressão em maiúscula no original)

A visão de democracia e participação popular, por sua vez, é a de instrumentos de mudanças nas relações deste Estado com a sociedade, no sentido de que o Estado volte suas ações para o atendimento dos interesses da população pobre e trabalhadora. Há uma compreensão de que é preciso avançar, ultrapassar as ações de enfrentamento e resistência e passar a uma efetiva ocupação de espaços políticos no interior do Estado para que as mudanças almejadas se realizem.

Estar na lei não significa que garantimos a nossa PARTICIPAÇÃO POPULAR. O que vai garantir que nossas decisões sejam respeitadas dependem muito mais de nós, da forma como nos organizamos no movimento popular de saúde, juntamente com bairros não só da nossa região. (“Sapo”, Convocatória para Assembléia Popular de Saúde, 1991. Expressão em maiúscula no original)

A democratização do Estado, não apenas na direção do pleno restabelecimento das liberdades democráticas, mas da criação de mecanismos para incorporação de movimentos sociais ao processo decisório, foi uma das principais bandeiras do Movimento Popular de Saúde e do Movimento pela Reforma Sanitária em todo o país. No interior deste movimento, a luta pela conquista de espaços de participação capazes de incorporar movimentos sociais e trabalhadores ao processo decisório, foi simultânea à luta pelo restabelecimento da democracia no Brasil. Trabalhava-se com a premissa de que a expansão da participação democrática poderia tanto assegurar a efetivação de direitos quanto ampliar a capacidade interventiva da população nas políticas e ações desenvolvidas pelo Estado.

A criação de outros espaços para a disputa política nos quais a legitimidade das organizações populares seria plenamente reconhecida traria, dentro desta perspectiva, a possibilidade de expansão dos próprios direitos e facilitaria a fiscalização popular sobre as ações do Estado que pudessem, ou não, garanti-los.

Para o MOPS colocava-se também a perspectiva de uma ação autônoma para estas instâncias, exercendo amplo controle sobre o Estado.

Os conselhos: locais e municipal de saúde são espaços novos de participação. Novos no sentido de uma prática autônoma e independente - não atrelada ao poder local (Prefeitura) por parte do movimento. (Convocatória para o VI Seminário “Saúde e Participação Popular”, 1990)

O contexto desta discussão em Campinas era o dos dois primeiros anos de gestão da frente de esquerda, hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores, na administração municipal, em que o caráter e o papel dos conselhos foi objeto de muito debate dentro do partido, entre seus militantes e seus quadros no interior da administração.

Havia a expectativa de que a criação de espaços participativos pudesse provocar uma efetiva transferência de poder para os movimentos populares, tornando-os não apenas agentes fiscalizadores, mas agentes capazes de dirigir os rumos das políticas municipais e alterar a correlação de forças no interior do aparato de Estado.

Mesmo a recusa inicial das lideranças do MOPS em se colocarem como representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, situava-se dentro desta perspectiva. Na medida em que desejavam preservar a autonomia do movimento e sua capacidade de reflexão e decisão sem se deixar influenciar, principalmente pelos atores governamentais neste espaço, suas lideranças apostavam na capacidade de continuar pressionando o Estado e influenciando suas ações por meio do fortalecimento do próprio movimento. As posições de seus representantes neste espaço corresponderiam às posições e decisões tomadas pelo movimento. Uma vez que a expectativa era a de que estes espaços proporcionassem uma efetiva transferência de poder aos movimentos populares, era preciso manter sua capacidade de reflexão autônoma e de decisão de modo a fortalecer as posições de seus representantes no espaço e sua capacidade de dar

visibilidade aos temas e interesses do movimento, inserindo-os como objeto de discussão, bem como influenciar as posições dos demais atores ali representados.

O desenvolvimento das experiências dos conselhos e do próprio Orçamento Participativo acabou por revelar a operação de uma outra dinâmica, na qual os representantes dos diferentes segmentos se viam obrigados à negociação e à tomada de decisões sem que o segmento ou o movimento tivesse uma posição amadurecida a respeito de alguns temas, tanto em função da urgência para a tomada de algumas decisões quanto das inúmeras dificuldades dos representantes para informar, reunir e promover o debate junto a suas bases societárias.

O que o funcionamento destes espaços participativos revelou foi a sua constituição como novos espaços para processamento das disputas políticas, diferenciados em relação aos parlamentos, mas nos quais a transferência e partilha de poder só pode se realizar como resultado das disputas entre movimentos sociais, trabalhadores, demais atores sociais coletivos e coalizão governante envolvendo seus diferentes projetos políticos e os próprios modelos de democracia. Nesta direção, o desenho institucional destes espaços, expresso na definição de suas atribuições e regras de funcionamento, e valorizado por alguns autores como importante elemento na configuração da democracia participativa, apresenta-se como uma das resultantes destas disputas políticas. Como vimos, o desenho institucional e a dinâmica de funcionamento de uma arena de participação tanto pode ampliar quanto restringir a inclusão de atores sociais coletivos e demais interessados no tema no processo decisório.

Sob este aspecto, das resultantes possíveis destas disputas políticas, passada a fase inicial de ajustes e acomodação ao novo espaço participativo, as discussões realizadas pelo MOPS em torno da democratização e das expectativas em relação à capacidade interventiva do movimento e do conselho, deram lugar a discussões de como aperfeiçoar e capacitar os representantes do movimento para ocupação do espaço e os mecanismos de controle popular sobre a política de saúde.

Então, o trabalho que a gente tem, que a gente começou a fazer era esse de...reverter isso...de...a gente fez vários cursos de capacitação, o movimento fez. Porque no movimento tem alguns trabalhadores que assessoram o movimento, que estão na secretaria e que tem toda uma discussão política e conhece toda a luta da saúde e tem nos trazido essa...essa assessoria e tem ajudado a gente a tá preparando os seminários, o curso de capacitação. Nós já fizemos...acho que cinco ou seis cursos de capacitação.

E a gente percebe que quando você, no ano que você fez o curso de capacitação, que as pessoas que fizeram esse curso estão nos conselhos, o conselho tem uma alta. Ele se eleva porque as pessoas aprendem qual é o papel dela lá. Mas se você fica muito tempo sem capacitar ou sem fazer discussão, as pessoas saem e elas acabam esquecendo um pouco do seu papel e começa a ficar confusa de novo porque é uma coisa que muda...na saúde parece que nada muda, mas ela muda o tempo todo, a discussão é muito...muito dinâmica...no conselho municipal as coisas são gerais, no conselho local as coisas são mais simples, mas no conselho municipal é muito complicado. (Entrevista 1)

Mas o movimento popular de saúde não queria tá atrelado...a...a instituição. E a gente num...mas aí com o passar do tempo, a gente foi amadurecendo um pouco a idéia, foi repensando as práticas...e aí a gente achou que a criação dos conselhos locais seria assim...é...na base, você tendo conselheiros nas unidades de saúde, você reforça o conselho municipal de saúde. Porque as discussões lá acabam vindo pra...pro conselho. As reivindicações...toda a problemática da saúde acaba vindo. (Entrevista 2)

As discussões, realizadas no final dos anos 90 e início deste século, passaram a expressar uma maior preocupação com o controle social enfatizando a formação de novos Conselhos Locais de Saúde, a capacitação de conselheiros e a formação de mecanismos capazes de articular os representantes dos usuários nos Conselhos Locais e no Conselho Municipal, configurando uma tendência ao fortalecimento das preocupações em torno de como ocupar este espaço de modo mais qualificado.

Nós temos mais ou menos seis a oito pessoas na coordenação. E os antigos que hoje não estão mais no movimento, quando eles vêm pras reuniões, quando nós temos discussões importantes nós os chamamos...é...eles também vêm com essa avaliação que a gente tem que tá...ficar na formação, pra gente tá criando liderança, pra que não acabe o movimento, pra que ele exista, que a função dele tem sido essa o tempo todo, de tá mantendo as pessoas mais...é...fazendo o controle social, mas...mas com mais clareza do seu papel. (Entrevista 1)

Esta preocupação sinaliza para a importância adquirida por estes espaços para a própria aglutinação dos usuários em torno de seus interesses. Os conselhos transformaram-se em pólos de atração para todos aqueles que se interessam por discutir os problemas de saúde de seu bairro e do município, canalizando insatisfações, encaminhando resoluções para os problemas e

constituindo-se em importantes canais para expressão política, principalmente, de indivíduos e grupos.

Observa-se uma tendência no funcionamento destes espaços à negociação e tomada de decisões em condições nas quais o volume de informações é insuficiente, bem como o tempo para o processamento do debate bastante curto⁸⁷. Esta tendência compromete a capacidade dos representantes de realizarem uma discussão mais profunda entre si, junto aos seus representados e aos interessados no tema e estimula o fortalecimento entre os representantes dos usuários nestes espaços do mais grave problema apresentado na democracia representativa entre os representantes da população no parlamento e no executivo: a radicalização do princípio da autonomia relativa, em que a relativa liberdade para negociar e tomar decisões sem a necessidade de uma rígida observação do programa partidário ou da plataforma eleitoral se transforma na mais completa desenvoltura para a negociação por meio de um distanciamento crescente em relação tanto ao programa partidário e à plataforma eleitoral quanto às preocupações e interesses dos eleitores⁸⁸.

Pode-se avaliar que a democratização possibilitada pelos conselhos se encaminhou no sentido de proporcionar um novo espaço para a disputa política, a partir do qual as disputas envolvendo políticas governamentais se tornam cotidianas. Isto significa dizer que um programa de governo aprovado no momento das eleições para o executivo é, via de regra, composto de proposições gerais, prioridades genericamente estabelecidas. Após a eleição de um candidato e de seu programa não há para a sociedade garantias de que este será cumprido. Os conselhos são canais importantes para a fiscalização deste programa, controle do uso dos recursos públicos e participação na definição de prioridades e no melhor uso dos recursos. Estes canais possibilitam à sociedade participar da disputa em torno de um programa de governo durante o desenvolvimento de todo o mandato. Não que tal disputa não acontecesse, mas os conselhos instauraram um mecanismo em que a operação do programa de uma coalizão governante no cotidiano de órgãos e secretarias, passou a ser objeto de maior controle e de disputa quanto à direção, gastos e beneficiários das políticas, envolvendo os atores sociais interessados no tema, introduzindo, junto

⁸⁷ Embora estes não sejam os únicos problemas, são os que dificultam em maior medida um processo decisório melhor informado e mais amplo.

⁸⁸ Um dos objetivos do MOPS com a capacitação dos conselheiros é evitar este distanciamento e radicalização.

às instituições democráticas tradicionais, mecanismos de controle dos cidadãos sobre os órgãos e agendas públicas.

Constitui um avanço o fato de que movimentos sociais, trabalhadores e usuários dos serviços prestados pelo Estado participem das disputas envolvendo as políticas e recursos públicos, tornando mais transparente o processo decisório. Mas, embora os conselhos sejam uma importante inovação neste sentido, o processamento das disputas e decisões em seu interior tem se orientado, prioritariamente, para todos os atores, mas particularmente para os movimentos sociais, por um processo de representação que tem aprofundado a distância entre os representantes destes movimentos, suas lideranças e bases sociais, reproduzindo, de algum modo, as piores características das relações parlamentares do modelo democrático representativo e dificultando o aprofundamento da participação e do debate democrático.

5.7 Continuidade ou mudança? Luta institucional ou mobilização social?

As questões colocadas acima se referem ao debate travado pelos movimentos sociais, a partir da criação de mecanismos participativos em vários níveis da administração pública, em torno dos avanços e das perdas sofridas com a institucionalização destes mecanismos. Ao mesmo tempo em que tais mecanismos foram uma demanda dos movimentos sociais, a operação destes novos espaços exigiu destes movimentos formas de ocupação e de intervenção diferenciadas das ações de enfrentamento direto comuns nos anos 70 e 80.

O dilema reflete as dificuldades enfrentadas pelos movimentos sociais para ocupar de maneira qualificada estes novos espaços, não se esquivando ao compromisso com as tarefas requeridas pela representação (fiscalização das atividades e uso dos recursos públicos, participação em comissões de trabalho, leitura de documentos e projetos, etc.) e, simultaneamente, manter mobilizadas suas bases societárias, tornando consistente e socialmente assentada esta representação.

O processo de funcionamento destas instâncias acabou por exigir de suas lideranças a atuação em duas frentes: a da instituição e a do movimento social e por comprometer sua

capacidade de manterem organizados e mobilizados os membros do movimento e seus possíveis parceiros.

Este comprometimento se opera, principalmente, via sobrecarga de tarefas no desempenho da representação, com o conseqüente distanciamento de suas bases que esta sobrecarga impõe, e pela criação de limites para as ações de enfrentamento direto. Para que um tema possa ser pautado e discutido no Conselho Municipal de Saúde, ele primeiro é discutido pela secretaria executiva do conselho que, então, decidirá como e quando pautá-lo. Isto significa que não é possível simplesmente mobilizar um grupo de pessoas, comparecer à reunião do conselho e reivindicar a inclusão de um tema em sua pauta, por mais urgente que possa ser a questão. Inclusive porque tal medida poderia prejudicar o próprio debate do assunto, uma vez que os conselheiros poderiam ter a respeito do mesmo um conjunto insuficiente de informações. Este processo fortalece a representação na medida em que pautar temas para discussão neste espaço é uma das prerrogativas dos conselheiros. Ou seja, para que qualquer movimento social ou organização consiga pautar um tema para discussão no CMS ele precisa, necessariamente, contar com a mediação de um conselheiro ou da secretaria executiva. Também a negociação, o mais importante instrumento para o processamento de decisões e fechamento de acordos, provoca a contenção de posições polarizadas evitando, no debate de temas mais polêmicos, que estas se acirrem.

Para as lideranças do Movimento Popular de Saúde de Campinas, a consolidação do Conselho Municipal, mas principalmente, a expansão e consolidação dos Conselhos Locais de Saúde, significou o empenho no fortalecimento desta nova institucionalidade e uma grande dificuldade para manutenção das Comissões Populares de Saúde. O processo de agregação da população da cidade em torno das questões de saúde passou a se realizar via formação dos Conselhos Locais, uma vez que os espaços próprios de discussão e articulação representados pelas Comissões Populares de Saúde foram perdendo lideranças, militantes, e capacidade de enfrentamento destas questões.

Porque quando criou-se os conselhos locais, criou-se é...as representações no conselho municipal pelos conselhos locais e isso aconteceu há seis anos atrás, as pessoas⁸⁹...é...saíram dos conselhos locais que a gente já tinha feito essa intervenção lá

⁸⁹ A entrevistada refere-se aos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde.

com capacitação, com discussão, com formação desse...desse conselho. Então...é...tem muitas pessoas que hoje estão no conselho, de uma certa maneira estão no movimento popular, porque é o movimento popular que nesses dez anos...é...fez reuniões preparatórias pras reuniões polêmicas do conselho municipal. (Entrevista 1)

Entre as lideranças entrevistadas não se percebe o reconhecimento de uma relação excludente entre participação institucional e mobilização social, mas o de uma relação que tem se revelado um tanto prejudicial ao movimento por envolvê-las em tarefas que ampliam seu compromisso com o funcionamento do conselho, ou mesmo com a ocupação de outros espaços institucionais de participação como o Orçamento Participativo, mas dificultam sua capacidade de aglutinar, manter mobilizadas suas bases societárias e formar novas lideranças.

Nós temos uma dificuldade grande de...de...tá criando as lideranças porque essas pessoas agora estão envolvidas em tantas coisas, que nem foi falado, conselho municipal, conselho local, associação de moradores, comunidade de base, orçamento participativo, que eles não conseguem vim pra reunião do movimento. Mas...a gente traz...como eu falei pra você, nós vamos tentar retomar essa questão da capacitação e trazer outras pessoas. (Entrevista 1)

O movimento ele tem...ele tá nesse momento, assim, ele não tá no seu auge. Nós temos reuniões, nós temos tentado fazer reunião uma vez por mês, mas tá meio complicado por conta de todo mundo participar do OP, todo mundo vai na associação, todo mundo estão nos conselhos locais de saúde. (Entrevista 2)

Também não apareceram entre estas lideranças posições que contestassem a existência dos canais participativos. O que parece ser objeto de preocupação é a dificuldade em ancorar as posições dos conselheiros no debate coletivo, lançando mão de recursos políticos próprios como assembléias, fóruns, encontros, manifestações, protestos, para fortalecer sua representatividade e a densidade política de suas posições nas disputas travadas nestes espaços.

No debate entre luta institucional e mobilização social, a exclusão dos termos não pode ser tomada como uma consequência quase natural do funcionamento de instâncias participativas como os conselhos, pois ao mesmo tempo em que a ocupação de espaços institucionais cria algumas dificuldades e constrangimentos para a movimentação dos representantes da sociedade civil nestes espaços e junto ao próprio segmento que representam, as dificuldades enfrentadas

para renovação de suas lideranças e ampliação de seus quadros são complicadores importantes neste cenário.

A institucionalização de espaços participativos assegurou o reconhecimento político destes atores sociais coletivos tomando-os como interlocutores nesta nova arena. Se por um lado, a possibilidade de perda da capacidade de mobilização existe e tem sido um fato, por outro, os direitos conquistados e o reconhecimento de usuários, trabalhadores e movimentos sociais como interlocutores políticos tem dificultado o uso privado, centralizado e mesmo autoritário dos recursos públicos.

A trajetória de consolidação dos conselhos criou entraves a polarizações e relações de enfrentamento direto entre os segmentos representados nestes espaços, ao mesmo tempo em que proporcionou o inegável ganho de assegurar-lhes um espaço de visibilidade para as ações do Estado, tornando-as mais transparentes, e o reconhecimento de sua legitimidade como interlocutores políticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações a seguir trabalham com algumas indicações das mudanças apresentadas pelo Movimento Popular de Saúde de Campinas a partir da experiência conselhistas de participação. São indicações que chamam a atenção para a dinâmica representativa de funcionamento do conselho e como esta dinâmica afetou a vida política e organizativa do MOPS-Campinas, ainda que se deva considerar que outros fatores podem ser tão ou mais importantes que a inserção do movimento neste novo espaço de participação política no processamento destas mudanças.

Entretanto, as reflexões realizadas neste trabalho foram balizadas pela preocupação com a importância do processo de representação como modelo político-cultural de participação, de viabilização da inclusão política dos emergentes movimentos sociais e processamento de decisões, capaz de afetar, portanto, não apenas o modelo de funcionamento dos novos espaços de participação política, mas a própria organização dos atores sociais coletivos representados nestes novos espaços. Foi com esta perspectiva que as mudanças sofridas pelo MOPS verificadas durante a pesquisa foram trabalhadas.

A disputa teórica e política entre democracia representativa e democracia participativa assume, no contexto de consolidação da democracia brasileira, os contornos proporcionados pelas experiências de participação via conselhos gestores de políticas públicas e orçamento participativo. Estas experiências, tomadas como formas novas, desenhos institucionais exemplares da democracia participativa se colocam nesta disputa como sinais da viabilidade de um modelo decisório envolvendo políticas e recursos públicos mais inclusivo e plural, capaz de pelo reconhecimento da legitimidade política de atores sociais coletivos, proporcionar um espaço para que as disputas por projetos políticos, justiça distributiva, valores e identidades se realizem num ambiente em que as relações entre estes diferentes atores serão, em tese, mais igualitárias.

O que este debate, exposto no primeiro capítulo deste trabalho, parece ter deixado escapar é como a disputa entre estes dois grandes modelos de democracia se processa no próprio funcionamento das instâncias participativas e de que maneira afeta os atores envolvidos e as decisões tomadas.

Na institucionalização de canais participativos esta disputa, tal como postulada por Boaventura de Sousa Santos (2002), tem se expressado por meio de relações conceituadas pelo autor como relações de coexistência e de complementaridade. A relação de coexistência se caracteriza pela convivência da democracia representativa em nível nacional com a democracia participativa em nível local, sem que haja “transferência de prerrogativas do nível nacional para o nível local e da sociedade política para os próprios arranjos participativos” (Santos, 2002: 76), ou seja, sem que haja uma efetiva transferência de poder e capacidade decisória. A relação de complementaridade, ao contrário, “implica uma decisão da sociedade política de ampliar a participação em nível local através da transferência ou devolução para formas participativas de deliberação de prerrogativas decisórias a princípio detidas pelos governantes” (Santos, 2002: 76)

No Brasil, em princípio, segundo Santos, teríamos nas experiências dos conselhos gestores de políticas públicas e no orçamento participativo relações de complementaridade (2002: 76). Em um primeiro momento não é possível discordar de sua observação, afinal, para determinadas políticas sociais (saúde, educação, assistência social e segurança) houve uma real transferência de poder para os níveis estaduais e municipais da administração pública e seus arranjos participativos. Entretanto, para melhor definir de que modo esta relação de complementaridade está ou não se realizando, parece mais relevante observar quais temas, políticas, programas e montante de recursos são objetos de debate nestes arranjos, como as decisões se processam e de que maneira os diferentes atores sociais coletivos ocupam este espaço, avaliando sua capacidade decisória, sua capacidade de efetivamente incluir estes atores e ampliar a participação no processo deliberativo.

Parece necessário problematizar a relação de complementaridade como expressão do fortalecimento da democracia participativa uma vez que, como inúmeras pesquisas têm demonstrado, há uma disputa pelas prerrogativas decisórias entre os que foram democraticamente eleitos nos pleitos eleitorais regulares para ocupar o executivo nas administrações municipais e estaduais e os conselhos, expressa no uso de inúmeras estratégias através das quais o poder decisório destas instâncias escapa. Entre elas ressalta-se a inexistência de recursos para o seu funcionamento (espaço físico, equipamentos, recursos financeiros, etc.), a definição unilateral e autoritária da agenda de discussões (em inúmeras situações nas mãos do titular da pasta, secretário ou ministro), a tecno-burocratização dos temas, com a valorização do conhecimento especializado e, principalmente, a transferência da capacidade decisória para outros espaços (as

comissões intergestores reunindo os gestores do município, do estado e do governo federal; decretos, medidas negociadas diretamente com o legislativo, medidas provisórias e, em algumas situações, negociações privadas com os segmentos interessados na questão).

A partir desta perspectiva, o próprio processo de construção destes arranjos, com a definição de suas atribuições, regras e dinâmica de funcionamento e o modo como as decisões se processam em seu interior, são tomados como parte da disputa política entre democracia representativa e democracia participativa, uma vez que atribuições, regras e dinâmica de funcionamento tanto podem ampliar quanto restringir a participação e o escopo de temas sujeitos ao debate, afetando a capacidade decisória da instância. De maneira semelhante, o modo como os atores sociais coletivos ocupam este espaço também pode resultar em dificuldades para efetivamente ampliar esta participação.

Este trabalho toma a permanência de um dos mais problemáticos aspectos da democracia representativa, a radicalização do princípio da autonomia relativa na relação entre representantes e representados e que tem redundado em um padrão de relacionamento caracterizado por uma distância cada vez maior entre eleitos e eleitores, como um elemento que nesta disputa tem apresentado forte influência sobre o processo de ocupação destes novos espaços, tanto pelos atores governamentais quanto pelos atores sociais coletivos, afetando as relações entre os representantes destes atores e suas bases sociais, dificultando a ampliação da participação, uma efetiva transferência das prerrogativas decisórias e o estabelecimento de relações mais consistentes de complementaridade.

Neste sentido, tomar esta disputa como uma disputa de caráter político, cultural e teórico significa compreendê-la como mais profunda, envolvendo o próprio processo de funcionamento e consolidação dos arranjos participativos e ultrapassando, portanto, a redefinição da institucionalidade política, a criação de arranjos decisórios mais inclusivos que, por reconhecerem a legitimidade política de atores sociais coletivos e tomá-los como interlocutores nestes espaços, poderiam produzir mudanças significativas no sentido do aprofundamento da democracia.

Nos resultados apresentados neste trabalho esta disputa tem se traduzido em tensões entre a permanência de processos de representação pautados por um padrão de relacionamento que tende a preservar os vícios da democracia representativa e inovações na direção de tornar as

relações entre atores sociais coletivos e Estado mais transparentes e menos desiguais, tendendo a fortalecer sua efetiva inclusão política no processo decisório.

O que parece relevante destacar neste processo é de que maneira esta disputa tem afetado os próprios atores sociais coletivos, sobre os quais foram depositadas, por estudiosos, apoiadores e por suas próprias lideranças, enormes expectativas de que pudessem renovar e alterar profundamente as nossas tradicionais práticas políticas.

Não há dúvidas de que alterações de certa profundidade foram produzidas. A transparência no uso dos recursos públicos e a maior visibilidade para as ações do Estado parecem ser as de maior destaque. Simultaneamente, os atores sociais coletivos também sofreram mudanças, foram afetados pelas tensões, pelos avanços e recuos que envolvem esta disputa, alterando, conseqüentemente, não apenas suas relações com o Estado, mas as relações entre lideranças, representantes nos conselhos e demais membros do movimento.

A alteração que parece mais profunda e de maiores conseqüências para os movimentos sociais é a mudança de seu papel na cena pública. Com a institucionalização de arranjos participativos e o reconhecimento de movimentos sociais como interlocutores políticos, estes tiveram uma ampliação de suas tarefas. Além da tematização de problemas, da organização de demandas e articulação de indivíduos e grupos, estes movimentos tornaram-se co-responsáveis pela gestão de políticas públicas, num cenário de recuo das redes de apoio constituídas por ONGs, igreja e outros movimentos sociais e de dificuldades para agregar novos quadros, acrescentando um importante complicador às disputas travadas na construção destes espaços.

Há neste trabalho uma preocupação em considerar estes complicadores na compreensão das mudanças sofridas pelo MOPS-Campinas. Entretanto, há uma tendência a privilegiar as conseqüências e mudanças processadas que parecem mais estreitamente ligadas à mudança de seu papel na cena pública, às disputas políticas envolvidas na construção e consolidação destes arranjos. Nesta direção foram trabalhadas e analisadas as mudanças sofridas pelo Movimento Popular de Saúde apresentadas ao longo deste trabalho e retomadas a seguir.

As mudanças mais visíveis e de maior impacto sobre as atividades políticas e organizativas deste movimento social foram decorrentes da instauração, em caráter quase

simultâneo⁹⁰, tanto do Conselho Municipal de Saúde quanto dos Conselhos Locais nas unidades de saúde do município, exigindo do movimento um processo de adaptação às novas circunstâncias. A mais eloqüente destas mudanças atingiu o processo de organização do MOPS.

Até meados dos anos 90, as Comissões Populares de Saúde, inicialmente ligadas as CEBs, constituíam a base organizativa do movimento, razão de sua origem e fonte de sua vitalidade. A partir da instauração do Conselho Municipal de Saúde, mas, principalmente, dos Conselhos Locais de Saúde, instauraram-se mecanismos de interlocução com o Estado e outros segmentos da sociedade ligados à temática, muito próximos dos usuários, constituindo um importante canal de relacionamento com os responsáveis mais diretos pela implantação de ações e programas de saúde (coordenadores de unidades, profissionais de saúde).

A existência deste novo espaço de participação tanto pode ser tomada como responsável pelo fortalecimento das lideranças do movimento como interlocutores dos usuários e, portanto, alçadas à condição de seus representantes, quanto pelo esvaziamento das Comissões Populares de Saúde em decorrência dos encargos da representação, mas, sobretudo, do fato dos conselhos constituírem um canal de reconhecimento da legitimidade de seus interesses e espaço para expressão de suas demandas e insatisfações. Ou seja, as Comissões Populares de Saúde eram espaços de aglutinação popular em torno destas insatisfações e de sua articulação política. Com a instauração dos conselhos, suas lideranças passaram a ter a responsabilidade não apenas de articular o movimento, mas também ocupar este espaço como interlocutor político e articular-se com os demais segmentos nele representados, o que lhes obrigou à tarefa de atuação em duas frentes: a institucional e a do movimento e contribuiu para o aparecimento de dificuldades para manter a articulação política e mobilização nestes dois espaços.

Na medida em que estes espaços ampliaram sua importância como espaço para expressão de insatisfações, demandas e reivindicações, expandiram suas possibilidades políticas, transformando-se em pólo de atração para todos os que se interessam pela temática e esvaziando as Comissões Populares de Saúde como pólos aglutinadores, como espaço independente de articulação política, fazendo com que os conselheiros locais de saúde, na condição de representantes dos usuários, venham se transformando na base societária do MOPS.

⁹⁰Importante ressaltar que a instauração quase simultânea de Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde, não foi uma prática muito comum nos municípios brasileiros.

Uma outra mudança importante refere-se à definição de temas e bandeiras de luta. A criação não apenas dos conselhos, mas de um conjunto de fóruns (as conferências municipais, estaduais, nacionais e plenárias de saúde) em que os problemas, projetos e programas de saúde são debatidos entre os diferentes atores sociais interessados no tema, tem dificultado a manutenção, por parte do movimento, de seus fóruns independentes de discussão (os jornais do movimento e os seminários anuais), pois requer de suas lideranças e de seus representantes preocuparem-se com a participação nestes eventos e com a discussão prioritária de seus temas.

As responsabilidades com a articulação e representação dos usuários para participação nestes fóruns tem sobrecarregado suas lideranças e contribuído para que as pautas destes fóruns, resultantes da discussão dos diferentes segmentos, se transformem em temas, pautas e bandeiras de luta do Movimento Popular de Saúde. Uma vez que a discussão e definição dos temas e pautas destes encontros se processa no interior dos conselhos e das próprias conferências e apenas os representantes eleitos para participação nestes espaços tomam parte deste processo, há uma tendência ao fortalecimento do processo representativo, característico destes espaços, no interior do próprio movimento.

No processo de fortalecimento da representação, tão importante quanto o processo em si é sua direção. E o que tem sido possível notar é uma tendência ao aprofundamento de uma representação de tipo parlamentar, em que o distanciamento dos representantes eleitos em relação aos seus representados transforma autonomia relativa em descolamento quase total. Não que o Movimento Popular de Saúde não realize esforços no sentido de evitar este aprofundamento⁹¹, mas seus esforços têm encontrado dificuldades para conter mais consistentemente este processo em virtude tanto das dificuldades que movimentos sociais e organizações da sociedade civil têm enfrentado para renovar lideranças e quadros quanto do maior envolvimento de suas lideranças e militantes com as tarefas requeridas pela representação.

O mais relevante parece ser o quanto o comprometimento destas lideranças com as tarefas da representação e com a consolidação dos mecanismos institucionais de controle social da política de saúde tem redundado em aprofundamento de suas dificuldades para realizar esforços destinados à renovação de seus quadros e à qualificação de seus representantes, em um movimento de natureza quase circular.

⁹¹ As medidas mais freqüentemente usadas pelo MOPS com este objetivo são os cursos de capacitação de conselheiros locais de saúde e as plenárias de conselheiros para discussão de seu papel e atividades.

A disputa política entre modelos político-culturais de processamento de decisões tem se caracterizado, neste sentido, pelo modo como o próprio funcionamento representativo dos conselhos tem impulsionado um processo de adaptação do movimento social a este funcionamento, ao reduzir as condições para que este mantenha as atividades de coordenação, articulação de seus membros e produção autônoma de suas posições, na direção de um maior distanciamento entre representantes dos usuários e seus representados, comprometendo a expansão e aprofundamento do debate democrático, elemento impulsionador desta inovação institucional.

Simultaneamente, as tensões decorrentes destas disputas têm processado mudanças significativas no modo como tradicionalmente as decisões foram tomadas no âmbito do Estado brasileiro. O melhor exemplo em relação ao Movimento Popular de Saúde de Campinas refere-se à discussão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PAIDÉIA Saúde da Família. Ainda que em relação ao PAIDÉIA Saúde da Família o secretário municipal de saúde tenha solicitado aos conselheiros representantes dos usuários um voto de confiança para sua implantação, foram necessárias negociações no espaço dos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal para que as decisões envolvendo estes projetos fossem tomadas.

Parece estar em curso um movimento de mudança nas relações entre Estado e sociedade civil quanto ao modo como as decisões envolvendo o controle e definição de políticas públicas se processa, por meio da efetiva incorporação de atores sociais coletivos ao circuito decisório. Hoje, no Brasil, não é possível pensar a formulação de políticas públicas e a tomada de decisões sobre a aplicação de recursos públicos sem envolver usuários dos serviços e demais interessados no tema. Entretanto, as dificuldades enfrentadas por movimentos sociais e organizações da sociedade civil para renovar suas lideranças, ampliar seus quadros e articular as preocupações e demandas da sociedade, bem como os entraves que o próprio funcionamento destas instâncias colocam à participação, desafiam o envolvimento destes atores no processo decisório e dificultam a consolidação destas arenas participativas como elementos capazes de impulsionar mudanças mais profundas no sentido de ampliar os atores envolvidos no debate e os temas sujeitos à discussão nestes espaços.

A resolução das tensões e disputas entre a permanência dos vícios e problemas da democracia representativa e as potencialidades inovadoras da democracia participativa que, ora

se encaminha no sentido da manutenção de nossas tradições políticas (elitismo, centralismo, autoritarismo, clientelismo), ora no sentido de sua superação, com relações de maior transparência no uso dos recursos públicos, reconhecimento e respeito pela legitimidade dos interesses e posições de usuários e movimentos sociais ali representados, além de expressar a vitalidade da disputa, apenas permite apontar elementos que possam sinalizar para a construção mais consistente de relações de complementaridade entre os modelos.

Complementaridade que se expressaria melhor por meio do efetivo fortalecimento da capacidade decisória desta instância participativa e pela melhoria das condições para a participação dos atores sociais coletivos representados no espaço, renovando efetivamente o processo decisório, diminuindo a tendência a uma discussão concentrada nos aspectos administrativos da gestão pública e submetendo à apreciação neste espaço temas que há muito tempo preocupam movimentos sociais, trabalhadores e organizações da sociedade civil, como a definição de uma política de recursos humanos que permita efetivamente ampliar a capacidade de atendimento das unidades e serviços de saúde e o estabelecimento de prioridades na gestão dos recursos públicos (o fato da administração de um município cumprir as determinações legais para a aplicação de seu orçamento em saúde, não significa que estes recursos sejam suficientes para atender as necessidades da população) e na definição de programas.

A experiência do Movimento Popular de Saúde de Campinas parece apontar para a força e permanência dos principais problemas apresentados pelo modelo representativo no balizamento dos processos de discussão no interior do CMS e dos próprios movimentos sociais e isso não apenas porque os movimentos sociais têm revelado uma crônica dificuldade em renovar quadros e lideranças e permanecerem mobilizados independentemente das respostas institucionais do Estado a suas demandas por bens e serviços públicos e por participação, mas em razão, também, do destaque dado a alguns quadros no interior do movimento através da formação especial (encontros, seminários e cursos realizados pela igreja e por institutos de formação vinculados a ONGs e partidos políticos) e da maior responsabilidade assumida por um pequeno grupo de militantes na coordenação de debates, reuniões e eventos, bem como na realização das tarefas requeridas para manutenção do movimento (compor comissões, organizar documentos, articular-se com outros movimentos sociais), contribuindo para a especialização de funções e uma maior diferenciação entre os saberes e habilidades detidos por lideranças e os saberes e habilidades detidos pelos demais membros do movimento.

Isto significa que a tendência à exacerbação do princípio da autonomia relativa na relação entre representantes e representados também no funcionamento dos novos espaços de participação, especialmente os conselhos gestores de políticas públicas, tem contribuído para o fortalecimento de processos de restrição dos participantes do debate, dos temas sujeitos à discussão e do processo deliberativo, no qual a apresentação clara de propostas, de argumentos e o diálogo são as bases para a tomada de qualquer decisão.

A disputa política entre democracia representativa e democracia participativa tem se manifestado em medidas, arranjos institucionais e nas estratégias usadas pelos diferentes atores para viabilizar seus interesses e manter suas posições, com avanços e recuos em direção tanto a processos decisórios mais transparentes e que ampliam a participação democrática quanto na criação de situações que dificultam a participação e o estabelecimento de relações mais igualitárias entre os diferentes atores envolvidos nestes arranjos. Neste contexto, enredada nas tensões que envolvem interesses e disputas político-culturais na construção de arenas participativas, a instauração de conselhos gestores de políticas públicas tanto é uma experiência inclusiva, de incorporação de atores sociais coletivos antes excluídos do processo decisório, quanto tem se revelado uma experiência de fortalecimento de processos restritivos de participação e deliberação, em que um número reduzido de atores tem reais condições de colocar-se ativamente como interlocutores nas disputas travadas nestes espaços.

O MOPS-Campinas foi um movimento vigoroso, de ampla participação social e reconhecida legitimidade junto às instâncias do Estado e demais movimentos sociais. Estas características, entretanto, não impediram que as exigências e dificuldades do processo de representação no espaço do CMS afetassem, negativamente, o desenvolvimento de suas atividades e sua própria organização interna.

O que parece claro é que a criação deste novo espaço político ampliou as possibilidades de participação de atores sociais coletivos nas decisões e no controle das ações do Estado, tornando-as menos permeáveis às tradicionais práticas da barganha clientelista, da troca de favores e das decisões autoritárias, e que têm caracterizado as relações entre executivo e parlamento e entre Estado e sociedade no Brasil, mas não se revelou capaz de romper com o modelo restritivo dos processos de representação no debate das questões públicas, ainda que estes novos espaços sejam, efetivamente, mais inclusivos.

Para que a ampliação das possibilidades de participação e deliberação proporcionada por estes novos espaços se torne mais palpável parece mais importante que movimentos sociais, ONGs e demais organizações da sociedade civil se encontrem em processo permanente de discussão e articulação de interesses, posições e projetos políticos, que mantenham fóruns, plenárias e instrumentos de divulgação de suas proposições, criando um espaço autônomo de reflexão capaz de balizar o posicionamento de seus representantes nos novos espaços políticos e mesmo criar situações em que estes interesses, posições e projetos políticos possam ser disputados, um espaço em que sua construção como sujeito político, como sujeito que só existe por uma contestação à lógica da ordem, à definição prévia de identidades e papéis sociais, seja permanente.

O estudo da experiência do MOPS-Campinas acabou por revelar a força da matriz cultural democrático-representativa e de seus problemas na conformação do funcionamento do novo espaço político e da própria inserção do movimento no espaço. Isto significa que um instrumento de análise como a triangulação proposta por Avritzer (2003) e outros autores entre a tradição associativa existente no município, a vontade política dos gestores para a efetiva partilha de poder e o desenho institucional assumido pelas experiências de participação, como elementos determinantes para compreensão do direcionamento dado a estes processos, também deve ser tomado no contexto da disputa política entre democracia representativa e democracia participativa. É importante considerar nesta disputa a força de um padrão de representação que tem se caracterizado pelo aprofundamento do princípio da autonomia relativa na relação entre representantes e representados, uma vez que mesmo em experiências balizadas por um desenho institucional mais inclusivo e facilitador da participação e da deliberação e em sociedades de forte tradição associativa como a apresentada neste estudo, a matriz cultural democrático-representativa conformou tanto o processo decisório interno do novo arranjo político quanto o processo de ocupação do espaço por seus participantes, afetando e mudando conteúdo e direção de suas atividades políticas e organizativas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTINI, Silvia Eufênia. **Metamorfoses do fórum popular de saúde-fops: participação na política de saúde-** Curitiba- PR, 1991/2001. São Paulo. 2002. 110p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- AVRITZER, Leonardo; AZEVEDO, Sergio de. A política do orçamento participativo: nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil. In: XVIII ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, **Anais**, Caxambu, Minas Gerais, 1994.
- AVRITZER, Leonardo. O orçamento participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte. In DAGNINO, Evelina (org). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- _____. Teoria democrática e deliberação pública. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000.
- _____. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico. In AVRITZER, Leonardo e NAVARRO, Zander (org). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BOHMAN, James. Deliberative democracy and effective social freedom: capabilities, resources, and opportunities. In BOHMAN, James & REHG, Willian. **Deliberative democracy**. London, England: Cambridge. MIT Press, 1997.
- _____. La democracia deliberativa Y sus críticos. **Revista Metapolítica**, México, v. 4, n. 14, p. 48-57, 2000.
- Boletim do Conselho Local de Saúde do Jardim São José**, Ano 1, nº 1, novembro de 1997.
- Boletim Informativo do Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde Parque da Figueira**, Ano 2, nº 12, novembro de 1998.
- BOSCHI, Renato Raul. Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador. **Dados**, Rio de Janeiro, v.42, n. 4, p. 655-690, 1999.

BOSTEELS, Bruno. Democracia radical. **Revista Metapolítica**, México, V. 5, n. 18, p. 96-115. 2001.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de novembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. In: **Manual do gestor**. Rio de Janeiro: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, 1993.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. In: **Manual do gestor**. Rio de Janeiro: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, 1993.

Cadernos ABONG n. 15 : A participação popular nos conselhos de gestão. São Paulo. Julho/1996.

CAMPINAS, Lei n° 6.369 de 27 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a composição, organização e competência do conselho municipal de saúde do município de Campinas.

_____. Lei n° 6.547 de 02 de junho de 1991. Cria os conselhos locais de saúde de acordo com o artigo 211, parágrafo único da Lei orgânica do município de Campinas.

_____. **Decreto** n° 10.499 de 17 de julho de 1991. Regulamenta a Lei 6.369 de 27 de dezembro de 1990.

_____. Lei n° 9.625 de 07 de janeiro de 1998. Altera a Lei n. 6.369 de 27 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a composição, organização e competência do conselho municipal de saúde de Campinas.

_____. **Decreto** n° 13.125 de 27 de abril de 1999. Dá nova regulamentação à Lei n. 6.547, de 02 de julho de 1991, que cria os conselhos locais de saúde, de acordo com o artigo 211, parágrafo único, da lei orgânica do município de Campinas.

_____. Lei n° 11.465 de 10 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a criação de conselhos distritais de saúde no município de Campinas.

CARVALHO, Maria do Carmo Albuquerque. **Eppur si muove... os movimentos sociais e a construção da democracia no Brasil**. Campinas. 1997. 177p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) Universidade Estadual de Campinas.

_____. Participação social no Brasil hoje. São Paulo: Pólis, 1998. **Papers n. 2**.

- _____. TEIXEIRA, Ana Claudia C. (org.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000. 144p. (Publicações Polis, 37).
- COHEN, Joshua. Deliberation and democratic legitimacy. In BOHMAN, James & REHG, Willian. **Deliberative democracy**. London, England: Cambridge. MIT Press, 1997.
- _____. Procidimiento y sustancia en la democracia deliberativa. *Revista Metapolítica*, México, v. 4, n. 14, p. 24-47, 2000.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1996.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Atas de reuniões** ordinárias e extraordinárias do conselho municipal de saúde, realizadas no município de Campinas de 19 de setembro de 1990 à 23 de março de 2003.
- CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. As origens da idéia de participação na área de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 51, p.30-37, 1997.
- _____. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n.1, p.5-17, 1998.
- _____. Participação dos usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In PERISSINOTO, Renato & FUKS, Mário, (org). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba/PR : Fundação Araucária, 2002.
- COSTA, Fernanda Carolina. Canais institucionais de participação: autônomos ou sujeitos às alternâncias de gestão? o caso do conselho de desenvolvimento urbano do Recife. Trabalho apresentado no **VIII ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR**. Porto Alegre, 1999.
- COSTA, Sergio. A democracia e a dinâmica da esfera pública. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 36, p.55-66, 1995.
- CRESPO, José Antonio. Democracia real. **Revista Metapolítica**, México, V. 5, n.18, p.38-50, 2001

DAGNINO, Evelina (org). Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002a.

_____. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In PERISSINOTO, Renato e FUKS, Mário, (org). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba/PR : Fundação Araucária, 2002b.

Documento “Projeto para a construção de um pronto socorro municipal na região Jardim São José” encaminhado à secretária de saúde pelo conselho local de saúde do Jardim São José em 21 de outubro de 1998.

FARIA, Claudia Feres. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.50, p. 47-68, 2000.

FILGUEIRAS, Luzia Helena Gomes. **Controle social e conselhos municipais de saúde- o caso de juiz de fora- MG**. São Paulo. 2000. 396p. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

GENRO, Tarso. O orçamento participativo e a democracia. In GENRO, Tarso; SOUSA, Ubiratan de. **Orçamento participativo - a experiência de Porto Alegre**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1997.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo : Cortez, 2001. (Coleção questões da nossa época; v.84).

GUERRA, Cláudio López. Democracia sustentável. **Revista Metapolítica**, México, v. 5, n.18, p.116-129, 2001.

GUTMANN, Amy. A desarmonia da democracia. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 36, p. 5-38, 1995.

HABERMAS, Jürgen. Três modelos normativos de democracia. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 36, p.39- 54, 1995.

JUNIOR, Orlando Alves dos Santos.; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz.; AZEVEDO, Sergio. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

- KRISCHK, Paul. Regime ou cultura no estudo da democratização. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 113-132, 2000.
- L'ABBATE, Solange. **O direito à saúde**: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas. 1990. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LEFORT, Claude. **Pensando o político: ensaios sobre democracia, revolução e liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Parte 1, p. 23-78, 1991.
- LESSA, Renato. A teoria da democracia: balanço e perspectivas. In PERISSINOTO, Renato e FUKS, Mário, (org). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba/PR : Fundação Araucária, 2002.
- LOPES, Doraci Alves. **Marginais da história?** O movimento dos favelados da assembléia do povo. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 1997.
- LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa**: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre. Campinas. 2002. 225p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas.
- MÁIZ, Ramon. Democracia participativa. **Revista Metapolítica**, México, v. 5, n. 18, p. 72-95, 2001.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Metapolítica: Dossier esfera pública, movimientos sociales y democracia**. México, v.3, n.9, janeiro-março. 1999.
- MIGUEL, Luís Felipe. Sorteios e representação democrática. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 69-96, 2000.
- MORITA, Ione. **Conselho e conselheiros municipais de saúde**: que trama é esta? São Paulo. 2002. 131p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE DE CAMPINAS. História do Movimento Popular de Saúde. **Texto** apresentado no II seminário “Saúde e Participação Popular” realizado em 13 de dezembro de 1987.

- _____. **Relatório** do IV seminário “saúde e participação popular” realizado em abril de 1989.
- _____. **Caderno** “saúde e participação popular”, 22 de junho de 1990.
- _____. **Convocatória** para o VI seminário “saúde e participação popular” realizado em 29 de julho de 1990.
- _____. **Cartilha** “CLS, o que é?”, dezembro de 1991.
- _____. **Documento** “saúde: uma questão de cidadania”, 05 de agosto de 1992.
- _____. **Relatório** de atividades dos conselheiros representantes do MOPS no conselho municipal de saúde de Campinas, novembro de 1997.
- _____. **Relatório** da plenária de conselhos locais de saúde de Campinas realizada em 30 de maio de 1998.
- _____. **Relatório** do XI seminário “saúde e participação popular” realizado em 29 de agosto de 1998.
- _____. **Documento** “posição do movimento popular de saúde frente a proposta de implantação do programa de agentes comunitários”, 10 de novembro de 1998.
- _____. **Relatório** de reunião realizada em 20 de fevereiro de 2003 para eleição dos representantes do MOPS no conselho municipal de saúde de Campinas.
- NAVARRO, Zander. O “orçamento participativo” de Porto Alegre (1989 - 2002): um conciso comentário crítico. In AVRITZER, Leonardo e NAVARRO, Zander (org). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.
- NEDER, Carlos Alberto Pletz. **Participação e gestão pública**: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo. Campinas. 2001. 276 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - FCM, Universidade Estadual de Campinas.
- OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado**: transformações contemporâneas do trabalho e da política. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, cap. 1, p. 9-34, cap. 2, p. 35-64, 1992.
- PERISSINOTO, Renato. Participação e democracia: o caso do conselho municipal de assistência social de Curitiba. In PERISSINOTO, Renato e FUKS, Mário, (org). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba/PR : Fundação Araucária, 2002.

- RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.
- RAIZER, Eugênia Célia. **O estatal, o público e o privado e suas expressões na epidemia de aids**. São Paulo. 1997. 268p. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- RANCIÈRE, Jacques. **O desentendimento**: política e filosofia. São Paulo: Editora 34, 1996.
- REIS, Fábio Wanderley. Democracia, igualdade e identidade. In PERISSINOTO, Renato e FUKS, Mário, (org). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba/PR : Fundação Araucária, 2002.
- Revista idéias**, Ano 5 (2)/ 6 (1), IFCH/ UNICAMP, Campinas, 1998-1999.
- Revista tema/ programa radis/ escola nacional de saúde pública**. 11ª conferência nacional de saúde: o Brasil diz como quer ser tratado. Rio de Janeiro, n. 20, fevereiro/ 2001.
- RIBEIRO, Ana Clara Torres & GRAZIA, Grazia de. **Experiências de orçamento participativo no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- RIBEIRO, Renato Janine. **A democracia**. 2ª ed. São Paulo: Publifolha, Folha Explica, 2002.
- RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. **Implantação da política de assistência social e a constituição de sujeitos políticos na região do amepar - PR**. São Paulo. 1999. 336p. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- RÖDEL, Ulrich, FRANK, Günter, DUBIEL, Helmut. El dispositivo simbólico de la democracia. **Revista Metapolítica**, México, v. 1, n. 4, 1997.
- SANTOS, Boaventura de Sousa, (org). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Introdução geral à coleção, p. 13-28, Introdução v.1, p. 39-82, 2002.
- _____. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In HELLER, Agnes et al. **A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto/CORECON, 1999. p.33-75.
- Saúde e Participação Popular**. Boletim Informativo da Comissão Popular de Saúde da Região Cura D'Ars números 5, 6, 7, 8, 9 e 10 de fevereiro a abril de 1986.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular:** um estudo de caso. 1989. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SAPO/Saúde Popular. Boletim Informativo do Movimento Popular de Saúde de Campinas, Região Cura D'Ars, Ano I, março de 1983.

_____. Ano III, n° 22.

_____. Ano III, n° 24.

_____. Ano IV, maio de 1990.

_____. Convocatória para assembléia popular de saúde, realizada em 23 de abril de 1991.

SAPO/Saúde Popular. Boletim Informativo do Movimento Popular de Saúde de Campinas, Abril de 1999.

_____. Agosto de 1999.

_____. Outubro de 1999.

_____. Abril de 2000.

_____. Setembro de 2002.

SESC. O processo de democratização na sociedade brasileira: 20 anos de luta pela cidadania. São Paulo : SESC, 1998.

SHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia.** Rio de Janeiro: Zahar editores, Parte IV, cap. XXII, p. 336-353, 1984.

SILVA, Ilse Gomes. **Participação popular e “reforma” do estado brasileiro nos anos 1990:** contradições e impasses. São Paulo. 2001a. 287p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SILVA, José Maria da; SILVEIRA, Emerson Sena da. **Apresentação de trabalhos acadêmicos:** normas e técnicas. Juiz de Fora: Juizforana gráfica e editora, 2003.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local:** sujeitos, atores e políticas. São Paulo: HUCITEC, 2001b.

SOUZA, Jessé. Uma teoria crítica do reconhecimento. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p.133-158, 2000.

- 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.
- TAYLOR, Charles. Democracia incluyente. **Revista Metapolítica**, México, v. 5, n.18, p. 24-37, 2001.
- TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez, cap. 1, p. 23-52, cap. 5, p. 161-192, 2001.
- TORRES, Abigail Silvestre. **Conselhos municipais de assistência social**: um estudo sobre o processo de deliberação em Guarulhos e São Bernardo do Campo. São Paulo. 2001. 191p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- VALLE, José Gómez. Democracia con adjetivos. **Revista Metapolítica**, México, v. 5, n. 18, p. 142-148, 2001.
- WAMPLER, Brian. **The construction of citizenship: municipal health council of São Paulo, Brazil**. Trabalho apresentado ao Departamento de Estudos Governamentais, Universidade do Texas, Austin, maio/1996.
- _____. Orçamento participativo: uma explicação para as amplas variações nos resultados. In AVRITZER, Leonardo e NAVARRO, Zander (org). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO

Nome

completo: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Cidade e estado onde nasceu: _____

Estado Civil: _____

Religião: _____

Profissão ou ocupação atual: _____

Escolaridade: _____

Entidade/movimento e experiência (como militante e participante): _____

QUESTÕES

TRAJETÓRIA PESSOAL DE PARTICIPAÇÃO E MILITÂNCIA

- 1) Há quanto tempo você participa do movimento popular de saúde?
- 2) Qual foi a sua primeira experiência de participação em movimentos?
- 3) Com qual idade você começou a participar?
- 4) O que o motivou a participar?
- 5) De quais movimentos você já participou?

TRAJETÓRIA COMO CONSELHEIRO

- 6) Há quanto tempo é conselheiro?
- 7) O que o motivou a tornar-se conselheiro?
- 8) Como foi realizada a sua escolha como conselheiro?
- 9) Como é feita a articulação do MOPS com os seus representantes no conselho? Realiza reuniões periódicas? Conversas informais? Procura capacitá-los para a representação?
- 10) Na sua opinião, o que é conselho?
- 11) Na sua opinião, o que é ser conselheiro?
- 12) Na sua opinião, quais são as principais dificuldades do conselheiro? E quais são as suas dificuldades em particular?
- 13) Conhece o movimento popular de saúde de Campinas? (somente para os representantes dos conselhos locais)
- 14) De que maneira conheceu o MOPS? (somente para os representantes dos conselhos locais)
- 15) Que tipo de relação o MOPS mantém com os conselheiros locais de saúde? Realiza reuniões? Faz cursos de capacitação? Ou não mantém qualquer tipo de relacionamento?
- 16) Quais são as suas opiniões sobre participação e democracia? Suas opiniões sobre democracia e participação sofreram mudanças ao longo do tempo? Se mudaram, quais foram as razões para a mudança?
- 17) Qual é hoje a sua avaliação sobre a experiência do conselho municipal de saúde de Campinas? A existência dos conselhos (locais/unidade de saúde e municipal) tem contribuído para melhorar os serviços e a política municipal de saúde? De que maneira?

TRAJETÓRIA ATUAL DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE

- 18) Quais são os atuais objetivos do movimento popular de saúde?
- 19) Como estes objetivos foram definidos?
- 20) Quais são as principais reivindicações do MOPS?
- 21) Como foram definidas?
- 22) Como o MOPS está organizado?
- 23) De que maneira é feita a articulação e comunicação entre seus membros?

- 24) Como são escolhidas suas lideranças?
- 25) Como usualmente o movimento define seus objetivos e bandeiras de luta?
- 26) Quais foram as principais lutas do MOPS nos anos 90? Como foram encaminhadas?
- 27) Quais os resultados obtidos?
- 28) Quais são as principais estratégias de mobilização e organização usadas atualmente?
- 29) Quais são as principais dificuldades apresentadas pelo movimento?
- 30) O movimento popular de saúde articulá-se com outros movimentos sociais? Quais?
- 31) Como se articula com outros movimentos sociais? Em quais circunstâncias é comum esta articulação?

ESTRUTURAÇÃO DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE

- 32) O movimento popular de saúde tem sede própria? Onde realiza suas reuniões?
- 33) Com que frequência realiza suas reuniões?
- 34) Que recursos financeiros e materiais o MOPS possui atualmente?
- 35) Como o MOPS obtém os recursos (financeiros e materiais) necessários a sua articulação e mobilização de seus membros?
- 36) O MOPS tem publicação própria? Há quanto tempo? Qual a periodicidade da publicação?
- 37) De que maneira as decisões são tomadas no interior do movimento?
- 38) Na sua opinião quais são as suas principais dificuldades enfrentadas pelo MOPS hoje? E quais seriam as razões para estas dificuldades?
- 39) Como se realiza a articulação com outros movimentos de saúde no país?

RELAÇÃO COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, COM O PODER MUNICIPAL E PARTIDOS POLÍTICOS

- 40) Como o MOPS se relaciona com o conselho municipal de saúde? Freqüenta assiduamente suas reuniões? Participa da definição de suas pautas? Tem acesso a todas as informações necessárias a tomada de decisões e assuntos debatidos no conselho?
- 41) Como são escolhidos os representantes do MOPS no conselho municipal de saúde?

- 42) Como estes representantes têm atuado no conselho? Fazem parte da secretaria executiva? Compõem comissões? Apresentam temas para discussão nas reuniões? Se apresentam, quais temas?
- 43) Na sua opinião, o MOPS tem influenciado as decisões tomadas no conselho municipal de saúde? De que maneira?
- 44) Na sua opinião, que mudanças o movimento sofreu a partir da criação do conselho?
- 45) A existência do conselho proporcionou ao movimento uma real capacidade de intervenção na definição da política municipal de saúde?
- 46) Como são hoje as relações do MOPS com o poder municipal?
- 47) O MOPS têm relações com partidos políticos? Quais partidos? Como é o relacionamento?

ROTEIRO PARA MAPEAMENTO DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE DE CAMPINAS

- 1) Quais foram as origens do movimento popular de saúde da cidade?
- 2) Quais eram os seus objetivos?
- 3) Como se organizava?
- 4) Quais eram as principais reivindicações?
- 5) Quais eram as principais estratégias de luta?
- 6) De que maneira era feita a articulação e comunicação entre os membros do movimento?
- 7) Havia assessores? Quem assessorava o movimento?
- 8) Como eram escolhidas suas lideranças?
- 9) Como o movimento definia suas bandeiras de luta?
- 10) Quais eram as principais estratégias de mobilização e organização usadas?
- 11) Quais eram as principais dificuldades do movimento popular de saúde?
- 12) Quais as principais vitórias obtidas pelo MOPS em sua trajetória?

QUESTIONÁRIO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (Não é necessário colocar seu nome)

Segmento que representa no Conselho Municipal de Saúde/CMS

- () Usuários
- () Trabalhadores de Saúde
- () Universidades
- () Gestores
- () Prestadores de Serviços

Sexo: () M () F

Idade: _____

Profissão/ocupação atual: _____

QUESTÕES

1) Há quanto tempo é representante do seu segmento no CMS? _____

2) De que maneira foi escolhido para representar seu segmento no CMS?

- () Indicado pelo gestor municipal
- () Indicado pela direção do hospital ou serviço de saúde
- () Eleito em plenária do segmento ou categoria que compõe o segmento
- () Eleito em assembléia do segmento ou categoria que compõe o segmento
- () Eleito em reunião do segmento ou categoria que compõe o segmento
- () Outras. Quais? _____

3) Ocupa cargo ou é membro de comissão no CMS? () Sim () Não. Em caso de resposta positiva qual o cargo ou comissão em que trabalha? _____

4) O que o motivou a tornar-se conselheiro?

☐ Dificuldades pessoais, de familiares e amigos no acesso aos serviços públicos de saúde.

☐ Preocupação profissional e política com a melhoria do sistema de saúde do município e do país em geral.

☐ Desejo de melhorar os serviços de saúde oferecidos ao segmento que represento ou a minha categoria.

☐ Nenhuma motivação especial.

☐ Outros. Quais? _____

5) Com que frequência comparece às reuniões do CMS?

☐ Sempre

☐ Regularmente

☐ Raramente

6) De que maneira toma conhecimento das reuniões do CMS?

☐ Por e-mail

☐ Carta

☐ Em reuniões do segmento ou categoria

☐ Por meio de outros conselheiros

☐ Telefone

☐ Outras. Quais? _____

7) De que maneira toma conhecimento dos assuntos a serem tratados nas reuniões do CMS?

☐ Nas convocatórias das reuniões feitas por e-mail ou cartas.

☐ Pela chefia.

☐ Em reuniões do segmento ou categoria.

☐ Por meio de outros conselheiros.

☐ Outras. Quais? _____

8) Considera satisfatória a frequência com que são realizadas as reuniões do CMS?

() Sim () Não. Por que? _____

9) Na sua opinião, os assuntos discutidos no CMS são importantes para tratar dos problemas de saúde da população e da situação dos serviços de saúde do município?

() Sim () Não. Por que? _____

10) De que maneira toma suas posições e decisões sobre os assuntos pautados e debatidos nas reuniões do CMS?

() Procuro ler as propostas e entender os argumentos usados por quem fala sobre o assunto e me posiciono.

() O segmento e seus representantes se reúnem antes da reunião e discutem os assuntos da pauta procurando tomar uma posição.

() Os representantes do segmento se reúnem durante a reunião do CMS para tomar uma posição comum sobre o assunto.

() Outras. Quais? _____

11) O segmento representado por você tem o hábito de realizar reuniões, plenárias, encontros, cursos e outros eventos para discutir problemas e questões de saúde?

() Sim () Não. Em caso de resposta positiva, o que foi realizado? _____

12) Você já participou de cursos para formação de conselheiros? () Sim () Não. Em caso de resposta positiva, quais cursos e que órgãos ou entidades promoveram estes

cursos? _____

14) Na sua opinião, quais são os benefícios proporcionados por estes cursos? Se quiser, assinale mais de uma resposta.

☐ Melhoram a compreensão do funcionamento da política de saúde e dos conselhos.

☐ Informam sobre os direitos dos usuários e quais os recursos que podem ser usados para fazer valer estes direitos.

☐ Ensinam como deve ser conduzida uma reunião e qual a melhor maneira de participar.

☐ Informam sobre os recursos financeiros, materiais e humanos existentes no SUS.

☐ Orientam sobre o planejamento e a definição de objetivos em saúde.

☐ Outros. Quais? _____

15) Na sua opinião, a existência dos conselhos e plenárias de saúde alterou positivamente o funcionamento do SUS? ☐ Sim ☐ Não. Por que? Se quiser, assinale mais de uma resposta.

☐ As decisões importantes sobre programas e uso dos recursos do SUS continuam a ser tomadas pelo gestor (municipal, estadual ou federal).

☐ Alguns dos graves problemas do SUS, como a insuficiência de recursos humanos, da assistência farmacêutica e hospitalar não foram resolvidos pelo debate nos conselhos ou plenárias de saúde.

☐ Os conselhos e plenárias de saúde são instrumentos importantes para que a população, trabalhadores da saúde e gestores discutam e definam prioridades e o melhor uso dos recursos do SUS, e isto está acontecendo.

☐ Após a criação dos conselhos e das plenárias nenhuma decisão pode ser tomada de modo autoritário e unilateral, sem que os interessados no assunto saibam e discutam.

☐ O gestor nem sempre implanta as decisões tomadas nos conselhos e nas plenárias.

☐ Outras. Quais? _____

16) De que maneira o conteúdo das discussões realizadas no conselho é repassado ao segmento representado por você? Se quiser, assinale mais de uma resposta.

() Reuniões com os interessados no assunto.

() Jornal do bairro, categoria, ou do conselho local da unidade.

() Rádio comunitária.

() Celebrações na igreja.

() Assembléias e plenárias no bairro ou região ou da categoria.

() Reuniões do conselho local.

() Reuniões do conselho distrital.

() Reuniões do sindicato.

() Outras. Quais? _____

17) Considera satisfatório o seu desempenho como conselheiro? () Sim () Não. Por que? _____

18) Na sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para o funcionamento do CMS hoje? _____
