Participação Social em Saúde: aspectos históricos e sociais
relacionados à representação dos trabalhadores de saúde no
Conselho Municipal de Saúde

Nilce Helena de Paula Kezh

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria Bógus

São Paulo

2014

Autorizo reprodução parcial ou total, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura:_____

Data: 07/08/2014

*À Thalita e à Larissa, pelo amor que me move.
Ao Valdir, por ter tornado esse trabalho possível, meu amor eterno.*

“as dinâmicas participativas não se constroem no vazio; pelo contrário, deitam suas raízes nas tramas relacionais existentes e a elas se adaptam ao mesmo tempo em que podem potencialmente transformá-las.” Tatagiba, 2011.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos trabalhadores da secretaria municipal de saúde e conselheiros do Conselho Municipal de Guarulhos pela atenção e carinho dispensados.

À Cláudia Maria Bógus, por compartilhar sua experiência e apontar os rumos da pesquisa.

À Cleide Lavieri Martins e à Célia Maria Sivalli Campos pelas valiosas contribuições.

Aos colegas do Departamento de Práticas de Saúde pública pelo convívio caloroso,

À Deus, por ter iluminado meu caminho

APRESENTAÇÃO

Durante o curso de graduação em enfermagem, entre os anos de 1981 e 1985, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, fui aluna da professora Maria Cecília Puntel de Almeida. Sob sua orientação realizei minha primeira tarefa de pesquisa com enfoque social, na comunidade de Ribeirão Preto. Pesquisa essa premiada em Congresso Nacional de Enfermagem em 1984. Através deste trabalho descobri os elementos da política de saúde e me encantei com as possibilidades de intervenção a partir do trabalho com as comunidades.

No mesmo período fui monitora do programa de alfabetização de adultos. Por meio dele pude estudar e vivenciar os princípios da pedagogia do oprimido de Paulo Freire, que embasaram a construção da minha intervenção em saúde. O potencial transformador e libertador da educação se evidenciava quando trabalhadores do plantio de cana, cujos calos mal permitiam segurar o lápis, se alegravam por aprender a assinar o próprio nome para conseguir obter carteira de habilitação.

Iniciei minha vida profissional na área da saúde na Secretaria de Estado da Saúde no ano de 1985, no Distrito de Saúde do Jabaquara, em São Paulo. A temática da Reforma Sanitária era constante no cotidiano da Unidade de Saúde. As atividades práticas do trabalho em saúde implicavam posicionamento político com o objetivo de substituir o pensamento biologista com uma atuação pautada nos princípios da promoção da saúde. O fomento à participação e a preocupação com o empoderamento dos profissionais de enfermagem e da população sempre pautaram minha atuação profissional.

No ano de 1986, como representante dos trabalhadores pela Associação dos Servidores de Saúde – ASSES, fui delegada à VIII Conferência Nacional de Saúde, à I Conferência Nacional de Recursos Humanos e à I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizadas em Brasília. No mesmo período, participei do Grupo de Saúde do bairro

da Saúde, por meio do qual ministrei cursos de formação política aos trabalhadores de saúde em diversos municípios do estado. Os temas participação e municipalização eram centrais nessas capacitações. Na Secretaria Estadual de Saúde fui tutora da formação de atendentes de enfermagem por onze anos. Na secretaria municipal de saúde de São Paulo atuei por cinco anos na área de desenvolvimento de pessoal, no distrito de saúde de Itaquera, na zona leste entre os anos de 1991 a 1995.

Entre os anos de 2000 e 2011 fui docente em uma universidade privada, ministrando aulas de saúde coletiva para os cursos da área da saúde, durante as quais pude refletir e discutir com os alunos os percursos da implantação do Sistema Único de Saúde e da participação social.

Acredito no potencial transformador da participação do trabalhador em saúde. Por meio da consciência política, o indivíduo é capaz de entender e transformar o mundo em que vive. A minha vivência na secretaria de saúde, passando por serviços diferentes em diferentes níveis de atenção, estimulou-me a algumas reflexões sobre os Conselhos Municipais de Saúde.

Considerando os conselhos gestores como o resultado da luta da sociedade civil e acreditando na necessidade de valorizar esse espaço como uma construção democrática busquei realizar um trabalho que trouxesse à luz alguns entraves na participação social no Brasil, a partir do papel da representação do segmento dos trabalhadores no conselho municipal de saúde.

Escolhi o município de Guarulhos por ser um dos municípios com os quais trabalhei nos últimos vinte anos, acompanhando o processo de municipalização das ações de saúde e da implantação dos conselhos municipais de saúde nos municípios da região do Alto Tietê, na região metropolitana de São Paulo. O conselho municipal de saúde de Guarulhos é ativo e a história da participação popular em Guarulhos é instigante.

Estudar a representação do segmento dos trabalhadores nesse conselho, pode nos ajudar a entender o processo de participação social na saúde e indicar caminhos a percorrer, no sentido de fortalecer a democracia.

RESUMO

O Conselho Municipal de Saúde é uma instância colegiada de participação social no campo das políticas públicas em saúde. De caráter representativo e deliberativo o conselho é formado por usuários, trabalhadores e gestores do setor de saúde na esfera municipal. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer os aspectos históricos e sociais relacionados à participação social dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos. Como objetivos específicos, pretendeu descrever o processo de formação do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos relacionando-o com a atual organização e dinâmica de funcionamento do conselho e descrever e analisar a participação do segmento dos trabalhadores de saúde no Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos. A abordagem foi qualitativa e a coleta de dados foi feita por meio de análise documental, da observação participante e de entrevistas semiestruturadas. Como resultado, verificou-se que os dispositivos legais para a institucionalização dos conselhos de saúde foram utilizados pelos movimentos sociais do município de Guarulhos, o que garantiu através de procedimentos jurídicos o reconhecimento da legitimidade da sua participação. Também se verificou que há uma diluição do papel da representação do segmento do trabalhador, há um predomínio da visão liberal de participação entre os conselheiros, o que impõe obstáculos à efetiva participação da sociedade civil nas decisões relativas às políticas de saúde locais.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde. Políticas Públicas. Participação do Trabalhador. Saúde Pública.

ABSTRACT

The Municipal Health Council is a collegiate body of social participation in public health policies. The board is deliberative and composed by users, workers and managers of the health sector at the municipal level representatives. This research aimed to understand the historical and social aspects related to social participation of workers in the Municipal Health Council of Guarulhos. Additionally, intend to describe the process by which this Council was formed relating to the current organization and dynamics of functioning and analyzing the participation of the health workers. Methodology involves qualitative research and document analysis, participant observation and semi-structured interviews. Results show that the social movement of Guarulhos used legal mechanisms to legitimacy health participation; that the worker participation is diluted; there is a predominance of the liberal vision among participants. It may impose barriers to the effective participation of civil society in local health policies.

Key Words: Municipal Health Council. Public Policies, Workers' participation. Public Health.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
1.1 - O Sistema Único de Saúde e a participação social	11
1.2 - Participação Direta ou Democracia representativa.....	24
 2 – OBJETIVOS	 29
 3 – PERCURSO METODOLÓGICO.....	 30
3.1 - O Cenário de Estudo: O Município de Guarulhos	30
3.2 - Técnicas Utilizadas.....	37
 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE.....	 44
4.1 - O processo de formação do Conselho Municipal de Guarulhos.....	50
4.2 - A percepção dos conselheiros quanto à representação do segmento dos trabalhadores no Conselho Municipal de Guarulhos.....	75
 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	 88
 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 90
 7 - ANEXOS	 90
7.1 – Anexo 1 :Termo de consentimento livre e esclarecido	94
7.1 – Anexo 2 : Instrumento de pesquisa 1	96
7.1 – Anexo 2 : Instrumento de pesquisa 2	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do município de Guarulhos: Localização e Divisão administrativa	31
Quadro 1 - Município de Guarulhos - Informações Gerais	32
Quadro 2 - Guarulhos: representação política entre 1953 e 2017	33
Figura 2 – Regiões de Saúde de Guarulhos	35
Figura 3 – Representação dos sujeitos da pesquisa na primeira fase de entrevistas.....	40
Figura 4 – Representação dos sujeitos da pesquisa na segunda fase de entrevistas.....	42
Figura 5 – Frequência dos Representantes das Associações e Conselhos dos Profissionais de Saúde, com Regional sediada no Município, às reuniões do CMS Guarulhos em 2013.....	45
Quadro 3 – Perfil dos representantes do segmento do Conselho Municipal de Saúde em Guarulhos, biênio 2012/2013.....	46
Quadro 4 – Composição do primeiro Conselho Municipal de Guarulhos.....	56
Quadro 5 – Composição do Conselho Municipal de saúde –1992.....	57
Quadro 6 – Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 1994.....	60
Quadro 7 – Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 1996.....	61
Quadro 8 – Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 2000.....	62
Quadro 9 – Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 2001.....	63
Quadro10 – Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 2004.....	65
Quadro11 – Composição do Conselho Municipal de Guarulhos – 2011	69
Tabela 12 - Conhecimento dos conselheiros quanto à recomendação da paridade da representação dos trabalhadores na composição do conselho	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Sistema Único de Saúde e a participação social

A democracia no Brasil é recente e ainda carrega traços dos anos de ditadura que deixaram, entre outros legados, um sistema de saúde verticalizado, centralizado, marcado por corrupção, pelos baixos investimentos e carente de políticas de saúde que pudessem responder às necessidades da população.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã, representou um novo marco legal na história do Brasil, destacando-se pelos avanços na área dos direitos sociais. No campo da saúde inaugurou um novo paradigma, o da saúde como um direito universal, para substituir o sistema de saúde excludente que existia na época, protagonizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social- INPS e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS.

O INPS e o INAMPS tiveram suas origens nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) instituídas pela Lei Eloy Chaves, em 1923 e posteriormente foram transformados em institutos. Em 1967 ocorreu a fusão dos diversos institutos criando o INPS e em 1977 o INAMPS.

Até a década de 1980 a atenção à saúde no âmbito público era condicionada à forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho. Aos trabalhadores com carteira assinada, a assistência era financiada pelo INPS/INAMPS. A assistência para o trabalhador do campo tinha um fundo específico de financiamento - FUNRURAL- que contava com recursos ínfimos, insuficientes para garantir a assistência mínima. Os trabalhadores informais não tinham garantia de assistência pelo Estado e recebiam assistência de instituições filantrópicas dirigidas por irmãos de caridade.

O modelo de atenção caracterizava-se pela provisão privada oferecida nos centros urbanos, centrada na assistência curativa e financiada

com recursos da previdência social através do INPS/INAMPS. Côrtes (2009) afirma que os dirigentes do INPS e do INAMPS

tinham conexões com a indústria farmacêutica, com entidades de prestadores privados de serviços, empresas de medicina de grupo e organizações de profissionais de saúde, particularmente da área médica, por meio do Conselho Federal de Medicina, conselhos, associações e sindicatos médicos estaduais (CÔRTEZ 2009, p. 34).

No cenário mundial, a crise do petróleo levou a uma forte recessão econômica que afetou a política europeia de bem-estar, em virtude de cortes nos investimentos sociais. A expansão do Estado de Bem-Estar Social na Europa no período entre o fim da II Guerra Mundial e a década de 1970, no qual ao Estado cabe o papel de garantidor de políticas públicas com o objetivo de diminuir as desigualdades, foi substituído pelo Estado Mínimo focalizando as ações e reduzindo o Estado ao papel de regulador.

Os custos da assistência médica se elevavam cada vez mais nos Estados Unidos. As economias socialistas foram afetadas com gastos com importação. Os países em desenvolvimento com economia dependente, nos quais se incluía o Brasil, foram os mais afetados. A dívida externa contraída anteriormente foi cobrada a altos juros, causando o empobrecimento que resultou em miséria, doenças e em diminuição de recursos para o setor saúde (ALEIXO 2002).

No Brasil o modelo de Bem-Estar Social sequer foi implantado em virtude da política ditatorial do período compreendido entre as décadas de 1964 e 1985. As políticas assistencialistas adotadas no Brasil neste período não correspondiam ao modelo de Bem-Estar Social, pois, o fortalecimento das instituições estatais implicaria na democratização do estado, abrindo suas instituições à participação da sociedade civil organizada. A organização estatal no período de transição para a democracia ocorreu com base no modelo neoliberal.

O enfraquecimento do regime autoritário e o agravamento das desigualdades sociais no país levaram, no final da década de 1970, à ampliação da mobilização social com a emergência de movimentos setoriais

e de lutas pela democratização do país.

Na área da saúde, acadêmicos, pesquisadores, sindicatos profissionais e trabalhadores do setor defendiam a reforma do sistema de saúde brasileiro tendo como princípio o direito universal à saúde.

Em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), como um espaço de articulação de ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes, na luta pela democratização do país e pela universalização da saúde. O Cebes produzia e divulgava informações, conhecimentos e análises das questões relativas à saúde pública visando a ampliação da consciência sanitária..

Em 1979, com o objetivo articular e fortalecer entidades de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva criou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) visando o diálogo entre a comunidade técnico-científica, os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil.

constituiu-se o CEBES com a proposta de criação de uma revista - *Saúde em Debate*. O objetivo dessa publicação era veicular a nova perspectiva de análise da saúde, agora intimamente relacionada aos processos histórico-sociais (...) Essa entidade aglutina assim a academia e os profissionais dos serviços, elegendo como meta prioritária uma percepção das questões relativas à saúde, condizente com uma reformulação do sistema de saúde então vigente, na busca de sua universalização e equidade sob a égide do setor público. (...) É no decorrer dessa trajetória que o CEBES vai se convertendo, "na defesa dos interesses coletivos", num interlocutor político importante nas arenas de discussão e formulação de políticas de saúde. Trajetória semelhante percorre a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, também da segunda metade dos anos setenta, e que gradativamente se constituiu num importante interlocutor político nos debates e embates das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que, vem promovendo a divulgação e intercâmbio de informações e estudos sobre a questão (COHN, 1989).

A articulação em torno das propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro resultou na constituição de uma comunidade que se configurou no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que denunciava a deterioração das condições de vida e da saúde da população brasileira, as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde e a ausência de mecanismos de participação dos usuários, defendia o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde de responsabilidade estatal em oposição à mercantilização da saúde (CEBES, 1979).

Já então não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença, mas reconhecendo a especificidade deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Da mesma forma, começam a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área da saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo - a medicina social - na sua referência à realidade brasileira (Cohn, 1989).

A proposta apresentada pelo movimento da Reforma Sanitária tinha como eixo norteador a atenção universal à saúde baseada no conceito ampliado de necessidades de saúde, que requer uma abordagem intersetorial para a formulação de políticas que promovam melhoria nas condições de saúde e na qualidade de vida de indivíduos e comunidades.

A I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada durante a 30ª Assembleia Internacional de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, no Cazaquistão, na cidade de Alma-Ata apontou a atenção primária à saúde como o caminho para a reordenação do sistema de saúde. O relatório final da conferência, conhecido como Declaração de Alma Ata, criticava o conceito hegemônico da época: da assistência em saúde centrada no controle da enfermidade e na explicação da doença como resultado da relação de causa e efeito, e destacava as determinações sociais da doença.

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em

desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países. O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (Alma-Ata, 1978).

A declaração de Alma-Ata recomendou que o modelo de atenção à saúde, centrado na assistência médica, fosse substituído pela estratégia dos Cuidados Primários, explicitando interesses em disputa na forma de organização do sistema de saúde. Sobre os cuidados primários recomendou que fossem desenvolvidos a um custo que a comunidade e o país pudessem manter em cada fase do seu desenvolvimento,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação **e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento**, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Alma Ata, 1978).

Esta afirmação permite diferentes interpretações podendo pressupor que há diferentes necessidades de saúde e diferentes níveis de saúde aceitáveis, a depender do grau de desenvolvimento e da disponibilidade de recursos para o setor saúde em cada comunidade.

O modelo de assistência à saúde em curso no Brasil não foi capaz de responder às necessidades da população, resultando em insatisfação e desconfiança em relação à administração do sistema de saúde. Grupos populares vinculados às associações de moradores e a clubes de mães,

organizados pela igreja católica, começaram a reivindicar direitos sociais, em particular o direito à saúde.

Em São Paulo, um dos principais grupos populares desta época foi o Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL). Constituído por um grupo de pessoas que se aglutinaram para reivindicar a abertura de um posto de saúde no bairro, o grupo ganhou força com a presença de atores externos:

Os sanitaristas, assim como os estudantes de medicina desempenharam um papel importante no desenrolar dos movimentos reivindicativos pela expansão da rede e pela melhoria no atendimento, participando de reuniões com os moradores, auxiliando no seu processo de organização e colocando seus conhecimentos técnicos a serviço dos militantes. Além disso, forneceram à população, a informação e dados sobre os serviços de saúde que serviram para subsidiar as reivindicações (BÓGUS, 1998, p. 19).

Com o fim do regime militar, o movimento da reforma sanitária, antes aglutinado pelo objetivo comum da democratização do país contra o regime autoritário, evidencia tensões internas e diferenciações de propostas dos vários grupos políticos que o compõe. Identifica-se um grupo que defende uma proposta reformista que considera que a intervenção política deva ser realizada “por dentro do sistema” no interior das estruturas estatais. Outro grupo defende uma proposta afinada com a corrente societária, que defende o fortalecimento da sociedade civil.

É no escopo dessa discussão que ocorre em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) com ampla discussão sobre as condições de saúde da população. Os fatores externos ao setor, as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação da saúde como direito agravam as desigualdades sociais e regionais existentes, limitam o desenvolvimento do nível de saúde e a organização de serviços de saúde socialmente adequados.

A VIII CNS representou um marco na construção do atual sistema de saúde brasileiro, pelas suas deliberações e pela forma como foi organizada, permitindo, pela primeira vez, a ampla participação da sociedade civil. As

discussões durante as conferências preparatórias e durante a realização da VIII CNS trouxeram a saúde para o debate político explicitando as diferentes concepções existentes no movimento da reforma sanitária.

a meta do Sistema Único de Saúde "durante tanto tempo tida como consensual no 'bloco sanitário', iria mostrar suas fissuras e contradições na medida em que saía do discurso oposicionista para a prática da transição democrática". E em texto mais recente, são identificadas duas posições presentes, em tese, no movimento da Reforma Sanitária: a socialdemocrata e a socialista. Ambas teriam em comum a tese da modernização do setor e se diferenciariam no entendimento do que seria a sua democratização, bem como sua inserção no processo social mais amplo. Afirmam os autores: No tocante ao plano singular as diferenças são táticas e a tendência institucional se caracteriza pela priorização da intervenção política no interior do aparelho de Estado em detrimento daquele junto à sociedade civil, e a tendência societária pelo inverso. A opção por uma ou outra tem dado margem a mútuas críticas em relação a eventuais prejuízos estratégicos. (Cohn, 1989)

Para assegurar a saúde da população, entre outros fatores, o relatório final da VIII CNS destaca a necessidade de

estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; de compromisso dos servidores com os usuários; da constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde; e da constituição de conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (VIII CNS, ano1986)

Em meados de 1988 os adeptos da concepção de que da Reforma Sanitária deveria se dar a partir de alterações no aparato institucional passaram a estabelecer estratégias para adequações das esferas institucionais visando o fortalecimento do setor público de serviços de saúde com vistas a universalização da assistência. As propostas do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), convênios estabelecidos entre as várias unidades da federação o financiamento tripartite - federal, estadual e municipal – instituído com o projeto das ações integradas de

saúde (AIS), visavam o fortalecimento da esfera municipal.

Ambas as experiências, no entanto, evidenciam a vulnerabilidade desses avanços institucionais aos interesses políticos e clientelísticos. Não só os convênios são celebrados obedecendo a critérios ditados por interesses políticos imediatos - a lógica da barganha - como a implementação prática das medidas de saúde, agora conforme o novo modelo, traduz-se das mais diferentes maneiras. A *integração* das AIS traduziu-se em grande medida num aumento da produção de serviços e a *descentralização* do SUDS numa mera desconcentração. Assim, ambas as experiências pouco significam para uma descentralização efetiva da competência das esferas de poder na gestão da saúde (COHN 1989).

Em 1990, com a aprovação da Lei 8080/90, iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de equidade, universalidade, integralidade e a orientação para uma organização regionalizada e descentralizada, com a participação da população na definição das políticas públicas.

A lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituiu os Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde e os Conselhos são instituições que compõem um sistema nacional de órgãos colegiados de participação social em saúde, que se organizam nas três esferas de poder: a municipal, a estadual e a federal. Os Conselhos são instâncias permanentes de participação e com caráter deliberativo. As Conferências de Saúde são espaços de debate quadrienais com função consultiva (SCOREL e MOREIRA, 2009).

As resoluções CNS nºs 33/92 e 333/03 e 453/2012 estabeleceram a composição paritária: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores do setor saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. Não há uma definição se seria esperado de cada um dos segmentos um papel diferenciado na dinâmica do conselho.

A composição paritária dos conselhos teria o objetivo de garantir a

inserção dos representantes dos segmentos envolvidos: os representantes governamentais (gestores e trabalhadores), os prestadores de serviço e os usuários do sistema, indicando assim uma expectativa de que cada um destes segmentos teria um diferente papel a desenvolver no conselho. A literatura consultada indica que há uma polarização no conselho entre o segmento dos gestores e o segmento dos usuários ficando o papel do segmento dos trabalhadores diluído ou mesmo ausente.

O objetivo do conselho, comum aos três segmentos, deve ser o de torná-lo espaço de negociação e discussão entre o Estado e a sociedade civil criando políticas públicas mais responsivas às necessidades de saúde.

Ferreira (2010) destaca que uma quantidade considerável de estudos realizados no Brasil, nas últimas décadas, aponta que a partir da Constituição Federal de 1988 o Estado brasileiro tornou-se mais permeável aos anseios dos cidadãos (FERREIRA, 2010).

No entanto, o percurso não foi linear e contínuo. Em 1994, o processo de descentralização da gestão das políticas sociais é interrompido e ocorre a reconcentração de poder e a implantação de uma política que restringe os espaços de participação (CACCIA BAVA, 2005).

O SUS, que poderia ser considerado como uma proposta contra hegemônica ao pensamento neoliberal, contrapondo-se ao conceito de saúde como um bem de consumo, sofre alterações no seu processo de implantação, resultado das tensões internas entre aqueles que defendem sua implantação e ainda de pressões externas, daqueles que se contrapõem a sua implantação, representados majoritariamente pela indústria de equipamentos, pela indústria farmacêutica e pela medicina de grupo.

A assimilação dos pressupostos neoliberais na década de 1990, para criar condições para a expansão do capitalismo e o discurso da necessidade de modernização do país, apontando a ineficiência do Estado como a causa da crise vivida na década de 1980 fez com que o SUS real se distanciasse da proposta original.

A redução da participação do Estado resultou na implantação de sistema híbrido, com a participação crescente do setor privado. Houve um

estrangulamento do gargalo da assistência de média e alta complexidade, (exames e cuidados à saúde, que envolvem maiores recursos tecnológicos) cuja oferta é quase majoritariamente da iniciativa privada. O que seria um direito, conquistado pela luta social e garantido na carta constitucional é ameaçado pela concepção neoliberal que compreende as políticas sociais como assistência aos necessitados e não como direito.

Fleury (2009) em artigo intitulado “Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois”, considera que a principal ideia da proposta da reforma sanitária foi a da inclusão da saúde no campo dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no campo dos direitos sociais, garantidos por um Estado democrático a partir da organização de um sistema público e participativo (FLEURY, 2009).

Nas quase três décadas após a promulgação da Constituição e criação do SUS, os processos participativos no Brasil institucionalizaram-se e ganharam visibilidade. Uma pesquisa realizada por Tatagiba mostrou que cem por cento dos municípios brasileiros têm conselhos de saúde, de alimentação escolar, de assistência social, da criança e do adolescente, de educação, de meio ambiente, de idoso e de segurança alimentar, além dos conselhos de cultura, de deficiente e de desenvolvimento agrário que estão presentes em mais de 80% dos municípios brasileiros (ALMEIDA, 2012).

A criação dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS foi induzida pelo Governo Federal através da vinculação da existência do CMS para a inclusão do município no sistema descentralizado do SUS tornando-o apto ao recebimento de recursos para o custeio dos serviços de saúde.

Para a corrente que defende a ampliação destes espaços a partir dos marcos legais o conselho é considerado como estratégia para estimular a participação da comunidade na gestão do SUS. Os conselhos gestores são considerados como novos instrumentos de expressão, representação e participação, espaço onde se abrem possibilidades para que a comunidade atue de forma mais efetiva no processo decisório e no controle social, podendo imprimir um novo formato às políticas sociais (WENDHAUSEN, 2007; GOHN, 2010).

Para outra corrente, a obrigatoriedade da criação dos conselhos como pré-requisito para a transferência dos recursos financeiros aos estados e municípios, impulsionou a criação desses mecanismos em todos os municípios brasileiros, mas a existência deles não reflete, necessariamente, um aumento de participação da sociedade na discussão, elaboração, definição e análise das políticas públicas na esfera municipal. Ao contrário a obrigatoriedade pode contribuir para o surgimento destes espaços sem a politização necessária para a efetiva participação nas políticas de saúde.

A crítica sobre a institucionalização dos conselhos ocupa lugar entre as diferentes correntes de pensamento. Alguns autores, embora considerem que os conselhos municipais de saúde têm potencial transformador da realidade e do fortalecimento da cidadania, apontam a burocratização quanto à composição e à definição da temática de discussão nos conselhos como entraves à sua legitimidade (TATAGIBA, 2011).

A forma de organização interna do conselho é apontada por alguns autores como o principal entrave para a criação de um canal efetivo de participação, em detrimento de uma análise mais global sobre as disputas políticas do entorno que vão refletir no resultado da participação exercida através dos conselhos.

Almeida, 2012 afirma que cada vez torna-se mais evidente que “não é suficiente analisar os conselhos olhando apenas para suas dinâmicas internas. É preciso recuperar o ambiente mais amplo no qual eles se situam e sobre o qual buscam incidir” (ALMEIDA, 2012, p 71)

Um estudo realizado por Van Stralen, abrangendo nove Conselhos Municipais de Saúde nos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, apontou que apesar das limitações impostas à participação, a institucionalização permite a inclusão política de novos atores e representa um potencial para promover o controle social sobre a gestão (VAN STRALEN, 2006).

Gohn, 2000 considera que os conselhos de saúde têm suas raízes nos conselhos populares do período entre meados de 1970 e final dos anos de 1980, que tinham seus propósitos centrados na participação popular, reivindicada pela sociedade civil durante a luta contra a ditadura, pela

democratização do país (GOHN, 2000).

Côrtes, 2009 afirma que os conselhos “chamam a atenção não apenas por causa da grande quantidade, mas também em razão de sua vitalidade, em termos de envolvimento de participantes e de seu nível de disseminação” (p. 14).

O CMS não é homogêneo, ao contrário é a representação de diferentes atores políticos. A composição paritária entre representantes estatais e sociedade civil busca permitir um equilíbrio numérico entre os segmentos presentes no conselho, mas não resolve o problema das diferenças de inserção dos conselheiros no processo político.

O segmento dos trabalhadores no CMS inclui diferentes interpretações sobre o processo político, sobre as políticas públicas do setor e suscita questionamentos relacionados à representação deste segmento através das entidades de classe e sindicatos da categoria e à forma de escolha destas entidades.

Os conselhos também são objetos de tensões quanto a expectativa sobre seu objetivo, sua finalidade e a forma de estruturação. Em uma visão liberal, o conselho é visto como instrumento de colaboração para a gestão da saúde. Nesta concepção há uma inversão entre o papel técnico e o papel político, priorizando o conhecimento sobre o funcionamento interno da gestão do SUS para a tomada de decisões no conselho.

Nesta concepção a decisão política sobre o que fazer e como fazer a saúde no município é objeto de propostas dos especialistas, chegando pronta ao conselho. As políticas públicas, elaboradas pelos níveis federal e estadual, são “propostas” não permitindo a discussão política e a construção conjunta no nível local sobre as necessidades básicas de saúde, inibindo, dessa forma, a participação do conselheiro.

A fragilidade dos conselheiros no entendimento destas propostas é apontada, pelos adeptos da visão liberal, como a principal dificuldade para a efetivação da participação (GOHN, 2010).

Os adeptos de uma concepção societária consideram o conselho como palco onde há possibilidades para democratizar as relações de poder

entre aqueles que detêm o “saber técnico instituído” e os que se beneficiam da prestação de serviços do setor saúde. Entre os adeptos dessa concepção de conselho, a despolitização das discussões tratadas no conselho é apontada como o principal problema para uma atuação que caminhe no sentido de permitir mudanças sociais efetivas (GOHN, 2010).

A legitimidade da argumentação técnica-científica tende a impor o silêncio às experiências populares e a desautorizar o posicionamento de seus representantes (DELGADO E ESCOREL, 2008).

Para que a participação da população na determinação das políticas de saúde ocorra de forma efetiva faz-se necessário privilegiar a discussão política, abrindo espaços de escuta e criando condições favoráveis para a tomada de decisão sobre as aspirações da sociedade civil.

Este trabalho parte do pressuposto de que é possível que o CMS sirva de instrumento para criar condições de aproximação das pessoas com a política a partir do reconhecimento e acolhimento das disputas.

As disputas que permeiam a política de saúde e a participação social, polarizadas nas duas concepções, a societária e a neoliberal devem ser explicitadas permitindo que o conselho se constitua em um espaço de negociação e discussão. Está posto um grande desafio para o Estado e para a sociedade civil: o reconhecimento dos diferentes interesses em disputa e a necessidade da construção de canais de negociação.

1.2 Participação Direta ou Democracia Representativa

O leque de abordagens teóricas sobre participação é amplo e diversificado. No Dicionário de Política de Norberto Bobbio Participação Política é uma terminologia designada para expressar diferentes ações sociais desde o exercício do voto às manifestações de protestos:

Na terminologia corrente da ciência política, a expressão participação política é geralmente usada para designar uma variada série de atividades: o ato do voto, a militância num partido político, a participação em manifestações, a contribuição para uma certa agremiação política, a discussão de acontecimentos políticos, a participação num comício ou numa reunião de seção, o apoio a um determinado candidato no decorrer da campanha eleitoral, a pressão exercida sobre um dirigente político, a difusão de informações política, e por aí além (...). O termo "Participação", se acomoda também a diferentes interpretações, já que se pode participar, ou tomar parte nalguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples expectador mais ou menos marginal à de protagonista de destaque. (...) tomado em sentido estrito, poderia ser reservado, finalmente, para situações em que o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política (...). Finalmente, têm adquirido certo relevo formas novas e menos pacíficas de participação nomeadamente as manifestações de protesto, marchas, ocupação de edifícios, etc.

Para a filósofa, Marilena Chauí, na democracia ninguém está sob o poder do outro, porque todos obedecem às mesmas leis das quais todos são autores (autores diretamente, na democracia participativa e atores indiretamente na democracia representativa). Os princípios da democracia são a igualdade dos cidadãos perante a lei – isonomia e o direito de todos de expor suas opiniões, vê-las discutidas, aceitas ou recusadas em público: isegoria. (CHAUÍ, 2008)

No conceito liberal, democracia é um regime das maiorias para garantir a ordem e as liberdades individuais. A ideia da representação se constitui na base deste conceito de democracia. O enfoque em uma prática mais participativa, tanto na intervenção direta como na ação sobre os representantes, nos remete a outra definição de democracia que tem como base a construção de uma sociedade mais igualitária.

Para Chauí (2005) a democracia deve ser considerada como forma de uma sociedade e não um regime político:

Uma das práticas mais importantes da política democrática consiste justamente em propiciar ações capazes de unificar a dispersão e a particularidade das carências em interesses comuns e, graças a essa generalidade, fazê-las alcançar a esfera universal dos direitos. Em outras palavras, privilégios e carências determinam a desigualdade econômica, social e política, contrariando o princípio democrático da igualdade, de sorte que a passagem das carências dispersas em interesse comuns e destes aos direitos é a luta pela igualdade. Avaliamos o alcance da cidadania popular quando tem força para desfazer privilégios, seja porque os faz passar a interesses comuns, seja porque os faz perder a legitimidade diante dos direitos e também quando tem força para fazer carências passarem à condição de interesses comuns e, destes, a direitos universais (CHAUÍ, 2005)

A democracia representativa vem sendo questionada no Brasil, principalmente no descrédito em relação ao sistema legislativo. Este descrédito aponta para a necessidade da criação de possibilidades de participação direta. A democracia participativa e a democracia representativa são descritas por Wendhausen e Cardoso, (2007) da seguinte maneira:

“democracia representativa significa que as deliberações a respeito de toda a coletividade são tomadas por pessoas eleitas para essa finalidade e não diretamente por todo o grupo,” (...) “As eleições são o ponto central deste tipo de democracia (...). Muitos representantes, eleitos para esta finalidade, deixam de representar os interesses dos que o elegeram e passam a serem dominados por oligarquias, ou seja, grupos de interesses que, em combinação com os ocupantes do poder, acabam servindo aos seus próprios interesses ou objetivos.” (...) “As formulações da democracia representativa ancoram-se no pressuposto que a sociedade é formada por indivíduos consumidores de bens políticos e que se associam aos distintos grupos em busca da maximização de seus interesses”. A democracia participativa “funciona como uma democracia direta na base e como um sistema representativo nos outros níveis”. Em uma sociedade muito ampla se faz necessário o governo representativo, sendo que a participação do indivíduo não deve se restringir apenas na escolha de seus representantes e sim a de conferir o máximo de oportunidades de debates nos níveis locais, desenvolvendo, desta maneira, qualificações e habilidades que possibilitem uma aproximação às atividades desses representantes, podendo dessa forma controlá-los. Essa teoria consiste em afirmar que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente, e que as instituições

representativas não bastam para a democracia.
(WENDHAUSEN e CARDOSO 2007, p. 580).

A crise, com a democracia representativa que se evidencia no seio da sociedade brasileira, apresenta como tarefa fundamental a criação de instituições que permitam a combinação da democracia representativa com participação direta, resultando em aumento da participação política dos cidadãos.

Os conselhos de saúde são dispositivos de participação institucionalizados, com regras estabelecidas quanto à composição e ao funcionamento. Em relação ao objetivo dos conselhos, a legislação aponta que “trata-se da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Lei 8142,1990).

A lei 8142 dispõe sobre obrigatoriedade sobre a paridade de representação entre os representantes governamentais e os usuários, e posteriormente as resoluções do Conselho Nacional de Saúde recomendam a paridade entre trabalhadores e gestores no segmento governamental. Estas preocupações em garantir a representação dos diversos segmentos podem significar uma preocupação em garantir a participação social na elaboração e deliberações das políticas de saúde.

Bógus (1998) considera que a proposta de institucionalização de conselhos com representação paritária veio da preocupação de que os representantes governamentais não dominassem as discussões e decisões nesses espaços (BÓGUS, 1998).

Os conselhos de políticas públicas foram criados com o objetivo de construir um canal de comunicação entre o governo e o movimento popular existente, são mecanismos participativos que surgiram como resposta à crise de legitimidade das formas tradicionais de representação nas democracias liberais (CÔRTEZ, 2009).

Estruturas típicas da democracia representativa, os conselhos concebem uma novidade por serem permeados por práticas da democracia participativa, podendo se constituir em espaços para o exercício da participação direta. Os conselheiros, eleitos ou indicados, são

representantes que estão próximos de suas bases e que aprendem sobre política e democracia por meio do próprio exercício da participação. Os conselhos municipais permitem a inclusão de setores excluídos do campo político (WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007; BÓGUS, 2009).

Caccia Bava considera os conselhos de políticas públicas resultantes de uma construção democrática e uma conquista da sociedade civil. São novas esferas públicas criadas para intervir nas políticas e na gestão pública “que surgiram porque o sistema político não foi capaz de absorver os novos atores coletivos da sociedade civil que demandavam sua entrada na cena pública com mais força”. (CACCIA BAVA, 2008. p.36)

A representação em nome de todos, requer definição de objetivos dessa representação, para que representantes e representados possam estabelecer pactos de condutas, que resultem no atendimento às expectativas geradas nessa relação.

O distanciamento entre as dinâmicas sociais participativas e o espaço de tomada de decisão pode ser diminuído a partir do acolhimento das ideias como insumos de disputa ideológica permitindo a aproximação dos interesses e reivindicações dos movimentos sociais com as instâncias formais de participação.

Considerando o exposto, os conselhos gestores podem ser considerados como organismos capazes de ocupar um espaço legítimo de representação, que permita o exercício da democracia representativa com a participação direta dos atores coletivos da sociedade civil.

Em 2010, o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC Cidades Saudáveis) coordenou um projeto de Avaliação da Participação Social em Guarulhos, que incluiu a caracterização dos participantes do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos (CMS-GRS) e o levantamento de percepção dos conselheiros sobre o processo participativo.

O estudo identificou que “há uma potencialidade nesse campo (participação social em instâncias formais) junto aos trabalhadores da área”. Entre os conselheiros, mais de um terço eram profissionais da área da

saúde (38,2%). Trabalhadores da saúde estão presentes no CMS representando o segmento de gestores, prestadores de serviços ou usuários, além da representação específica dos trabalhadores (CEPEDOC,2010).

A proliferação destes espaços de participação político-institucional, que propiciam o envolvimento do cidadão, de modo direto ou por meio de seus representantes, nos processos de discussão, formulação e deliberação de políticas públicas confere importância ao debate sobre as relações de disputas entre os diversos setores da sociedade representados nos conselhos.

A forma como os representantes se apropriam desse “direito de participar da gestão do SUS” relaciona-se ao conceito de cada um sobre a forma de promover mudanças sociais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer os aspectos históricos e sociais relacionados à participação social dos trabalhadores de saúde no Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever o processo de formação do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos relacionando-o com a atual organização e dinâmica de funcionamento do Conselho.
2. Descrever e analisar a participação do segmento dos trabalhadores de saúde no Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 – O cenário do estudo: o Município de Guarulhos

Guarulhos foi fundada em oito de dezembro de 1560, pelo Padre Jesuíta Manuel de Paiva. A fase entre os anos de 1960 a 1970 foi marcada pela estruturação de atividades industriais. O crescimento populacional da cidade de Guarulhos resultou do processo de urbanização que afetou o Brasil, especialmente nos últimos 50 anos. A industrialização ocorrida no município não foi significativa como em outros municípios da região metropolitana de São Paulo. Em Guarulhos o afluxo do contingente humano ocorreu principalmente devido à industrialização do município de São Paulo que incentivou a formação de loteamentos no município para trabalhadores das indústrias da capital. Esses loteamentos foram efetuados sem grandes preocupações com a urbanização, a infraestrutura e os serviços de utilidades públicas (PMS GUARULHOS, 2010).

A precariedade habitacional é uma característica marcante do desenvolvimento histórico da cidade de Guarulhos (...) existem 372 assentamentos precários no município, que comportam aproximadamente 22.563 domicílios e 88.446 habitantes. Em áreas de risco ou de proteção ambiental, estima-se a existência de aproximadamente outros 4.000 domicílios e 17.000 habitantes (Fonte: PMS, 2014, p 59).

Em 1985 a inauguração do aeroporto de Cumbica, hoje denominado "Aeroporto Internacional de São Paulo-Guarulhos Governador André Franco Montoro", o maior da América do Sul, impulsionou o desenvolvimento de empresas nas áreas de serviços e de logística, principalmente em virtude da presença de grandes rodovias que facilitam o acesso ao município. Atualmente Guarulhos é o segundo maior parque industrial do estado de São Paulo (PMS GUARULHOS, 2010).

Guarulhos faz divisa ao norte com o município de Nazaré Paulista, a noroeste com Mairiporã, ao sul, sudoeste e oeste com São Paulo e Itaquaquecetuba, ao leste com Arujá e a nordeste com Santa Isabel.

Localizado na Região Metropolitana de São Paulo, a 17 km da capital é o segundo maior município paulista em população, com uma taxa geométrica de crescimento de 1,09 a.a. e índice de envelhecimento inferior ao da região metropolitana (SEADE, 2012).

Guarulhos encontra-se estrategicamente localizado entre duas das principais rodovias nacionais: a Via Dutra, eixo de ligação São Paulo - Rio de Janeiro e Rodovia Fernão Dias, que liga São Paulo a Belo Horizonte. Conta ainda com a Rodovia Ayrton Senna, uma das mais modernas do país, que facilita a ligação de São Paulo diretamente ao Aeroporto Internacional de Guarulhos, e está a 108 km do Porto de Santos.

Figura 1 – Localização do município de Guarulhos na região metropolitana de São Paulo:

Fonte: Fonte: Escola de Formação de Oficiais da Marinha Mercante, 2008.

O Município possui uma área de 341 km² e população de 1.244.218 habitantes o que o coloca entre os municípios mais populosos do Brasil, ocupando a décima terceira posição, e a primeira se excluídas as capitais (IBGE 2012).

O abastecimento de água cobre 97,69 % da população. A cobertura

municipal de coleta de esgoto sanitário é de 86,9 e a coleta de lixo tem cobertura de 99,65 %. (GRS- Departamento de Gestão Urbana, 2011).

Quadro 1 - Município de Guarulhos - Informações Gerais

Indicador	Valor	Unidade de medida
• Área da unidade territorial- (100% urbana)	318,679	km ²
• Densidade populacional	3.913,95	Habitantes/km ²
• Estabelecimentos de Saúde SUS	109	estabelecimentos
• Matrícula - Ensino fundamental - 2012	195.886	Matrículas
• Matrícula - Ensino médio - 2012	67.506	Matrículas
• Número de unidades locais	33.010	Unidades
• Pessoal ocupado total	383.462	Pessoas
• PIB per capita a preços correntes - 2011	35.248,49	Reais
• População residente	1.221.979	Pessoas
• População residente alfabetizada	1.062.347	Pessoas
• População residente que frequentava creche ou escola	414.967	Pessoas
• Pop residente, religião católica apostólica romana	645.779	Pessoas
• População residente, religião espírita.	36.929	Pessoas
• População residente, religião evangélicas.	346.516	Pessoas
• Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio – Urbana.	2.831,17	Reais
• Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes – Urbana.	550	Reais
• Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM 2010	0,763	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos – citando IBGE 2011

O histórico da representação política de Guarulhos no poder executivo indica períodos com governos curtos, alguns prefeitos que ficaram no governo municipal em período menor que um ano e outros longos com governos que duraram até dez anos. O município se emancipou de São Paulo em 1880. Os dados sobre os prefeitos estão disponíveis a partir de

1891. Entre o período de 1891 a 1930 Guarulhos teve 11 prefeitos escolhidos pela Câmara de Vereadores.

Nos anos de 1930 e 1931, dois prefeitos foram empossados após a vitória da revolução de 1930. Entre os anos de 1931 a 1953, dezessete prefeitos foram nomeados pelo governador de estado, a maioria por períodos de até dois anos, e dois por 4 e 5 anos respectivamente.

O primeiro prefeito eleito em Guarulhos foi Rinaldo Poli em 1953.

Quadro 2 - Guarulhos: representação política entre 1953 e 2014:

Nome	Mandato		Forma de provimento ao cargo
	Início	Fim	
Rinaldo Poli	1953	1957	Prefeito Eleito.
Fioravante Iervolino	1957	1961	Prefeito Eleito.
Dr. Mário Antonelli	1961	1966	Prefeito Eleito, mandato eletivo prorrogado por mais 1 ano, por Decreto Federal.
Francisco Antunes Filho	1962	1962	Vice-Prefeito, substituiu o Dr. Mário Antoneli durante uma licença para tratamento de saúde.
Waldomiro Pompêo	1966	1970	Prefeito Eleito.
Alfredo Antonio Nader	1970	1970	Prefeito Eleito, mandato cassado, com base no Al 13, por Decreto de 13 de Junho de 1970.
Jean Pierre Hermann de Moraes Barros	1970	1973	Nomeado como interventor, pelo Governo Federal.
Waldomiro Pompêo	1973	1977	Prefeito Eleito.
Nefi Tales	1977	1982	Prefeito Eleito, no cargo até o dia 13 de Maio de 1982, se desincompatibilizou para disputar uma vaga à Assembléia Legislativa do Estado. Elegeu-se.
Dr. Rafael Rodrigues Filho	1982	1983	Como Presidente da Câmara, e em face da desincompatibilização do vice-prefeito .
Dr. Oswaldo de Carlos	1983	1988	Prefeito Eleito.
Pascoal Thomeu	1988	1993	Prefeito Eleito.
Vicentino Papotto	1993	1997	Prefeito Eleito.
Nefi Tales	1997	1998	Prefeito Eleito, afastado pela justiça e posteriormente cassado pela Câmara Municipal
Jovino Cândido	1998	2001	Vice-prefeito, assumiu quando Nefi Tales foi afastado.
Elói Pietá	2001	2005	Prefeito Eleito.
Elói Pietá	2005	2009	Prefeito Reeleito.
Sebastião Almeida	2009	2013	Prefeito Eleito.
Sebastião Almeida	2013	2017	Prefeito Reeleito.

Fonte: Câmara Municipal de Guarulhos. 2014

A cassação do Prefeito Nefi Tales em 1998 pela Câmara de vereadores foi resultado dos movimentos sociais existente em Guarulhos,

que aglutinavam associações, sindicatos, representantes de bairros e líderes locais, com forte presença da igreja católica.

Na área da saúde a participação da sociedade civil soma ações vitoriosas como a realização da primeira conferência municipal de saúde sem a presença da secretaria municipal de saúde, o descredenciamento de um hospital ao sistema do SUS e o não reconhecimento dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS instituídos por indicação governamental.

Na Lei orgânica do Município, de 5 de abril de 1990, os artigos 238 a 243 tratam da participação social no setor saúde: "*Fica assegurada à população, na forma da lei, a participação e o controle das unidades de saúde municipais*".

A partir de 2001, se inicia um estudo com o objetivo de rever o modelo de gestão que se apresentava

centralizado com planejamento descendente, não considerando as diferenças e diversidades loco regionais do município, pautado pelo modelo médico assistencial, obedecendo à lógica da oferta e não da demanda, com baixa governabilidade sobre os processos de gestão local por parte das gerências de serviços e fragilidade técnica dos gestores do sistema. (Plano Municipal de Saúde Guarulhos, 2010-2013)

Em 2005, a Secretaria da Saúde deu início ao processo de "territorialização" como estratégia e instrumento para reconstrução de um modelo de atenção à saúde. Foram definidas três regiões intramunicipais com espaço de planejamento local e identificação de prioridades. A gestão foi descentralizada com a divisão em três regiões administrativas: Cantareira, Dutra-Trabalhadores e Fernão Dias-Dutra.

A Secretaria da Saúde de Guarulhos tem como diretriz a conversão do Modelo de Atenção para Saúde da Família, como estratégia prioritária para sua organização e ordenação do Sistema de Saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a

populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias modernas, mas com menor investimento em equipamentos e instalações, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Plano Municipal de Saúde Guarulhos, 2010-2013).

O Orçamento Participativo foi introduzido na cidade em 2001 e a partir de 2005 iniciaram a realização das Plenárias do Programa Saúde Participativa, a cada dois anos. Esse processo é chamado de ‘*Saúde Participativa*’ Em 2007, o Município aderiu ao Pacto pela Saúde. Foram constituídos os Colegiados de Gestão Intramunicipais, com representação dos Distritos de Saúde, em cada Região de Saúde e um Colegiado de Gestão Regional com a representação de gestor municipal e estadual.

Figura 2 – Regiões de Saúde de Guarulhos

Fonte: Plano Municipal de Saúde (PMS), 2010.

As plenárias do orçamento participativo têm como objetivo “promover e qualificar a mobilização e a participação popular e estabelecer um canal de escuta das demandas populares na construção das políticas de saúde” (CEPEDOC, 2010, p. 10).

O projeto “*Saúde Participativa*”, é organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e diversas secretarias e coordenadorias, além de representantes das entidades de classe de profissionais do município. O projeto Saúde participativa busca identificar as prioridades de cada bairro, registrar reivindicações e debater ideias que servirão para orientar as ações (Plano Municipal de Saúde Guarulhos, 2010-2013)

No ano de 2013 foram realizadas 18 plenárias para discussão do planejamento municipal, na 5ª edição do orçamento participativo. Os conselhos gestores de unidades foram implantados em todas as unidades de saúde.

O CMS-GRS é composto por quarenta conselheiros titulares e quarenta suplentes, sendo vinte representantes de usuários, dez representantes dos trabalhadores em saúde e dez gestores e/ou prestadores de serviço. Os conselheiros que não são usuários são chamados de Promotores da Saúde.

O CMS-GRS tem sede própria, telefone e acesso à internet. Conta com sete comissões: Comissão Executiva, Comissão de Controle Social, Comissão de Políticas Públicas e Atenção Básica, Comissão de Recursos Humanos, Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador, Conselho Coordenador do Fundo Municipal de Saúde e Comissão de Informação e Comunicação.

3.2 Técnicas Utilizadas

Este estudo foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa - COEP da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo protocolo 18245013.30000.5421, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS/CNS/CONEP, por intermédio do sistema nacional online -PLATAFORMA BRASIL. Recebeu aprovação em 01 de novembro de 2013 (Ofício COEP/73/13).

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, utilizando-se das bases conceituais da metodologia construtivista para conduzir a investigação. No método construtivista as variáveis a serem consideradas são identificadas pelos interessados, neste caso, pelos conselheiros do CMS e trabalhadores entrevistados.

A partir de questões gerais levantadas pelo pesquisador, os entrevistados apresentam suas questões, preocupações, satisfações ou críticas em relação ao objeto investigado a partir dos elementos que julgam importantes.

As variáveis, que se constituem nos organizadores da entrevista, são levantadas pelo entrevistador a partir de questões gerais. Os temas de interesse são construídos de acordo com as abordagens dos entrevistados. As categorias de análise resultarão dessa construção conjunta. Esse método é chamado, por Guba e Lincoln, de método responsivo de focalizar,

O enfoque responsivo evoca uma metodologia construtivista, e a metodologia construtivista condiz precisamente com as necessidades do processo de investigação da avaliação responsiva.

As consequências da utilização da metodologia construtivista são surpreendentemente diferentes daquelas que passamos a presumir da investigação científica. Demonstraremos que ambas são formas de investigação *disciplinada*, no sentido do termo proposto por Cronback e Suppes (1969) e isso significa que em ambas as metodologias é possível submeter à inspeção e comprovação pública “tanto as matérias-primas que entram no debate quanto os processos lógicos por meio dos quais eles foram reduzidos e reorganizados para tornar as conclusões dignas de crédito” (Guba e Lincoln, 1989)

No paradigma construtivista a interação entre o observador e o observado é exatamente o que valida os resultados do estudo. O método permite autonomia aos entrevistados, aos quais precisamente, mais interessam os resultados do estudo. Os entrevistados são “acolhidos como parceiros equitativos” e as realidades são socialmente construídas a partir da interação entre entrevistador e entrevistado. O paradigma construtivista pode ser considerado como um fundamento teórico-filosófico utilizado para conduzir o processo investigativo e não como uma fórmula. (GUBA e Lincoln, 1989)

Baseado nesta conceituação este estudo seguiu o paradigma construtivista para embasar as técnicas de coleta de dados utilizadas: a observação participante, a análise documental e entrevistas semiestruturadas. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre novembro de 2013 e março de 2014.

A análise documental foi realizada a partir das atas e pautas do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos (CMS-GRS) disponíveis no site da Secretaria Municipal de Guarulhos, de legislação sobre o CMS-GRS disponíveis no site da Câmara Municipal de Guarulhos, de documentos específicos do conselho, como regimento, boletins informativos, panfletos, que foram citados pelos entrevistados e pela secretaria executiva do conselho.

A disponibilidade das atas e das pautas das reuniões do pleno do CMS-GRS no site da secretaria municipal de Guarulhos facilitou o acesso a esses documentos. Foram analisadas as atas do período entre 09/02/2012 e 13/02/2014 no qual ocorreram 35 reuniões, sendo 24 ordinárias e 11 extraordinárias.

Através da análise das atas foi possível identificar os conselheiros com maior participação tanto em relação à presença nas reuniões como em relação à intervenção nas discussões, o que serviu de orientação para a escolha dos conselheiros a serem entrevistados.

A observação participante deu-se através do acompanhamento das reuniões do pleno, das Comissões do CMS-GRS e do cotidiano da

secretaria executiva do conselho e das unidades de saúde onde trabalhavam os entrevistados, no período entre novembro de 2013 e abril de 2014.

A observação participante permite a coleta de dados para conseguir informações acerca de aspectos da realidade que se deseja analisar. Ela pressupõe a integração do investigador ao grupo investigado, ou seja, o pesquisador deixa de ser um observador externo dos acontecimentos e passa a fazer parte ativa deles. Ela ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (LAKATOS, 1996:79).

Foram acompanhadas as reuniões CMS-GRS: Reuniões do Pleno, da Comissão Executiva, da Comissão de Recursos Humanos, da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, da Comissão de Controle Social, da Comissão de Atenção Básica, da Comissão de Políticas Públicas, e da Comissão de Informação e Comunicação. Entre as reuniões do pleno foi possível a observação de seis reuniões incluindo a reunião de avaliação da gestão do CMS-GRS no período de 2012 a 2014 e a reunião de posse, dos componentes do período 2014 a 2016, a escolha da mesa diretiva e composição das comissões para o biênio.

Durante a pesquisa os integrantes do CMS-GRS acolheram a participação do pesquisador como um integrante do conselho. A secretaria executiva do conselho solicitou que assinasse as listas de presença como participante da reunião, os conselheiros convidaram o pesquisador a participar de outros fóruns da comunidade e de fóruns participativos em níveis estadual e federal.

Esta aproximação permitiu conhecer a realidade do CMS-GRS e facilitou a condução das entrevistas através da aproximação do pesquisador com os entrevistados, que ficaram motivados para relatar suas experiências.

As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas individualmente, gravadas e transcritas na íntegra. Foi utilizado um roteiro de perguntas que teve como objetivo subsidiar o entrevistador nos temas a serem abordados.

O roteiro de entrevista não foi utilizado na sequência em que se apresenta para o leitor. Considerou-se que durante a entrevista o entrevistado deveria sentir-se livre para abordar e aprofundar os temas que são mais pertinentes em sua trajetória, a partir do julgamento do entrevistado.

A introdução das entrevistas utilizava-se de uma pergunta informal a partir da qual o entrevistado daria o percurso temático no qual discorreu a entrevista, como *“Conte sobre sua participação no CMS. O que você sabe sobre o conselho? Como você começou a participar?”*

Inicialmente o desenho do estudo buscou atender às questões da pesquisa a partir da entrevista com conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores e de trabalhadores de saúde não Integrante do CMS-GRS, como mostra a figura 3.

Figura 3: Distribuição dos sujeitos da pesquisa na primeira fase de entrevistas, de acordo com o segmento que representam no CMS-GRS

Foram realizadas doze entrevistas, sendo seis com conselheiros e representantes do segmento dos trabalhadores e seis com trabalhadores que não participavam do conselho municipal, indicados pelos conselheiros entrevistados, entre os trabalhadores da mesma unidade de saúde.

Entre as entrevistas realizadas quatro eram do grupo A1 e quatro do grupo B1 e uma entrevista com cada um dos outros grupos. Para a indicação dos entrevistados do grupo B, solicitou-se ao conselheiro entrevistado, ao final da entrevista, que indicasse um trabalhador que não participava dos conselhos e poderia ter uma opinião diferente sobre o conselho.

Após a categorização e interpretação dos dados identificou-se que o conteúdo das entrevistas não respondeu plenamente aos questionamentos deste trabalho, pois os trabalhadores não conselheiros não tinham opinião formada a respeito do assunto. Optou-se por ampliar as entrevistas para os representantes dos outros segmentos do conselho municipal, a saber, os representantes do segmento dos gestores, os representantes do segmento dos usuários e os representantes do segmento dos trabalhadores.

Foram entrevistados mais quatro conselheiros representantes dos trabalhadores, totalizando os dez conselheiros desse segmento e foram entrevistados seis conselheiros representantes do segmento dos usuários e seis conselheiros representantes de segmento dos gestores, escolhidos de acordo com maior grau de participação nas reuniões identificados a partir da análise das atas das reuniões do pleno.

A partir da análise das entrevistas da fase 1, elaborou-se um segundo roteiro de entrevistas para gestores e usuários, buscando contemplar questões relevantes citadas pelos primeiros entrevistados. (Anexo 2)

Esse método de entrevistas permitiu interpretações e reinterpretações sucessivas, facilitando a relação constante entre o pesquisador e os atores sociais.

Figura 4 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa nas duas fases de entrevistas, de acordo com o segmento que representam no CMS-GRS.

A análise do conteúdo das entrevistas utilizou elementos da perspectiva cultural da teoria do neoinstitucionalismo buscando compreender os processos históricos e sócio-políticos que se relacionam à participação social, com enfoque para a representação do segmento dos trabalhadores, no CMS-GRS.

Hall e Taylor (2003), ao conceituarem o neoinstitucionalismo, afirmam que a forma como a organização institucional da comunidade política e das estruturas econômicas entra em conflito, privilegia determinados interesses em detrimento de outros. Consideram que as instituições, com seus protocolos, símbolos, esquemas de categorias e modelos cognitivos, influenciam as relações estabelecidas entre os atores.

De acordo com a perspectiva cultural do neoinstitucionalismo histórico as instituições são resultado de usos, costumes, preconceitos e superstições e das constituições políticas. Valorizam as relações entre a organização e seu ambiente e o papel da cultura na formação das organizações. O

comportamento humano não é inteiramente estratégico, sendo influenciado pela visão de mundo do indivíduo.

Ao mesmo tempo em que fornecem informações úteis de um ponto de vista estratégico as instituições afetam a identidade, a imagem e as preferências dos indivíduos e dos grupos.

Os indivíduos recorrem com frequência a protocolos estabelecidos ou a modelos de comportamento já conhecidos para atingir seus objetivos. Desse ponto de vista, as instituições fornecem modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação. O indivíduo é concebido como uma entidade profundamente envolvida num mundo de instituições compostas por símbolos, cenários e protocolos que agem como filtros a partir dos quais se define uma linha de ação. Não somente as instituições fornecem informações úteis de um ponto de vista estratégico como também afetam a identidade, a imagem e as preferências dos indivíduos e dos grupos (HALL & TAYLOR, 2003).

O neoinstitucionalismo tem uma concepção ampla de instituição, para além das instituições públicas oficiais. Considera a importância de uma instituição pelo modo como essa importância se manifesta e é percebida por aqueles que a integram. As instituições afetam o comportamento dos indivíduos e, é por meio dos indivíduos, que as instituições exercem influência sobre as situações políticas. Nessa concepção, a legitimidade social de uma instituição pode ser mais importante na criação e manutenção de uma instituição, do que em sua eficácia.

A relação que estabelece as ligações entre o indivíduo e a instituição está ancorada no reconhecimento de que o indivíduo utiliza modelos institucionais para estabelecer uma linha de ação. A ação individual será, neste sentido, influenciada pela forma com que o conselho é concebido.

4 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE

Através da observação participante e da análise documental foi possível identificar como o segmento dos trabalhadores está representado no conselho e quais mecanismos de participação utilizam.

A composição atual do CMS-GRU contempla a paridade no que se refere à atribuição do número de vagas para cada segmento, como recomendado pela legislação do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 33/92, 333/03 e 453/2012.

As atas das reuniões do CMS-GRU estão disponibilizadas no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. Analisando a participação nas reuniões do ano de 2013 observa-se que o segmento “trabalhadores da saúde” teve 36% de participação: 40,55% para os conselheiros representantes das Associações e Conselhos dos Profissionais de Saúde, 15% para os representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e 43,33% para o seguimento “Conselheiros Gestores Trabalhadores”, indicando uma baixa participação dos representantes dos trabalhadores da saúde nas reuniões do CMS.

O Gráfico 1 apresenta a frequência dos conselheiros do segmento dos trabalhadores às reuniões no ano de 2013. Considerando a presença como condição necessária para que haja participação e para que se exerça influência nas deliberações e do conselho e observando que os representantes da categoria médica foram os mais assíduos à reunião, pode-se supor que esses representantes consideram o conselho como espaço importante de intervenção e que devem exercer influência nas decisões do conselho. Em contrapartida a ausência dos representantes dos sindicatos de trabalhadores da saúde pode significar que esses não elegem o conselho como espaço de intervenção.

Quanto à participação do sindicato dos trabalhadores em saúde e da associação dos trabalhadores municipais, se fossem consideradas as possibilidades de participação total entre titulares e suplentes desse

segmento, haveria a possibilidade de trinta e seis (36) participações e só ocorreram dez (10) participações, representando 27,7%. A participação dos representantes dos conselhos gestores foi menor que 50% e houve duas substituições nesse segmento.

Por outro lado a frequência de participação dos representantes dos médicos foi bastante alta, com a participação do titular e do suplente em quase 100% das reuniões.

Figura 5 - Frequência dos Representantes das Associações e Conselhos dos Profissionais de Saúde, com Regional sediada no Município, às reuniões do CMS Guarulhos em 2012-2013.

Fonte: Conselho Municipal de Saúde- Guarulhos.

As 10 vagas destinadas à representação dos trabalhadores são ocupadas por entidades de classe, sindicatos e representantes dos conselhos gestores de unidades.

A composição do CMS-GRU quanto ao perfil dos conselheiros é semelhante à literatura, como relatado por Tatagiba (2004), no que se refere à renda, escolaridade e engajamento político-social os conselheiros estão bem acima da média nacional. Há uma elitização, principalmente na representação do segmento dos trabalhadores, onde 80% dos conselheiros têm nível universitário, e desses, 50% são médicos (Tatagiba, 2004).

No CMS-GRS 80% dos representantes do segmento dos

trabalhadores têm nível universitário, 40 % são médicos, destes 75% estão no segundo mandato.

Dois conselheiros não são trabalhadores da secretaria de saúde, são trabalhadores contratados da entidade que representam. Um deles não é trabalhador da área de saúde, e a entidade a qual representa é um clube de desportos. O outro conselheiro é um funcionário contratado para e exercer a função de fiscal no conselho que representa. Esse tipo de representação compromete a representação deste segmento que deveria ser realizada por entidades ou trabalhadores da secretaria.

Quadro 3 - Perfil dos representantes do segmento do Conselho Municipal de Saúde em Guarulhos, biênio 2012/2013.

Profissão	Idade	Sexo	Reside em Guarulhos	Tempo no Conselho	Tempo de Formado	Tempo na Entidade
Médica	45	Fem	sim	1º mandato	21 anos	8 anos
Médico	61	Masc	sim	2º mandato	48 anos	15 anos
Médico	51	Masc	sim	2º mandato	30 anos	15 anos
Medica	40	Fem	sim	2º mandato	18 anos	10 anos
Agente Comunitário de Saúde	45	Fem	sim	1º mandato	Universitário incompleto	3 anos
Dentista*	32	Masc	não	1º mandato	6 anos	4 anos
Farmacêutico	37	Fem	sim	1º mandato	15 anos	2 anos
Dentista	46	Masc	sim	2º mandato	27 anos	18 anos
Administrador*	53	Masc	sim	1º mandato	Universitário incompleto	8 anos
Agente Comunitário de Saúde	51	Fem	sim	1º mandato	Universitário incompleto	3 anos

*Não são Trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde

Quanto à forma de escolha, os representantes do segmento dos trabalhadores são indicados pela diretoria da entidade que representam. Essa informação é diferente entre os entrevistados. Alguns sabem como se dá a indicação, outros acham que há eleição ou que são indicados pelos gestores.

*Os trabalhadores são votados entre eles também, **alguns parecem que são de confiança do gestor, ele que***

escolhe, sindicato, sociedade anônima, são votados pela classe (U5).

*É problema deles né, nós, desde o fórum de saúde lá atrás, **queríamos que tivesse a votação entre as entidades dos trabalhadores, mas eles se indicam** (U4).*

*Dos trabalhadores a gente tem a representação formal através dos sindicatos que estão ali representados, sindicatos dos trabalhadores e administração pública que estão representados lá. Tem segmentos que são votados entre seus pares, [...] **os conselhos de classe também entram nessa parte se estão aptos ou não; e aí fazem um acordo de quem vai ser o titular, quem vai ser o suplente e vão fazendo essas composições.** E o sindicato dos trabalhadores, se eu não me engano que são os nossos representantes, eles têm já sua representação, não precisa ser votada, tem uma representação (G3)*

Um dos problemas identificados pelos conselheiros quanto à composição deste segmento é a limitação à participação das entidades que têm sede em Guarulhos. Categorias numericamente importantes na saúde como a dos profissionais de enfermagem, não estavam representadas no conselho até a gestão 2011-2013 em virtude dos seus conselhos, associações e sindicatos não terem sede no município.

*Aí foi uma controvérsia com pessoal da APM, (sobre a determinação de só participar entidades que têm sede no município) a APM tem sede aqui, e eles queriam que continuasse porque **o COREN não tem e é muito importante porque representa uma categoria muito grande que são os enfermeiros, técnicos e auxiliares.** Talvez o peso maior na secretaria seja essas categorias e o COREN não tem sede, então de repente tem um que tem muito menos e pode e ele não pode (G3)*

E as entidades dos trabalhadores estão começando brigar bastante, a gente tem CRM, COREN, farmácia, outras entidades que começam a brigar, esse ano entrou o CREFITO, que brigou bastante por uma vaga, as entidades começam a se mobilizar e reconhecer o valor do CMS (G1)

Então é a primeira vez que a gente consegue trazer esses dois novos, se não ficava só médico e cirurgião dentista (G6)

*a gente não teve uma grande procura não, teve um empate entre duas instituições,...**são sempre os mesmos dos mesmos, a APM, a CRM, a APCD, agora a gente conseguiu trazer o COREN, agora, primeira vez que o COREN entra e o CREFITO** (G6)*

*Então esse ano que passou, teve mais entidades que as cadeiras oferecidas, então teve uma discussão, será que alguma vai ficar de fora, **eu acho isso um prejuízo, acho que todas as áreas da saúde deveriam ter uma cadeira pra colocar a sua voz**, e a gente não pode pensar somente na medicina, a medicina é uma das áreas, e acho que todas deveriam compor o CMS, a odontologia, a enfermagem que entrou agora, o COREN, então todas as áreas da saúde deveriam fazer parte do CMS (T6)*

Os aspectos encontrados com relação a esta questão apresentam duas concepções sobre participação, uma que privilegia a instituição formal da categoria como pré-requisito para participar do conselho e outra que defende a representação proporcional ao número de trabalhadores da categoria. É interessante que até o mandato analisado, a categoria de enfermagem não tenha tido nenhum representante no CMS-GRS, enquanto a categoria de médicos e a de cirurgiões dentistas tenha quatro representantes cada uma, dois titulares e dois suplentes, o que não é proporcional ao número de trabalhadores destas três categorias no município.

Alguns conselheiros “burlam” a recomendação sobre a necessidade de rodízio entre os representantes a cada dois mandatos, trocando de entidade ou de segmento:

***Até outubro eu estava representando o CRM já há quatro anos, só que tem um limite né, você tem um mandato de dois anos que pode ser renovado mais dois, depois você é obrigado a sair** e depois de dois anos você pode voltar pela mesma entidade. **Agora devo estar começando em janeiro pela APM**, então eu participava como membro do CRM aqui da regional de Guarulhos (T1).*

*Agora é o seguinte, eu não posso mais representar a associação porque só pode ter dois mandatos e eu já tinha completado meu segundo mandato, e **automaticamente não poderia participar do conselho, aí surgiu essa oportunidade**, agora eu sou diretor de departamento e os diretores regionais de departamento, que a gente chama, das quatro regiões de saúde de Guarulhos são obrigados a fazer parte do conselho então **nesta gestão eu entro como gestor**(T8)*

É um questionamento que eu sempre faço porque nós

usuários a gente se reveza, porque tem que dar espaço pra outras pessoas, entre os trabalhadores é meio complexo, mas eu não vou questionar o lado deles porque não é problema meu, mas se eles não têm gente pra representar a entidade, não é problema meu (U4).

A recomendação quanto ao rodízio de participantes visa permitir que um maior número de setores da sociedade civil e de trabalhadores possa participar do CMS-GRS. Esta atitude de usar de recursos, trocando de entidade ou de segmento para permanecer participando fere o princípio de inclusão dos diversos setores no CMS-GRS.

De acordo com o regimento interno do CMS-GRU a presidência do conselho é alternada entre os segmentos dos usuários e promotores da saúde. Quando o presidente for do segmento dos Promotores da saúde, o vice-presidente será obrigatoriamente dos usuários, alternando no biênio seguinte. Não há nenhuma recomendação quanto à escolha do presidente para representar os promotores da saúde entre gestores, prestadores e trabalhadores, sendo que em todas as gestões têm sido os gestores a representar esse segmento.

Esse fato evidencia que o trabalhador não assume uma postura de disputa por maior espaço político no CMS-GRS.

4. 1 - O processo de formação do Conselho Municipal de Guarulhos

O processo de formação do Conselho Municipal de Guarulhos (CMS-GRU) constitui um cenário com elementos interessantes para análise tendo como referência o campo das ciências políticas.

Na década de 1980 a sociedade civil de Guarulhos tinha uma organização que buscava melhoria no serviço de saúde e enfrentava uma administração municipal verticalizada, pouco permeável à participação da população.

*A gente via que Guarulhos era assim, um município que era muito caloroso, **então sempre tinha problemas entre a organização civil e o governo** [...] E sempre a gente ouvia falar que tinham esses movimentos populares, tinham umas figuras assim muito importantes que era o Padre Berardo, o Barbará, o Seu Manoel, que acho que você teve até a oportunidade de ver porque ele está na ativa até agora, mas tinham aqueles movimentos populares de saúde ligados a Igreja, então tinham alguns núcleos do sindicato e você vê que até hoje o atual prefeito Almeida, ele também pertencia aos sindicatos, então existiam muitos movimentos pela carência que tinha aqui, pelos tipos de governos que tinham aqui, a população não tinha aquele acesso para estar discutindo então eles começavam a se organizar (G1).*

A história da formação do CMS-GRU está associada a lutas e embates da sociedade civil, antes da institucionalização dos conselhos municipais na década de 1990. O conteúdo das entrevistas descreve a maneira como a sociedade civil organizada utilizou-se do aparato jurídico para legitimar sua participação na gestão da política de saúde municipal.

O CMS passou por momentos muito difíceis nesta cidade porque quando ele foi idealizado ele não tinha o reconhecimento da administração pública (T3).

A gente percebia essa insegurança do próprio governo de falar "poxa vida, é alguém que vai fiscalizar" então era direcionado, era tudo por decreto, então tinha uma briga muito forte (G1).

Fui conselheiro, na época os gestores municipais não admitiam conselho de saúde, o conselho era eles que formavam, aí eles tinham os conselheiros por praxe, mas era do jeito deles, eles tiravam da manga do paletó, aí nós

peitamos tudo, fizemos conferência de saúde e aí colocamos o conselho municipal de saúde, e a gente fez eleição, o prefeito na época, não deu posse, ele criou outro conselho, ele até me convidou e eu disse “não, eu quero tomar posse com meus pares, com quem eu fui eleito”, aí eu não aceitei o convite dele (U6).

Passado pouco mais de 20 anos encontra-se entre os conselheiros atuais representantes dos segmentos dos gestores e dos usuários, aqueles que participaram desse processo. Em relação à participação do segmento dos trabalhadores na construção do CMS-GRU há pouca referência, havendo uma citação sobre o apoio da Associação Paulista de Medicina (APM), em cuja sede ocorreram os encontros do segmento dos usuários antes da criação do CMS.

A APM no começo nos apoiou bastante (G5)

A década de 1980 – “o pré-sus”:

Eu vou contar do que eu me lembro, eu fui concursada pela secretaria do estado da saúde em 1983 e eu trabalhava na zona leste, no departamento de região de saúde ERSA3 e a sede era aqui em Guarulhos, e pegava uma área grande, pegava Guarulhos, Arujá, Santa Isabel e parte da zona leste, nessa época estava no pré-sus, na fase das ações integradas de saúde, na época que surgiram as terapias de hidratação oral, então começavam esses movimentos de ações integradas e depois o SUS... os planos metropolitanos (G1)

No início da década de 1980, os governos estaduais e municipais estavam enfraquecidos nos campos político e econômico, o que resultou num arrefecimento da capacidade de resposta aos problemas sociais.

O Plano das Ações Integradas de Saúde foi uma estratégia de expansão de cobertura da assistência em saúde, baseada no repasse de recursos da Previdência para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mediante a assinatura de Convênios Interinstitucionais. O objetivo do Plano era o de integrar os serviços públicos na perspectiva da criação do

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que se constituiria em uma transição para a implantação do SUS.

A estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) previa, mediante repasse de recursos para os governos municipais, que esses passassem a assumir a assistência, permitindo a expansão da cobertura a baixo custo, por meio do fortalecimento da rede municipal e estadual.

A municipalização da saúde pressupõe o fortalecimento do poder local, tanto do ponto de vista financeiro como institucional, criando as bases para que os governos municipais tenham autonomia para gestão de suas políticas sociais. No entanto, a municipalização só representará avanço em termos de democratização da saúde se vier acompanhada da ampliação dos espaços de participação popular e controle social. Um dos pressupostos básicos para vencermos as dificuldades por que passa a saúde hoje no país é rompermos o autoritarismo do Estado brasileiro e a privatização da coisa pública. Neste sentido, a municipalização oferece melhores condições de controle social, pois o poder local, por estar mais próximo da população, por ter mais visibilidade, é mais suscetível à participação popular. Por outro lado, tem melhores condições de conhecer a realidade local e, portanto, encontrar as melhores soluções para os problemas detectados (PIMENTA, 1993, p. 38).

O aporte financeiro de recursos advindos das AIS permitiu a muitos municípios desenvolver experiências locais na área da saúde. Surgiram os consórcios intermunicipais e as propostas de expansão da atenção básica. Em 1987 ocorreu a implantação do SUDS, com as diretrizes de universalização, equidade, integralidade e regionalização dos serviços. Criaram-se os distritos sanitários com a finalidade de descentralizar as ações de saúde. O SUDS tinha como objetivo coordenar a estadualização do INAMPS e a municipalização da atenção básica. A descentralização ocorre de forma diversificada a depender da experiência e organização da gestão local.

Eu vinha de uma área da zona leste, distrito sanitário

aonde já tinha movimentos de conselhos gestores, a gente tinha muito contato com a comunidade. Eu fiquei na zona leste até 1990, 1991 na época em que houve uma intervenção lá no SUDS 5, que depois virou ERSAS 5, foi quando passou do SUDS para os ERSAS estavam se formando os escritórios regionais e separou a zona leste de Guarulhos. Era uma época que tinham aqueles assentamentos, aqueles movimentos de sem terra e era tudo aqui na periferia, naquela área ali da Barata Ribeiro, era época das enchentes, da leptospirose (G1)

O Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) teve início na década de 1970, com a criação da Comissão de Saúde da região do Jardim Nordeste, na zona leste da cidade de São Paulo. Essa comissão reunia-se para discutir problemas do bairro. A construção de um centro de saúde no bairro, o Centro de Saúde do Jardim Nordeste, foi uma das primeiras conquistas deste movimento que se tornou uma referência na área da participação popular em saúde.

Em 1979 um conselho de saúde da UBS Jardim Nordeste, eleito por 8.146 moradores foi formalmente reconhecido pela Secretaria de Estado da Saúde. Em 1981 esse número aumentou para dezoito Conselhos de Saúde, que passaram a ser chamados de Conselhos Populares de Saúde.

A ampla participação da sociedade civil em uma Conferência nacional de saúde aconteceu pela primeira vez VIII CNS em 1986 e representou um marco na construção do atual sistema de saúde brasileiro. O relatório final da VIII CNS recomendou:

A criação de um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais, e das entidades civis de caráter nacional, tais como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel era o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações. Também foi recomendada a formação dos Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional, e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) (Brasil, 1986, p. 28).

[...] o meu contato com o Conselho Municipal de Guarulhos foi a partir de 1991 e era muito engraçado quando eu adentrei aqui porque a gente estava acostumada a ter muito contato com a comunidade, e quando eu cheguei aqui foi muito engraçado, eu entrei nessa secretaria da saúde, e falei “nossa que coisa linda que é isso daqui” mas quando a gente adentrava aqui as portas eram todas fechadas, e tinha uma senhorinha ali na recepção, que eu entrei...”onde é que a senhora vai?”, “vou até o gabinete, tenho marcada aqui uma entrevista” e aí ela foi assim me acompanhando mas era aquela coisa de vigilância mesmo, sabe? As portas todas fechadas, as pessoas eram muito austeras... male mal elas se cumprimentavam, cada um ficava no seu setor, e eu vim de um ambiente que era todo aberto... aí quando o secretário fez a entrevista ele falou “olha, nós temos que começar a municipalizar aqui as unidades, a minha ideia aqui é de regionalizar...eu preciso de equipe que ajude a fazer isso e que comece a ter um diálogo com a comunidade”! É muito difícil aqui porque a comunidade não conversa. , [...] e eu falei “você tem que atender, se a pessoa vem aqui por uma informação você tem que atender e vamos escutar pra ver o que é”...e aí o secretário começou a receber a comunidade e [...] foi muito engraçado porque a gente tinha que trabalhar pra dentro e pra fora, era muito verticalizado. Até hoje nós temos aqui na Secretaria da Saúde algumas áreas que são muito verticalizadas (G1).

A Lei 8142 foi promulgada em 28 de dezembro de 1990 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, criando, em cada esfera de governo, duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde:

- A Conferência de Saúde acontece a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes,
- O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestador de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada esfera do governo.
- A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e

Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

No município de Guarulhos a formação do Conselho de Saúde não seguiu as recomendações legais e os representantes foram indicados pelo prefeito não tendo legitimidade junto à comunidade.

*Quando saiu a lei das Conferências de Saúde o **prefeito formou do jeito dele** e foi ele que formou seus fiscalizadores, os amiguinhos dele e isso foi por três mandatos: 90, 92,94, (G5).*

***O conselho municipal daqui era muito engraçado, porque ele era indicado pelo prefeito e ele não tinha paridade,** era um conselho com não mais do que 20 elementos, as atas eram feitas pela própria assistente do secretário de saúde, (....). eram os decretos, existiam vários decretos, era feito um decreto e mais ou menos saía aquela conformação do conselho, a primeira constituição do conselho era mais associações de bairro, e muitas eram do partido mesmo que estava no governo, eram da situação, (....) mas essas associações de bairro, elas não tinham uma representação legítima de todos os segmentos da população, e aqueles movimentos populares de saúde, que a gente via que eram movimentos legítimos, eles não tinham acesso. (G1)*

Em 3 de dezembro de 1990 foi publicado o decreto municipal nº 16.293 da prefeitura municipal de Guarulhos que nomeava os membros do primeiro Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos com a seguinte composição:

Quadro 4: Composição do primeiro Conselho Municipal de Guarulhos, 1990

Artigo 3º - O Conselho Municipal de Saúde será composto por 11 (onze) membros nomeados pelo Prefeito Municipal, com mandato de 2 (dois) anos, representando órgãos administrativos municipais e entidades, a saber:

- 1 – Câmara Municipal de Guarulhos:**
- 2 – Conselho Regional de Medicina:**
- 3 – Entidades Filantrópicas:**
- 4 – Associações de Bairros:**
- 5 – Centrais Sindicais sediadas no Município:**
- 6 – Sec. Estadual de Saúde – Ersa-15:**
- 7 – Departamento de Higiene e Prevenção Sanitária da Prefeitura Municipal de Guarulhos:**
- 8 – Departamento de Odontologia da Prefeitura Municipal de Guarulhos:**
- 9 – Departamento de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Guarulhos:**
- 10 – Hospital Municipal de Urgências (Pronto Socorro):**

Artigo 4º - O Secretário da Saúde do Município fará parte do Conselho Municipal de Saúde, como membro nato, com direito a voz e voto.

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

Em 7 de janeiro de 1991 foi editada a resolução nº 258 - Norma Operacional Básica, conhecida por NOB 91 com o objetivo fornecer instruções para a implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS. A NOB 91 estabeleceu que os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, devem ter representação paritária e ser compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%).

Em 28 de fevereiro de 1992 o Decreto Municipal nº 16.986 alterou a composição do CMS- GRU com a seguinte redação:

*Passa a ser composto por vinte e dois membros, representando órgãos administrativos do Governo, prestadores de Serviços, profissionais de saúde e usuários, **obedecida a proporção fixada pela Norma Operacional Básica nº 01/91**, dos Conselhos de Saúde, na forma seguinte:*

Quadro 5 - Composição do Conselho Municipal de Saúde – fevereiro de 1992

Artigo 4º - O Secretário da Saúde do Município fará parte do Conselho Municipal de Saúde, como membro nato, com direito a voz e voto.

1. Câmara Municipal de Guarulhos: (2)
2. Conselho Regional de Medicina:
3. Entidades Filantrópicas:
4. Associações de Bairros: (3)
5. Centrais Sindicais sediadas no Município:
6. Sec. Estadual de Saúde – Ers-15:
7. Departamento de Higiene e Prevenção Sanitária da Prefeitura Municipal de Guarulhos:
8. Departamento de Odontologia da Prefeitura Municipal de Guarulhos:
9. Departamento de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Guarulhos:
Hospitais Privados
10. Hospitais públicos (2)
11. Associação comercial e industrial de Guarulhos
12. União dos aposentados e pensionistas
13. Associação de hansenianos
14. Associação de deficientes
15. União da sociedade amigos de bairros de Guarulhos
16. Conselho Regional de Medicina
17. Secretaria de finanças de Guarulhos

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

Observa-se que o decreto refere-se à NOB 91, mas mantém representantes governamentais externos à secretaria municipal de saúde, incluindo representantes da Câmara de Vereadores e não há paridade como recomendado na norma operacional. Essa composição também não atendia à expectativa dos representantes dos usuários e isso era percebido também pelos representantes dos gestores:

[...] Neste dia nós amadurecemos também a questão de que não devia ter representante dos vereadores no conselho, pois os vereadores já têm sua representação, podem vir assistir, mas não queremos interferências, não pode ser membro do conselho quem pertence ao legislativo,

e, não só o vereador pertence ao legislativo como seus assessores também. (G5)

*[...] **muitos segmentos estavam fora** e a gente via a movimentação paralela com o fórum da saúde que até hoje existe. Ai tinha, nesse fórum, o Pe. Berardo, o Seu Otávio, mas eles não tinham assento nesse conselho, então em 93 foi um ano que começa uma virada. E como foi essa virada?*

A IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS) foi realizada em Brasília no período de 9 a 14 de agosto de 1992, depois de vários adiamentos. Nesse período se aguardava a divulgação do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), que apurava os desmandos e a corrupção do Governo Fernando Collor de Mello que culminaria com o *impeachment* do presidente dois meses depois.

Apesar da conjuntura adversa em que foi realizada, a IX Conferência contou com um amplo processo de organização, foi precedida por conferências municipais e estaduais. Sob o tema “municipalização é o caminho” tinha como tarefa definir formas de viabilizar o processo de descentralização de acordo com o que determinava a Constituição e a lei 8080/90.

*Precisava ter a Conferência municipal de saúde, e o secretário precisava ter uma aproximação legítima, ele até queria, mas ele não tinha esses mecanismos (....) Teve que ser feita a primeira Conferência municipal de saúde, o secretário estava chegando e ele falava “nossa, nós vamos apanhar vamos então fazer um encontro pra gente discutir os problemas de saúde como uma preparação para no próximo ano a gente fazer a Conferência”, **e aí a população fez a sua Conferência municipal, mas que ela não foi legítima, porque não partiu das normas**, eles fizeram à parte, aí a secretaria da saúde fez um encontro de saúde, onde chamaram todos os técnicos (....) mas no paralelo foi feito essa conferência que até hoje ela é bem marcada, que teve essa conferência que não foi reconhecida, mas que pra eles é a primeira conferência municipal de saúde. (G1)*

***e então fomos ao secretário de saúde que era o genro do prefeito, e solicitamos que ele fizesse a conferência e ele respondeu que a secretaria não estava pronta , então nós fizemos** em 1991 e em 92 mandamos o representante para a estadual e para a IX conferência, contemporaneamente o prefeito indicou os representantes dele e eles também foram, mas o Conselho Estadual nos apoiou e participamos, eu participei, 5, 6 pessoas,*

participamos da nacional (G5).

Em relação ao controle social no sistema de saúde, a IX CNS recomendou a criação dos conselhos estaduais e municipais num período de até seis meses; a garantia da autonomia financeira dos conselhos, a constituição paritária entre usuários (50%), gestores (25%) e trabalhadores (25%) e recomendou que os representantes dos segmentos de trabalhadores e usuários fossem indicados em assembleia geral de suas entidades.

[...] nós voltamos (da IV CNS) e transformamos as mini conferências, em comitês populares de saúde, e o comitê de Itapegica e de vila Fátima, entramos com uma ação civil pública contra a prefeitura por não ter realizado a conferência e infringir o princípio democrático na escolha dos representantes, porque ele escolhia os amiguinhos dele e ganhamos o processo (G5).

Em (19)93 quando o ministério público veio aqui e determinou que tinha que ser feita essa conferência e que tinha que seguir as leis, o secretário ficou assim... "não, agora nós temos que fazer alguma coisa, nós vamos ter que nos aproximar, vamos ter que mudar, e tem isso aqui...e quando chegou em 94 ele falou" nós temos que fazer a Conferência municipal de saúde" e eu acho que essa conferência municipal de saúde foi marcante que é a primeira Conferência reconhecida, olha, eu até arrepio, porque eu participei muito desse projeto e ela foi legítima, ela pode ter tido defeitos, mas ela foi construída e eu acho que foi a partir daí que a gente começa de fato a exercer mesmo o SUS...(G1)

Quando saiu publicado no jornal teve muita crítica dizendo "Mais uma, essa não é a primeira, essa é a segunda" e aí a gente explicava "Oficialmente dentro da legalidade tem que ser assim, ela tem que partir de um edital, tem que dar ampla visualização, tem que permitir a participação de todos os segmentos..." E aí tinha briga, porque eles queriam que essa fosse a segunda e não a primeira, então nós fomos primeiro contato olho a olho que eu tive com o Pe. Beraldo e o Seu Otávio, que este tinha assentamento no Conselho Estadual. (...) Aí eles falaram tudo que eles achavam que era errado e eu falei "Olha, eu acho que é isso mesmo, nós não sabemos fazer e a gente quer contar com a ajuda de vocês, pois na publicação tá certa e a gente quer a participação. Aí o senhor Otávio disse, olha existia uma vidraça entre nós e você quebrou essa vidraça, agora estamos respirando o mesmo ar" (...) então eu fui lá, aí eu fui ver a lei orgânica e ela falava assim "...segmentos dos usuários..." então estava certinho, só que a forma

de eleição não. Era por indicação. Naquela época não tinha assim definido que o ideal seria 25% gestor e 25% trabalhador, aqui nessa época o ministério público falou que teria que ter os 50% dos usuários de acordo com as divisões que tinham da lei orgânica, eles tinham que se reunir entre seus pares e fazer. Se você for ver a sequência dos decretos, cada ano, cada dois anos tem um decreto novo, mas o decreto pelo menos já saiu com essa paridade, em 94 deve ter saído um melhorzinho, e aí os usuários começam a se aproximar (G1)

E até o quarto mandato o conselho de Guarulhos não tinha regimento até que em 94 constituímos o fórum de saúde (G5)

Em 4 de março de 1994, por meio do Decreto nº 18355, o CMS-GRU passou a ser composto por 19 membros vinculados à área da saúde. Alterou a representação do Conselho Regional de Medicina para Associação de Profissionais de Saúde. A composição ainda não era paritária e ficou assim definida:

Quadro 6 - Composição do Conselho Municipal de Guarulhos – 1994

- 1. Secretário Municipal de Saúde – Membro Nato**
- 2. Departamento de Assistência à Saúde da PMG**
- 3. Departamento de Higiene e Prevenção à Saúde da PMG**
- 4. Secretaria de Finanças da PMG**
- 5. Secretaria de Economia e Planejamento da PMG**
- 6. Secretaria de Estado da Saúde**
- 7. Hospitais Públicos**
- 8. Prestadores de Serviços Contratados**
- 9. Prestadores de Serviços Convencionais**
- 10. Associação dos Profissionais de Saúde**
- 11. Associação Comercial e Industrial de Guarulhos**
- 12. Associação dos Aposentados**
- 13. Associação dos Deficientes**
- 14. Associação dos Hansenianos**
- 15. Sindicato dos Metalúrgicos**
- 16. Sociedade Amigos de Bairros – Região I**
- 17. Sociedade Amigos de Bairros – Região II**
- 18. Sociedade Amigos de Bairros – Região III**
- 19. Sociedade Amigos de Bairros – Região IV**

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

Em 22 de março de 1996 o Decreto Municipal nº 19330 ampliou de 19 para 20 o número de membros do conselho e embora não tenha feito uma definição muito clara estabeleceu uma composição paritária entre usuários e demais segmentos.

Quadro 7 - Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 1996

Artigo 3º - O Conselho Municipal de Saúde será composto por 20 (vinte) membros com a seguinte representatividade:

- 01. Secretário Municipal de Saúde – 01**
- 02. Representante da Secretaria Estadual de Saúde – 01**
- 03. Representante da Administração Pública Municipal nas áreas de Planejamento ou Finanças – 01**
- 04. Representante de Hospital Público Estadual – 01**
- 05. Representante de Hospital Público Municipal – 01**
- 06. Representante de prestadores de Serviços Conveniados – 01**
- 07. Representante de prestadores de serviços Contratados – 01**
- 08. Representante da rede Básica Municipal de Saúde – 01**
- 09. Representante das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária Municipal – 01**
- 10. Associações dos profissionais de Saúde – 01**
- 11. Associações de Bairro- 05**
- 12. Entidades Filantrópicas ligadas ao trabalho com doentes e idosos – 03**
- 13. Centrais sindicais sediadas no Município de Guarulhos – 02.**

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

Em 14 de agosto de 2000 o Decreto Municipal nº 21.003 revogou o decreto 16.293 e alterou a composição do CMS-GRU, garantindo a representatividade de 50 % para o segmento dos usuários. O CMS-GRU passou a ter a seguinte composição:

Quadro 8 - Composição do Conselho Municipal de Guarulhos – 2000

Representantes do Governo, Prestadores de Serviços e Profissionais de Saúde.

1. Secretaria Municipal da Saúde:
2. Representantes de Hospital Público Estadual:
3. Representantes da Secretaria Estadual da Saúde – DIR 3
4. Representantes de Hospital Público Municipal:
5. Representantes dos Prestadores de Serviços Conveniados:
6. Representantes dos Prestadores de Serviços
7. Representantes da Rede Básica Municipal de Saúde:
8. Representantes da Área Odontológica Municipal:
9. Representantes das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica Municipais:
10. Associação Paulista de Medicina

Representantes do Segmento dos Usuários.

1. Central Sindical sediada no Município: Força Sindical
2. Entidade Filantrópica ligada ao trabalho com doentes e idosos: Centro de Assistência e Promoção Social Nosso Lar - Recanto dos Idosos
3. Associações de Portadores de Necessidades Especiais e Patologia: Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Guarulhos (APAE)
4. Associação de Deficientes Visuais de Guarulhos
5. União de Moradores do Parque Jandaia
6. Sociedade Amigos de Bairro do Jardim Acácio
7. Associação dos Amigos de Bairro do Parque Residencial Bambi
8. Centro Comunitário da Vila Carmela – Bonsucesso
9. Sociedade Amigos do Bairro do Jardim Ponte Alta I

Entidades Patronais:

10. Associação Comercial, Industrial e de Serviços de Guarulhos

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

Em 19 de fevereiro de 2001 foi editado o Decreto Municipal nº 21.186 com a seguinte redação:

*considerando o que dispõe a Lei Federal 8142, de 28/12/1990; o que dispõem os artigos 239 e 243 da Lei Orgânica do Município; Que estão suspensos os efeitos da Lei nº. 5562, de 20/06/2000; pela ação direta de inconstitucionalidade (...). **Que é imprescindível a instalação imediata do Conselho Municipal de Saúde, que atenda a uma composição legítima, justa e realizada através da efetiva participação da sociedade civil organizada e dos segmentos que a compõe, bem como às suas indicações.***

Quadro 9 - Composição do Conselho Municipal de Guarulhos – 2001

Representantes do Governo, Prestadores de Serviços e Profissionais de Saúde

I. Governo Municipal (7)

II – Representantes da Secretaria de Estado da Saúde, sendo um do hospital estadual sediado no Município e outro da DIR III (2)

III – Representantes dos Serviços Conveniados (2)

IV – Representantes dos Serviços Contratados pelo SUS

V – Representantes das Associações e Conselhos dos Profissionais de Saúde com regional sediada no Município:

1. Conselho Regional de Medicina:

2. Associação Paulista de Medicina:

3. Conselho Regional de Odontologia

4. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas

VI – Representantes das Instituições de Ensino Superior, formadoras de profissionais da saúde, sediadas no Município

VII – Representantes dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, com regional sediado no Município.

Representantes do Segmento dos Usuários

I – Associações de Bairro

Comitê Popular de Saúde do Bonsucesso

Comitê Popular de Saúde de Itapegica

Comitê Popular de Saúde de S. Mena

Comitê Popular de Saúde de Vila Fátima

Comitê Popular de Saúde do Taboão

Comitê Popular de Saúde do Parque Uirapuru

Comitê Popular de Saúde do Jardim Teresópolis

Comitê Popular de Saúde do Jardim Aracília

II – Representantes das Entidades Filantrópicas, ligadas ao trabalho com doentes e idosos (3)

III - Representantes das Associações de Portadores de Necessidades Especiais e Patologias (2)

IV – Representantes das Centrais Sindicais e Sindicatos de Trabalhadores no Município (3)

V – Representantes das Entidades Patronais sediadas no Município

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

O CMS-GRU passou a ter 34 membros, sendo 17 representantes dos usuários e 17 representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde e, entre esses, cinco representantes de entidades que agregam e/ou representam de profissionais de saúde.

Desde o período de sua criação, em 1990, muitos decretos relativos à composição e organização do CMS-GRU foram editados. Aqui foram descritos os mais relevantes quanto à sua composição.

*...eu precisava te dar uma contextualizada como é, que grande aprendizado, é um grande aprendizado, eu falo como trabalhadora, eu era uma assessora, mas eu era uma servidora pública que estava assessorando um secretário de saúde que queria acertar, mas que eu era uma trabalhadora. Então pra mim foi um grande aprendizado, porque começou intuitivamente, ai em cima dessa vivência que a gente já tinha na Zona Leste era isso, é o diálogo e o estudo. Ai a gente foi procurar pesquisar, nós fomos até o ministério público, a gente foi até o Conselho Estadual, e ai a gente foi aprendendo e foi aprofundando, foi entrando na equidade, na igualdade, no acesso, e a gente começou a falar “**Poxa vida, eles só queriam participar**”. (G1)*

A composição paritária do conselho, tal como prevista na legislação permite maior permeabilidade nas decisões do conselho em relação aos interesses daqueles que serão diretamente influenciados por essas decisões. Os conselhos são instâncias que se particularizam no interior do sistema decisório das políticas públicas pelo seu caráter *plural e híbrido* por serem compostos por representantes estatais, representantes da sociedade civil e de prestadores de serviços públicos, favorecendo decisões mais justas e legítimas. (AVRITZER e PEREIRA, 2005)

Em 2004, o conselho passou a ser regulamentado pela lei municipal nº 6010 de 2004 que foi criada a partir da justificativa de que:

O Conselho constitui-se num órgão de suma importância, vez que a ele cabe acompanhar a execução das políticas de saúde definidas pelo Gestor Municipal, em consonância com as diretrizes emanadas pelos Governos Federal e Estadual, exercendo ainda o controle da aplicação dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde e outros provenientes do Tesouro Municipal. Entretanto, em sendo criado por Decreto, é vulnerável. Fragiliza-se enquanto na dependência de humores dos governantes municipais (Lei 6010,2004).

A representação paritária apareceu pela primeira vez nos textos legais do município. Os conselheiros representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde passaram a ser denominados “promotores da saúde”. O CMS- GRU passou, então, a ter a seguinte composição:

Quadro 10 - Composição do Conselho Municipal de Guarulhos - 2004

Art. 5º O Conselho Municipal de Saúde será composto por um conjunto paritário de 34 (trinta e quatro) membros, atendendo a dois segmentos sociais, a saber:

- I - Representantes dos Promotores de Atividades Relacionadas à Saúde;
- II - Representantes dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 6º Os Representantes dos Promotores de Atividades Relacionadas à Saúde de que trata o inciso I do art. 5º, observarão a seguinte distribuição, agrupados em sete categorias:

I - seis representantes da Secretaria Municipal da Saúde, assim distribuídos:

- a) titular da Secretaria da Saúde;
- b) um representante da rede básica municipal de saúde;
- c) um representante dos hospitais públicos municipais;
- d) um representante das vigilâncias municipais, sanitária e epidemiológica;
- e) um representante da área odontológica municipal;
- f) um representante da área administrativa da Secretaria da Saúde;

II - um representante da Secretaria de Finanças do Município;

III - dois representantes da Secretaria de Estado da Saúde, sendo um do hospital estadual sediado no Município e outro da Direção Regional de Saúde - DIR III;

IV - um representante do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS;

V - dois representantes dos serviços conveniados e/ou contratados, sediados no Município;

VI - quatro representantes das associações e conselhos dos profissionais de saúde, com regional sediada no Município;

VII - um representante dos sindicatos dos trabalhadores em saúde, com regional sediada no Município.

Art. 7º A Representação dos Usuários do Sistema Único de Saúde de que trata o inciso II do art. 5º, dar-se-á com a participação da população organizada, através das seguintes entidades e movimentos, agrupados em cinco categorias:

I - oito representantes de associações de bairro, sendo quatro destinados a representantes dessas associações que integram os Conselhos Gestores das Regionais I, II, III e IV;

II - três representantes das entidades filantrópicas, sociais e movimentos de saúde sediados no Município, ligados ao trabalho com doentes e/ou idosos;

III - dois representantes das associações de portadores de necessidades especiais e patologias sediadas no Município;

IV - três representantes das centrais sindicais e sindicatos de trabalhadores no Município;

V - um representante das entidades patronais sediadas no Município.

Art. 8º Os membros representantes das administrações municipal, estadual e federal serão indicados pelas respectivas esferas de governo, podendo ser substituídos a qualquer tempo e exercerão suas funções enquanto investidos em cargo público.

Art. 9º Os representantes dos serviços conveniados, contratados, das associações e conselhos dos profissionais de saúde, dos sindicatos e das centrais sindicais, serão indicados pelo conjunto de entidades e instituições desses segmentos.

Art. 10. Os representantes das entidades ou movimentos dos usuários serão indicados por meio de eleição.

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

De 2004 até 2011 o que se observou foi a constituição e delimitação de dois campos: “promotores da saúde” e usuários. Não há representação paritária do segmento dos trabalhadores, que foi inserido no grupo dos “promotores de saúde” junto com os gestores e prestadores de saúde. Isso indica arranjos locais de composição do CMS-GRU no sentido de garantir a participação das forças políticas locais.

Côrtes, em 2009 realizou um estudo no qual a autora dividiu os representantes do conselho nacional de saúde em governamentais e societais. Em societais a autora inclui os representantes sociais e os representantes de mercado. Os representantes dos trabalhadores são classificados no grupo dos representantes sociais, ao lado dos usuários. No conselho de Guarulhos eles estariam no outro grupo, governamental, sob a denominação de Promotores da Saúde. Essa denominação de “promotores da saúde” nos indica uma divisão em “quem faz parte do governo” e “quem não faz parte do governo”.

Quando questionado sobre o termo promotores da saúde, dado aos representantes que não são usuários um deles respondeu o seguinte:

Promotores? Porque eles representam a parte de gestão mais alta, é os diretores, eles sentam lá e tão sempre se reunindo, se eu citar é as quatro diretoras das regionais, dos hospitais, hospitais municipais e depois tem as outras entidades que é convocado pra participar como conselheiros, como o hospital Geral, o Pimentas, que quem comanda lá é a SPDM, tem algumas outras pessoas que representam, que são indicadas, associação dos médicos, são 25 e 25.(U2)

De um lado estão os promotores, gestores e trabalhadores, e do outro lado os usuários, porque todos promovem saúde com a sua profissão, os outros representam mais os usuários, claro que os usuários também **promovem saúde**, mas esse termo foi pra distinguir. (G5)

Em 2011 se observou que era impossível cumprir a recomendação CNS 333, quanto à paridade porque o segmento dos promotores tinha número ímpar como justificado no texto da Lei nº 6878/11 de 30 de junho de 2011:

e altera dispositivos da Lei nº 6.010, de 12/04/2004, com o propósito de implementar as disposições contidas nas Leis Federais n/s. 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990, e na Resolução nº 333, de 04/11/2003, do Conselho Nacional de Saúde.

A Lei Federal nº 8.142, de 1990, no seu artigo 4º, II, estabelece que os Conselhos Municipais de Saúde tenham composição paritária de acordo com o disposto no artigo 3º do Decreto Federal nº 5.839, de 11 de julho de 2006, o qual já adequado aos municípios pela Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, no sentido de que, o CMS seja formado por 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores da Saúde e 25% de representação do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, nestes últimos incluindo-se os responsáveis pela gestão de saúde do Governo Municipal, do Governo Estadual e das entidades e hospitais filantrópicos conveniados que prestam serviços ao SUS no Município;

Considerando que, a norma municipal não está perfeitamente adaptada à legislação federal, em razão de uma distribuição inadequada dos membros do Conselho Municipal de Saúde, o que tem gerado inconvenientes à Administração, carecendo imediata correção, propõe:

A alteração do caput do artigo 5º aumentando o número total de membros de 34 para 40, pois o número de 34 dividido em 50% é igual a 17 (usuários), 25% representa o número de 8,5 membros, impossibilitando o fiel cumprimento da legislação. Na atual composição constam nove membros para os representantes da administração e sete membros para os trabalhadores da saúde. Com a alteração para 40 membros, teremos a composição realmente paritária, ou seja: 20 membros para os Usuários, 10 membros para os Trabalhadores da Saúde e 10 membros para os Prestadores de Serviços ao SUS.

A alteração do artigo 6º visa a inclusão de 3 membros na composição dos trabalhadores e prestadores de serviço do CMS, alterando de 17 para 20 membros, adequando a disposição dos itens em relação ao agrupamento de Prestadores de Serviços ao SUS e Trabalhadores da Saúde e inclui mais 1 vaga aos conselhos de profissionais de saúde e 2 vagas aos conselhos gestores de saúde, segmento dos trabalhadores.

Art. 1º O caput e os incisos I e II do artigo 5º da Lei nº 6.010, de 12/04/2004, passam a vigorar com as seguintes redações:

Art. 5º: O Conselho Municipal de Saúde será composto por um conjunto paritário de quarenta membros, atendendo a dois segmentos sociais, a saber.

I - cinquenta por cento de representantes dos promotores de atividades relacionadas à saúde, sendo:

- a) vinte e cinco por cento de representantes do Poder Executivo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos; e*
- b) vinte e cinco por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde*

II - cinquenta por cento de representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Dá nova redação aos incisos IV e V, e inclui o inciso VII e parágrafo único ao artigo 6º da Lei nº 6.010, de 2004, conforme segue:

IV - seis representantes dos conselhos de profissionais de saúde ou das associações dos profissionais de saúde, atuantes no município.

V - dois representantes dos sindicatos dos trabalhadores em saúde sediados no município.

VII - dois representantes do segmento dos trabalhadores dos conselhos gestores de saúde do município.

Parágrafo único. Quando a quantidade de entidades representantes dos Promotores de Atividades Relacionadas à Saúde for inferior ao previsto neste artigo, cabe ao Conselho Municipal de Saúde remanejar o número de entidades das várias categorias sem alterar o número total de vagas do segmento dos promotores.” (NR)

O Decreto 29.267 de 19 de setembro de 2011 nomeou os representantes do biênio 2011 a 2013.

Quadro 11 - Composição do Conselho Municipal de Guarulhos – 2011

Representantes dos Promotores de Atividades Relacionadas à Saúde

- I – Representantes da Secretaria Municipal de Saúde: (6)
- II – Representantes da Secretaria de Estado da Saúde, sendo dois Hospitais Estaduais sediados no Município: (2)
- III – Representantes dos Serviços Conveniados e/ou Contratados sediados no Município (2)
- IV - Representantes das Associações e Conselhos dos Profissionais de Saúde, com Regional sediada no Município:
 - 1. Associação Paulista de Medicina
 - 2. Conselho Regional de Odontologia
 - 3. Conselho Regional de Farmácia
 - 4. Associação Paulista de Cirurgões Dentistas
 - 5. Conselho Regional de Medicina
 - 6. Associação dos Servidores Municipais de Guarulhos
- V – Representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, com Regional sediada no Município: (2)
- Conselheiros Gestores Trabalhadores (2)

Representantes dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

- I – Associações de Bairro/Comitês de Saúde
- II – Entidades Filantrópicas –
 - 1. Pastoral de Saúde
 - 2. Fórum de Saúde
 - 3. Pastoral de Saúde do Cocaia
- III – Associações de Portadores de Necessidades Especiais e Patologia (2)
- IV – Centrais Sindicais e Sindicatos de Trabalhadores
- V – Conselheiros Gestores Usuários
- Região de Saúde I – Centro
- Região de Saúde II – Cantareira
- Região de Saúde IV – Cumbica/Pimentas

Fonte: Departamento de Relações Administrativas – Prefeitura de Guarulhos

O processo histórico de formação do CMS-GRU mostra que a representação da sociedade civil no conselho foi objeto de muita disputa. Mesmo quando a composição do conselho parecia contemplar o segmento dos usuários, a representação não era real. Assim todo o movimento de disputa no interior do conselho ficou polarizado entre os atores governamentais e não governamentais.

Quando questionados sobre o papel do segmento dos trabalhadores no CMS-GRU alguns conselheiros responderam nunca terem pensado nisso.

É engraçado isso. Na verdade eu nunca parei pra pensar nisso. (...) A gente vai ter agora uma Conferência de saúde do trabalhador, aí você vê agora o movimento, (G6)

*Eu acho que eles começam já assim, timidamente, ele já começa a esboçar a representação do trabalhador, ainda é tímida , mas já começa, eu **acho que o primeiro desafio nosso era a segmento dos usuários e ele foi assim legítimo e agora é a inclusão dos trabalhadores,** porque foi um grande passo ter aí os 25% agora, porque não era, ele começa a partir 96/97 que é quando surge a primeira lei, que foi uma briga pra transformar em lei, e aí você vê que antigamente tinha a representação maior , mas ainda é um segmento que está se organizando, e ele começa agora a perceber a representatividade que ele tem mas ainda é tímido, é tímido (G1)*

agora dos trabalhadores a gente tem dois assentos que são conselheiro gestor, o seguimento dos trabalhadores, que são eleitos lá nas regiões de saúde e fazem parte do conselho. É meio restrita ainda, elas são tímidas, [...] mas enfim, eu acho que está muito aquém ainda, do que deveria estar. Mas é um processo né? Eu acho que a medida a gente vai fortalecendo, a gente consegue (G3).

Quanto à representação paritária do segmento dos trabalhadores, somente em 2011 ocorreu a alteração da composição do CMS-GRU para permitir a representação paritária. Essa discussão em torno da mudança da lei parece não ter sido acompanhada pelos trabalhadores que participam do conselho. Nenhum dos conselheiros entrevistados fez referências a essa lei.

A forma de escolha das entidades que representam os trabalhadores, bem como a forma de escolha do representante de cada entidade, exerce influência no tipo de representação que se deseja.

A identificação da forma com que cada membro é escolhido para representar o segmento pode ajudar a entender os limites e as possibilidades dessa representação.

Entre as entidades médicas um dos critérios de escolha é o servidor ser funcionário da secretaria, principalmente se for gestor na secretaria. Isso foi apontado por três, entre os quatro médicos entrevistados.

Esse critério pode gerar distorções na representação do trabalhador

que é visto como gestor pelos demais conselheiros.

Os gestores apontam que há pouca participação dos trabalhadores no que se refere a apresentar temas para debate. Ao se analisar as pautas dos conselhos, durante o ano de 2013, observa-se que nenhuma pauta foi apresentada pelo segmento dos trabalhadores, no entanto a participação de alguns representantes do segmento foi significativa nas discussões de todos os temas debatidos. Isso reforça a não identificação das entidades como representante do segmento dos trabalhadores. Uma representante de entidade médica responde que os trabalhadores não participam que faltam muito, em uma clara afirmação que não se sente como representante dos trabalhadores.

*Cada vez mais a gente precisa envolver os trabalhadores para eles entenderem, a gente procura envolver os trabalhadores, **é difícil, pois a maioria é tímida, inibida, mas a gente tem conselho gestor em 100 % das unidades, e ali tem a participação do trabalhador**, nas primeiras rodadas o gerente tinha que indicar, hoje os trabalhadores já se candidatam , tem unidade que tem mais candidato que vaga (G1)*

***Eu acho que é uma participação menor em termos de impacto de projeção**, então elas ficam...farmácia alguma coisa...mas eu acho que elas vem mais pra assistir, pouco discussão é realizada em relação aos outros segmentos, eu acho que fica mais com a questão da classe médica mesmo.(G2)*

***dos trabalhadores a gente tem dois assentos que são conselheiro, gestor, o seguimento dos trabalhadores, que são eleitos lá nas regiões de saúde e fazem parte do conselho. É meio restrita ainda, elas são tímidas, [...]** esses que são efetivamente trabalhadores e vem pelas regiões de saúde são tímidos ainda, bom, começaram agora, essa turma começou agora. Mas mesmo os outros eu acho que estavam um pouco tímidos [...] Não sinto, ela não se destaca. Aqui em Guarulhos não se destaca. Mas é tudo um processo, eu acho que os trabalhadores de Guarulhos não estão organizados dessa forma, eu não vejo.(G6)*

Trabalhadores? É pouco, muito pouco, muito pouco, eles faltam, os sindicatos faltam, se você for pegar a frequência, eu era da comissão executiva, vários faltam , não tem interesse em

***participar**, ou tem interesse em uma pauta exclusiva aí neste dia eles vão [...]25% ? Tem , é tudo certinho, se você pegar a composição do conselho de Guarulhos, é tudo certinho, mas ter na composição não significa que eles estão participando (T4)*

***e muito...eu não diria fraco, mas a gente teve a APM, é... uma presença forte para os dois conselheiros que estavam, eles eram bem participativos, mas é uma exceção**, via de regra eu não vejo o pessoal dos outros conselhos se manifestando muito, mais os médicos,(G3)*

***Nas comissões eu também não vejo muita gente...olha, quem participa mais são os usuários, de forma em geral são eles e os gestores da Gestão Municipal, são esses dois segmentos que movimentam mais**, mesmo o sindicato eu não vejo como uma coisa importante dentro do conselho [...] e o sindicato não tinha muito interesse, entrava em greve e faltava todo mundo, e é a comissão que diz mais respeito ao próprio sindicato e mesmo assim a gente ficou um tempo sem algumas pessoas porque faltavam tanto e aí já não representavam mais.[...] eu nunca vi, e olha que eu tenho bastante tempo, pelo menos não que eu tenha na minha memória um ponto marcante que isso tenha acontecido [...] **já chegou até o usuário fazer reclamação de falta de condições de trabalho**, mas falando em nome do trabalhador. Mas um trabalhador falar “olha, eu sou trabalhador e acho que a gente precisa disso, precisa daquilo, tem uma demanda” ou mesmo que não seja um pedido, seja apenas um comentário, uma solicitação (G3)*

As atas analisadas mostram a participação dos representantes das entidades em informes e convites para atividades da entidade. Também há participação nos debates do conselho, mas não foi identificado nenhuma proposta de pauta trazida pelo segmento dos trabalhadores. Em estudo sobre um conselho de saúde do sul do país Wendhausen e Cardoso (2007) encontraram que:

“difícilmente algum assunto de pauta é proposto por profissionais da saúde” (....) “O segmento dos profissionais de saúde e usuários bem pouco interferiam, tanto na agenda como nas decisões”. Agiam “frequentemente de modo reativo frente ao que era trazido pelo segmento governamental.” (....) Um

dos resultados encontrados neste estudo é que aqueles participantes que detêm o poder, através do discurso competente determinam como deve ser o jogo do poder. Wendhausen e Cardoso (2007, p. 581).

Destaca-se como limites à efetiva participação do segmento dos trabalhadores, do ponto de vista da representação: a diluição do segmento dos trabalhadores em promotores da saúde; a representação de algumas entidades feita por funcionário da entidade que não é trabalhador da saúde; a participação de entidades que representam a mesma categoria (como a de médicos e dentistas); a ausência de representação de categorias numericamente significativas na composição quadro de recursos humanos da secretaria municipal como as categorias de enfermagem e a permanência de conselheiros por mais de dois mandatos, ou seja manutenção do mesmo conselheiro mudando a entidade ou o segmento que representa.

Bravo (2007) destacou que a falta de renovação dos conselheiros foi apontada como limites por entidades de trabalhadores de saúde dos conselhos de saúde do Rio de Janeiro, durante um seminário realizado naquela cidade com o tema “Saúde, trabalho e Democracia: A Participação dos Trabalhadores de Saúde nos Conselhos”. A autora concluiu que os profissionais de saúde não estão ocupando plenamente este espaço privilegiado de formulação, implementação e fiscalização das políticas de saúde”(BRAVO, 2007).

Quanto à necessidade de eleição direta para os representantes dos trabalhadores, como apontado por alguns conselheiros o que se observa no CMS-GRU é que esse não é um fator limitante da participação desse segmento. Ao contrário, as entidades têm maior participação nas reuniões que os representantes dos conselhos gestores de unidades, que são votados. Esta representação encontra apoio na teoria moderna da representação, que tem como um dos elementos a autorização, ou seja, a representação por afinidade como defendida por Avritzer sobre a teoria da participação da sociedade civil:

Esta, que tem se tornado muito forte nas áreas de políticas públicas no mundo em desenvolvimento, se dá a partir da especialização temática e da experiência. Organizações criadas por atores da sociedade civil e que lidam por muito tempo com um problema na área de políticas sociais tendem a assumir a função de representantes da sociedade civil em conselhos ou outros organismos encarregados das políticas públicas. (AVRITZER, 2007, p. 457).

Para o autor, a representação por afinidade se autentica na legitimidade do representante, entre outros atores que agem da mesma maneira que ele.

Um aspecto importante dessas novas formas é que elas não aparecem puras na política contemporânea. As eleições continuam sendo a maneira mais democrática de escolha dos representantes, mas, uma vez eleitos, estes se encontram com a advocacia de temas e a representação da sociedade civil. Se introduzimos a democracia como variável, a política carece tanto do ator que age limitado pela autorização recebida e ao qual nos habituamos a chamar de representante quanto do ator livre que, ao invés de delegar a representação dos seus atos, decide responsabilizar-se por eles. Se o ator que age por sua própria conta fala em nome de outros atores, não deixa de haver representação, ainda que, nesse caso, ela se dê por identificação (ARITZER, 2007 p.459).

Considerando-se que as entidades representadas no CMS-GRU têm eleições para suas diretorias e conselhos, entende-se que estão legitimadas a representar os trabalhadores, necessitando maior esclarecimento da representação do segmento, visto que a maioria dos representantes de entidade não se percebe como representante dos trabalhadores.

4.2 - A percepção dos conselheiros quanto à representação do segmento dos trabalhadores nos CMS-GRU

De acordo com os entrevistados, a composição do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos tem uma delimitação bastante clara quanto ao segmento dos usuários. O mesmo não acontece com a divisão entre gestores e trabalhadores

O que eu vejo aqui em Guarulhos é: 50 % dos usuários, isso é inquestionável, a outra metade eu vejo entidades de classe de tudo quanto é tipo, tá lá sindicato dos taxistas de Guarulhos, sindicatos dos químicos de Guarulhos, associação dos não sei o que, isso oscila muito porque algumas dessas entidades têm participação pífia (T3).

Tabela 2 - Conhecimento dos conselheiros quanto à recomendação da paridade da representação dos trabalhadores na composição do conselho.

Conhecimento sobre a composição paritária	Conselheiros			Trabalhadores não conselheiros	TOTAL
	Usuários	Gestores	Trabalhadores		
Conhece - sabe quem são os representantes	2	2	1	0	5
Conhece - não sabe quem são os representantes	3	0	1	0	4
Não conhece - não sabe quem são os representantes	0	4	7	6	16
Não conhece - identifica alguns representantes dos trabalhadores no conselho	1	0	1	0	2
Total	6	6	10	6	28

Fonte: entrevistas realizadas, 2013 - 2014.

Observa-se que 57% dos entrevistados desconhece a recomendação sobre a representação paritária entre trabalhadores e gestores. Entre os trabalhadores 7, dos 10 entrevistados não conhecia a recomendação. Um dos conselheiros representante de entidade médica afirma saber que 25% das vagas são para os trabalhadores, mas não sabia que a entidade que representava estava neste segmento.

[...] 25%? Tem, aqui é tudo certinho, se você pegar a composição do conselho de Guarulhos, é tudo certinho, [...] Se a APM está nestes 25%? Não a APM está nas ...entidades..ãh.... entra em outra parte, eu tenho aqui, não sei de cor, mas tá no segmento dos gestores, tá aqui, toda reunião eles colocam a composição, olha, “dos promotores” da secretaria, das associações, olha a gente entra nas associações oh, onde entra a APM, o CRO, dos dentistas, da farmácia, o CRM, é aqui nesta parte (mostrando o regimento) (T4)

Para Tatagiba (2012, p. 1) a composição paritária dos conselhos, com representantes estatais, representantes da sociedade civil e prestadores de serviços públicos, “torna o processo decisório mais permeável aos diversos interesses implicados na elaboração e execução das políticas públicas favorecendo decisões mais justas e legítimas”.

A recomendação da Resolução 453/2012 sobre a representação paritária de 25% para trabalhadores e 25% para gestores, indica uma preocupação com a importância da representação do segmento dos trabalhadores, de forma independente dos gestores.

Como demonstrado no capítulo anterior, até o ano de 2011 a composição do CMS-GRU não tinha uma composição paritária entre gestores e trabalhadores. O texto da Lei Municipal nº 6878/11 que altera essa situação alerta para a impossibilidade da paridade, pois o segmento dos promotores tinha número ímpar.

A correção na composição do conselho foi feita para atender às determinações legais definidas na Resolução CNS 453/2012, mas ainda não há clareza para os entrevistados de que as entidades de classe, conselhos, associações, sindicatos de trabalhadores da saúde e representantes dos conselhos gestores fazem parte de um mesmo segmento dentro do CMS-GRU.

trabalhador da saúde só tem eu lá, né, que eu conheço, a maioria que são trabalhadores lá são médicos, são gerentes, trabalhador de funcionário, se tem outros de outras regiões eu não conheço (T9).

Trabalhadores? É pouco, muito pouco, muito pouco, eles faltam, os sindicatos faltam, se você for pegar a frequência, eu era da comissão executiva, vários faltam, não

tem interesse em participar, ou tem interesse em uma pauta exclusiva aí neste dia eles vão, (G3)

Bom a minha gerente participa dessas reuniões acredito que ela seja representante, tem um pessoal do conselho gestor que vai, tem uma funcionária daqui que ela participa das reuniões , então assim , pensando de um bem próximo não, mas é eu sei que tem essas pessoas daqui que participam , então pode colocar que sim, que eu conheço, né.(N3)

Alguns representantes dos trabalhadores que têm cargos de gestores, nas unidades de saúde do município, tiveram uma atuação mais como gestor, do que como trabalhador. Uma das entrevistadas afirma que trabalha como gestora em uma unidade e como médica consultante em outra, mas só se sente à vontade para participar do conselho pela unidade em que é gestora.

Aqui eu gosto muito de trabalhar porque eu sou gerente, eu tenho autonomia. Trabalho na prefeitura, como plantonista desde 98, quase 16 anos, lá eu tenho muitas tristezas [...] Lá eu sou do plantão do pronto socorro, eu não participo do conselho não, e não quero participar, não tenho interesse. Algumas vezes eles perguntam e a reunião é até no dia do meu plantão, mas eu não tenho interesse, porque é mais um momento para eu me desgastar [...] Aqui surgiu por eu ser da associação [...] por eu ter essa ação gerencial surgiu essa possibilidade de participar do conselho (T4).

Na discussão da composição da comissão executiva do conselho, durante a reunião de posse da nova gestão do CMS-GRU para o biênio 2014-2016, uma representante do CRM foi indicada a uma vaga na comissão executiva pelo segmento dos gestores.

A representante do CRM, indicada a vaga do conselho pelo segmento dos trabalhadores, não percebeu que seu nome, indicado por um gestor, estava colocado no segmento dos gestores na comissão. Somente após um tempo de discussão e disputa sobre as vagas, é que se fez a correção, passando então a representante do CRM para o segmento dos trabalhadores.

Eu dei risada, eu dei risada, quando eu vi a composição, e que foi a gestora que falou, “você vai lá”, e na hora da

comissão vai dar problema porque o segmento não vai estar representado, e vai ter duas pessoas falando a mesma coisa, porque vai estar o chefe, e o subordinado, e eu falei “ai,ai”, mas isso aqui é uma democracia, e até vai ser complicado pra ele, e a hora que ele tiver que se posicionar [...] Eu vou te dizer uma coisa, às vezes eu participava de alguma das reuniões da executiva, e muitas vezes eu brincava com a T4, “T4 você tá como o teu segmento ou como gestora, (porque ela é Gestora também e representa a APM) , você ‘tá falando por qual segmento, porque as vezes a gente via que ela confundia, ora ela consegue ver, ora ela mistura, mistura com gestão, mistura”...e o trabalhador some, ele se coloca no lugar deste, ele confunde os papéis, ele tem que se despojar destas áreas e focar , mas ele não consegue , ele se dilui (G1)

Alguns trabalhadores ao ocuparem cargos de gerência, ou gestão, ou por pertencerem a categorias profissionais nas quais são vistos naturalmente como gestores pelos usuários ou mesmo por outros trabalhadores, foram confundidos com representantes dos gestores.

Também se observou o uso do termo “trabalhadores” aos servidores de nível médio, excluindo desse grupo os profissionais universitários que atuam nas secretarias. Esse conceito é contrário à forma majoritária com que o segmento dos trabalhadores está representado no Conselho, a saber, por meio dos conselhos de classe, associações profissionais e sindicatos de categorias de profissionais de nível universitário.

É praticamente impossível que ao participar do Conselho de Saúde, como representante dos trabalhadores, cada trabalhador possa despir-se de todas as outras formas de atuação ou papéis que desempenha.

O desafio é precisamente reconhecer que irá influenciar em outras áreas, de acordo com a forma como se insere como trabalhador. Ter essa consciência é fundamental para que o trabalhador possa assumir e desempenhar o papel que lhe deve ser atribuído no Conselho Municipal de Saúde.

Os trabalhadores e gestores desempenham papéis diferentes no sistema de saúde e, conseqüentemente, o desempenho e a forma de envolvimento no Conselho também são distintos, mas, considerando a

difficuldade dos entrevistados em identificar os representantes do segmento dos trabalhadores é de se supor que também a identificação do papel desse segmento nos Conselhos de Saúde não seja tarefa fácil.

Os conselheiros atribuíram diferentes papéis ao segmento dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. Alguns destacaram a colaboração com a gestão, enquanto outros apontaram o apoio técnico para as discussões apresentadas no conselho.

O primeiro está em consonância com uma visão liberal que entende que o papel do conselho é o de apoiar os gestores na condução dos projetos da secretaria de saúde. Prestar apoio técnico ao segmento do usuário pode ter significado congruente com a visão de mudança social, na qual o técnico empresta seu saber para o empoderamento social. Para Bógus (1998) esse era o papel desempenhado pelos sanitaristas no apoio ao MSZL na década de 1980:

De acordo com a análise de Jacobi (1989a), o trabalho desenvolvido pelas organizações dos moradores, muitas vezes apoiado pelos “agentes externos” que desempenhavam o papel de aglutinadores dos moradores dispersos, junto com a existência das carências, são dois elementos motrizes para a constituição dos movimentos [...] A formação política era feita diretamente pelos técnicos militantes do movimento (principalmente médicos, enfermeiras e assistentes sociais) que eram funcionários da SES e incluíam entre suas atividades profissionais esse tipo de atuação junto aos membros do MSZL. O eixo dessa formação estava centrado nas causas sociais das doenças, na difusão da ideia de que a prestação de serviços públicos de saúde era um direito da população e um dever do Estado, opondo-se à privatização. (BÓGUS, 1998, p. ?).

Bógus (1998, p. 325) destaca a atuação dos sanitaristas e estudantes de medicina quando fomentavam a organização “*colocando seus conhecimentos técnicos a serviço dos militantes [...] que serviram para subsidiar as reivindicações*”. (BOGUS, 1998 p. 32)

Nessa perspectiva, em lugar de esperar que os representantes dos usuários auxiliem a gestão na condução dos serviços e partilhem a responsabilidade de abdicar de suas reivindicações pela falta de recursos, coloca-se o conhecimento sobre os determinantes sociais das doenças à disposição do usuário, empoderando-o para a participação na tomada de

decisões políticas.

Quando questionados sobre o papel da representação dos trabalhadores no conselho municipal a trabalhadores que não participam do conselho, três entrevistados não souberam opinar e as respostas dos outros três coincidem com a visão mais próxima a concepção social, que considera que o trabalhador deva apoiar o segmento do usuário dando embasamento técnico às discussões.

Eu acho que os representantes deviam é..trabalhar com a orientação da comunidade, (N3)

Ah de apontar, discutir, apontar pontos que vai ser importante pra população, dar minha opinião, minha visão (N5)

as pessoas, participam dando idéias nas prefeituras ou nos comitês de organização, dando idéias e criando coisas para melhorar a situação em comum, né, por exemplo se une porque quer reivindicar alguma coisa, então se une para poder reivindicar, [...] aí a população se reúne, tem os representantes, todos vão dar sua idéia do que é melhor, todos voltados para a saúde, do que for relacionado a verba, a idéias , as leis, é isso (N4)

Entre os conselheiros, seis (29%) dos entrevistados responderam que o trabalhador apoia o segmento do usuário dando embasamento técnico às discussões.

eles ajudam muito a gente, dá dica e tudo, fala "a gente tem que fazer isso, pode fazer" (U1)

e depois entraram os técnicos, nós tivemos o apoio da Dra Vera que era diretora do Hospital, ela era a presidente do conselho, eleita por nós e nos ajudou muito nesta questão (G5).

eles levam algumas questões, mas é mais no sentido de ajudar, as vezes, a ter o parecer técnico de alguma coisa, ter o senso crítico de falar "Ah, não, acho que essa proposta não está boa (G3).

A finalidade de a APM participar primeiro é porque a APM se julga uma entidade com capacidade de avaliar bem as ações de saúde e os interesses da comunidade, segundo por certa neutralidade em relação ao sistema na questão executiva do sistema

*por assim dizer, a APM não participa das diretrizes de saúde, a APM não é gestora, não gerencia, não administra, não cuida de verba e é uma entidade muito ligada as condições de assistência médica, dos indicadores de saúde, os profissionais que estão na APM não são profissionais da APM, são profissionais do município, das unidades, da rede pública e privada também que estão dentro da APM, **então são profissionais que tem conhecimento do que ocorre na política de saúde do município, então, esse papel de neutralidade esse papel de buscar o melhor para a sociedade** (T3);*

*às vezes a população é manipulada, eles têm um limite de conhecimento e mesmo que você tente dar não é tão fácil assim, é paritário mas ao mesmo tempo tem seu viés de condução política, a população gostava da gente porque a gente acabava indo pro viés do usuário, então eles gostavam e aí o governo não muito, então ...**muitas pautas discutidas a gente levantava questões que talvez eles não pensassem e aí tentava mudar alguma coisa** (T4);*

Entre os conselheiros predominou a visão liberal: dezesseis deles (71%) apontaram o apoio à gestão como a principal função dos conselheiros. Um representante dos trabalhadores utilizou o espaço do conselho para divulgação dos projetos da entidade que representa, apresentando em todas as reuniões a programação social da entidade

*é um grupo que tá aí pra correr atrás, pra melhorar **e pra apoiar também o gestor, eu acho que a principal atividade do Conselho é apoio do gestor** é lógico que muitos também estão atentos, não pra criticar mas pra ver o que não dá certo, mas na maioria das vezes a gente apoia (T7)*

*Então eu acho que o conselho é um órgão assim de fundamental importância para a regulação dos serviços prestados a população [...] então tudo isso é trazido para a reunião e a gente discute com o gestor, o que a gente pode fazer melhorar esse tempo de atendimento, para que o usuário não fique tão prejudicado assim, assim também com relação aos medicamentos, **as vezes faltam os medicamentos básicos que eles não encontram nos postos, então a secretaria vem e explica porque que tá faltando, [...]** das profissões que estão envolvidas na **prestação de serviço** então aí vai representantes como eu da associação dos médicos, representante da farmácia, os farmacêuticos, enfim varias profissões, dos dentistas, enfim **tem todos os segmentos envolvidos na prestação tem seu representante lá, então quando o foco cai, a***

pessoa tá lá pra justificar, ou contestar, sempre com o intuito de melhorar o serviço (T1);

*É direcionar e esclarecer, a G6 faz um trabalho bom no tempo que ela ficou no conselho, porque apesar de ela estar pelo seguimento do gestor, **ela tinha essa visão mesmo de aproximar o conselho, os conselheiros do seguimento dos usuários, pra gestão e pros prestadores, então ela teve esse cuidado** (G2)*

A visão liberal, que considera o conselho como uma instituição para legitimar sua proposta política está presente nas falas de 75% dos entrevistados de diferentes formas, um representante do usuário coloca essa visão como majoritária no CMS-GRU e faz críticas:

*Infelizmente o conselho está imaturo ainda, acho que tem muito pra criar no conselho, se tem um projeto qualquer nada contra aquelas pessoas que vem apresentar, técnica, aquelas coisas, **mas a tarde toda falando, bla blabla você toma uma lição de tecnologia ali, só que nada funciona, e enquanto isso a gente perde o tempo de estar debatendo a política social**, não se discute política social no conselho, aí que entra o direito do trabalhador, o direito do usuário, vamos lá até o respeito com o gestor, acho que tinha que vir com o jogo aberto, agora vir com coisas do outro mundo e ficar a tarde toda enrolando a gente e tomando o tempo que a gente devia discutir políticas sociais, isso é uma perda de tempo grande, e eu quero entrar com isso esse ano, esse ano eu vou falar sobre isso.(U5)*

Embora não questionado diretamente sobre isto, alguns conselheiros apontaram a falta de conhecimento técnico dos usuários como um problema ao funcionamento do CMS-GRU, denotando a visão neoliberal da sociedade do conhecimento.

Tem uma dificuldade que eu vejo na questão dos conselheiros, de quem não lida diretamente com o planejamento e com a execução da saúde, são os conselheiros novos, que são indicados, e que deve ter uma experiência anterior de conselho de gestor de unidade, mas que nas ações, nas execuções das ações, eles têm uma dificuldade um pouco maior de começar a acompanhar desde o início. **E a impressão que dá é assim, quando a pessoa está mais ou menos preparada, já tá na hora de trocar. [...]** Então eu acho que essa capacitação é muito importante pra, **não nivelar, mas pra que todos tenham ideia, consenso do que deve ser feito**, de que forma deve

ser feito, então em alguns pontos as discussões ficam meio prejudicadas, então **quem tem um pouco mais de noção, um pouco mais de conhecimento, conseguem, às vezes, não é manipular, mas é fazer prevalecer o pensamento, a diretriz pra quem a discussão está sendo feita.** (G2)

Eu acho que no conselho, da parte dos populares, são poucos que entendem de administração pública, quer dizer, nenhum entende né? Então tem que ter, não sei se eles precisam ser formados, mas devia ter um ou outro que pudesse fazer uma discussão absolutamente técnica, que é quando faz sempre gente da APM ou uma discussão da parte financeira também, na representação da parte popular não tem gente com essa formação. É sempre gente da população mesmo, usuário, que não tem aquela visão do funcionamento, então eu não acho que eles deveriam ser formados não, eu acho que deveria ter nesses 20 que são deles, pelo menos uns dois que fossem formados na área, atuassem de alguma forma, (G4)

Por outro lado, quando eu falo na formação do conselheiro, eu tenho uma preocupação porque a essência do conselho, sobretudo o seguimento dos usuários é essa vivência da realidade, é esse estar junto com a população, é essa clareza, agora, a maneira quando você forma, o cuidado que você tem que ter, pra não ficar profissionalizando o conselheiro, isso eu acho que é um problema. A gente tem que ter muito cuidado com isso porque há uma tendência pra isso... **E você acaba especializando o conselheiro.** (G6)

o ruim é que eu não sei falar, né, muito, então eu sendo representante, você tem que expor, tem que falar as coisas, então eu já ia ficar meio, então você tem que ter aquela desenvoltura né , e eu não vou ter essa desenvoltura, então por isso eu acho , né que é ruim, e teria que ter uma pessoa certa pra falar a coisa certa. (N1)

Até porque ***o segmento deles é mais elitizado, por que eles tem o conhecimento de como funciona a máquina, exemplo, reforma da UBS tal, 600 mil reais, pra gente é muito dinheiro, porque a gente não conhece esse dinheiro, pra eles não. Como você vai reformar uma casa sua por 600 mil, quanto você vai trabalhar pra isso? Então os conceitos de usuário, trabalhador e gestor é diferente por isso*** (U4)

às vezes a população é manipulada, ***eles têm um limite de conhecimento e mesmo que você tente dar não é tão fácil*** assim, é paritário mas ao mesmo tempo tem seu viés de condução política, a população gostava da gente porque a gente acabava indo pro viés do usuário, então eles gostavam e aí o governo não muito, então ...muitas pautas discutidas a gente levantava questões que talvez eles não pensassem e aí tentava mudar alguma coisa (T4);

Esta concepção presente no CMS-GRS reforça a ideia de que os conselheiros necessitariam “ser” advogados, médicos, administradores para poder opinar sobre o que é melhor para ele. Um conselheiro gestor sugere que o conselho teria que ter “*pelo menos uns dois que fossem formados na área*” referindo-se à área de finanças. Ficam evidentes concepções afinadas com a afirmação de Chauí (2005) sobre a ideologia da competência

Ideologia da competência: A separação entre dirigentes e executantes. Os primeiros, que recebem educação científica e tecnológica, são considerados portadores de saberes que os tornam competentes e por isso com poder de mando. Os executantes são aqueles que não possuem conhecimentos tecnológicos e científicos, mas apenas sabem executar tarefas, sem conhecer as razões e as finalidades de sua ação. São por isso considerados incompetentes e destinados a obedecer.[...] Dessa maneira, as decisões escapam inteiramente dos cidadãos, consolidando o fenômeno da despolitização da sociedade(Chauí, 2005).

Dois outros temas apareceram espontaneamente nas respostas dos conselheiros como entraves à participação dos trabalhadores no CMS-GRU: o medo de sofrer punição por participar, apontado pelos usuários a respeito dos trabalhadores, e a preocupação com o fato de que as atividades desenvolvidas no conselho possam atrapalhar o serviço, apontado por dois dos trabalhadores conselheiros e por dois trabalhadores não conselheiros.

Os conselheiros representantes dos usuários apontaram o medo que os representantes dos trabalhadores têm em participar do conselho, de se expor e ser punido. Os usuários referem que os trabalhadores têm limite à participação em função de sentirem o trabalho ameaçado.

*Ah os que representam os trabalhadores eles são um pouco mais amarrados do que nós né, porque eles não podem chegar e fazer igual os usuários né chegar e meter o pau no prefeito, e , porque eles tem o trabalho deles né? E a gente não, nós somos soltos, o que a gente puder fazer a gente tem que fazer né , já eles são um pouco mais retruncado, tem até certo limite, eles ajuda muito a gente, dá dica e tudo, fala “a gente tem que fazer isso, pode fazer” só que eles não podem interagir como a gente, a gente temo uma ... **pra você ter uma ideia, nós somos 50% eles só são***

25, nós temos mais poder que eles.(U1)

Tem diferença, porque eles se prendem em determinados cargos , determinados valores, eles ficam mais preso no salário deles, tem uma hora que daqui não passa, e nós a gente pode passar um pouquinho mais, nós falamos a vontade, a gente não se prende [...] o medo, os trabalhadores tem medo, eles tem direito de ir nas reuniões e falar, nosso secretário é muito aberto,(U2);

Eles são funcionários, então tem um limite, eu particularmente penso assim (U3)

Tímido, tímido, é isso que eu lamento, tímido, porque tem o seguinte, você tem um salário, você depende daquele salário, quem paga esse salário é o gestor, se você abrir, por isso eu falo mesmo porque eu to falando também em nome deles que não podem falar, então eu falo pra eles, se vocês tiverem algum problema, passa pra mim, porque vocês não podem falar, eu posso, mas eles são tímidos , as vezes eles guardam segredo que a gente devia saber, mas a gente percebe, [...] a gente percebe quando as pessoas estão encurraladas e os trabalhadores estão encurralados, por um lado o usuário já vem com uma cultura de sempre receber um não, já vem bravo, por outro lado o patrão, se der qualquer brechazinha, o patrão ou manda embora ou faz qualquer sacanagem com o salário, então a gente reconhece tudo isso, eu reconheço tudo isso, a posição do trabalhador, o quanto sofre o trabalhador (U5)

Os trabalhadores apontaram dificuldades com a liberação para participar do conselho, além da preocupação de que o tempo dedicado às atividades do conselho interfiram no trabalho:

a princípio precisava que minha chefe autorizasse e ela concordou, e aí eu to aqui no conselho (T7)

como representante dos trabalhadores, meu papel seria passar a informação dos trabalhadores, mas pela distancia não é possível, pois meu trabalho, minha primeira função é visita domiciliar, se eu comesse ser mais presente atrás dos trabalhadores meu trabalho seria prejudicado,[...] eu acho que os usuários lutam mais, os trabalhadores a gente fica assim , quer dizer temos voz ativa mas a gente fica assim meio receoso, como trabalhador, é minha opinião , a gente fica receoso , eu como trabalhadora fico receosa , eu agora a gente percebe que tem muito trabalhador que é pé firme... [...] Acho que insegurança, quando você é militante, eu não sou militante, eu sou participativa, mas não militante, e a gente tem medo de se comprometer, eu nem tenho tempo,

(T5)

*ela gostaria de começar a participar mais, mas como ela é funcionária e ela já é liberada pra ir nas reuniões do conselho, **ela estava com uma dúvida se a gerente dela ia liberá-la*** G3)

É uma coisa assim que eu fugiria da parte técnica e como é que eu posso falar, seria assim um voluntariado , [...] é ver o bem estar da sociedade, não vou dizer que eu fugiria 100% da parte profissional, (T2)

*Porque normalmente elas acontecem em dias específicos e **a gente tem outras agendas** , e como tem profissionais específicos que fazem parte do conselho, então eles participam e quem não é, então não dá pra todo mundo , né , **então a gente tá atendendo agenda, tá fazendo outras coisas.***(N2)

Para Wendhausen (2007, p. 583) é importante que os representantes se organizem em torno de seus interesses **associando representação e participação, para que as políticas públicas possam se tornar efetivas** na solução de problemas.

Enfim, os participantes podem e devem ficar cada vez mais conscientes para lutar "contra as forças que tentam reduzi-las a objetos, contra as múltiplas formas de dominação sempre criativas e renovadas". Todos nós, trabalhadores da saúde, estamos implicados nessas lutas e é importante nossa participação consciente e clara, lá onde nos encontramos, no nosso dia a dia, no trabalho, nas instituições, que precisam ser preenchidas de entusiasmo, e com 'esperança de sucesso' da construção de uma nova sociedade onde saberes e poderes estejam a serviço do 'cuidado de si', do 'cuidado dos outros' e do 'cuidado da vida' (WENDHAUSEM, 2007, p. 583).

Emprestando as definições da visão liberal e a da visão social sobre o conceito de cidadania feito por Marilena Chauí, em 2005, no qual a autora afirma

Na concepção de esquerda, a ênfase recai sobre a idéia e a prática da participação, ora entendida como intervenção direta nas ações políticas, ora como interlocução social que determina, orienta e controla a ação dos representantes. Na concepção liberal, a figura principal é a do indivíduo como portador da cidadania civil ou política, vivendo na sociedade civil, determinada pelas relações de mercado; na concepção de esquerda, a figura principal é a das formas de organização associativa das classes e grupos sociais

(Chauí, 2005).

Os arranjos internos na composição do CMS-GRS contribuíram para diluir a participação do segmento dos trabalhadores, uma vez que polariza os segmentos entre usuários e promotores da saúde. O predomínio da concepção liberal sobre o funcionamento do conselho pode resultar em despolitização das discussões e representar entraves à participação do trabalhador na definição das políticas de saúde locais.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da descrição do processo de formação do CMS-GRS, relacionando-o com a atual organização e dinâmica de funcionamento do Conselho, e da descrição e análise da participação do segmento dos trabalhadores de saúde no CMS-GRS foi possível conhecer os aspectos históricos e sociais relacionados à participação social dos trabalhadores de saúde no CMS-GRS.

Para descrever o processo de formação do CMS-GRS utilizou-se o conteúdo das entrevistas sobre a formação do Conselho e a história do início da participação de cada conselheiro no CMS-GRS correlacionando-o aos fatos históricos documentados.

Os resultados obtidos responderam ao objetivo e podem contribuir para outros estudos sobre o tema. Destaca-se, em primeiro lugar, que os processos de formação do CMS-GRS é similar a outros processos participativos ocorridos no Brasil nas últimas décadas. A maioria dos conselheiros envolvidos na construção do primeiro conselho continua participando do conselho, o que permitiu resgatar a história de participação social na área de saúde no município.

A hipótese de que há disputas entre as visões liberal e social na implementação dos princípios da reforma sanitária e da participação social pôde ser verificada no CMS-GRS, sendo que há o predomínio da visão liberal.

A realização das entrevistas semiestruturadas, sob o enfoque responsivo e a observação participante permitiu reunir informações bastante elucidativas frente aos objetivos pretendidos. A forma de análise dos resultados, comparando a informação da história de cada conselheiro com os fatos documentados em legislação legitimou as informações obtidas e possibilitou a conclusão de que os dispositivos legais para a institucionalização dos conselhos de saúde foram utilizados pelos movimentos sociais do município, o que garantiu através de procedimentos

jurídicos o reconhecimento da legitimidade da sua participação nas discussões e deliberações sobre as políticas de saúde municipais.

Esta pesquisa conseguiu descrever e analisar a participação do segmento dos trabalhadores de saúde no Conselho concluindo que a mesma é inexpressiva em relação à intervenção nas discussões de deliberações sobre as políticas públicas municipais de saúde.

O segmento dos trabalhadores ocupa 25% das vagas do CMS-GRU seguindo a recomendação da resolução CNS 453/12. Está composto, de acordo com a Lei Municipal nº 6878/11 com seis representantes dos conselhos de profissionais de saúde ou das associações dos profissionais de saúde, atuantes no município, dois representantes dos sindicatos dos trabalhadores em saúde sediados no município e dois representantes do segmento dos trabalhadores dos conselhos gestores de saúde do município.

As entidades representadas no CMS-GRU têm eleições para suas diretorias e conselhos, estando legitimadas a representar os trabalhadores, entretanto a maioria dos representantes das entidades não se percebe como representante dos trabalhadores.

As entidades têm uma participação constante no que diz respeito à sua presença e à participação nas comissões do Conselho. Os sindicatos tem baixa participação em termos de frequência, intervenções nas reuniões do pleno e participação nas comissões. Os representantes dos conselhos gestores de unidades, escolhidos diretamente entre os trabalhadores das unidades têm uma participação tímida nas comissões e nas discussões das reuniões. A frequência em reuniões desta parcela do segmento é baixa.

A composição do segmento de gestores e trabalhadores em um único segmento denominado “promotores da saúde” pressupõe articulações dos representantes desses dois segmentos em torno de propostas comuns. Essa composição, embora respeite a composição paritária na indicação dos representantes contribui para a diluição do papel de representação do segmento do trabalhador, que é dividido internamente entre entidades de classe, sindicatos e conselheiros gestores de unidades.

A maioria dos conselheiros tem uma perspectiva liberal de

participação, o que impõe obstáculos à efetiva participação da sociedade civil nas decisões relativas às políticas públicas locais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo, JLM. **Atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio.** Revista Mineira de Saúde Pública, Belo Horizonte, p. 1-16, jan./jun. 2002.

Almeida, C.; Tatagiba, I. **Os conselhos gestores sob o crivo da política:** balanços e perspectivas. Serv. Soc. Soc., mar 2012, nº 109, p. 68-92.

Avritzer, I. **Associativismo e Participação na saúde:** uma análise da questão na região nordeste do brasil. In: fleury s, lobato lvc. (orgs.). Participação, democracia e saúde. Rio de janeiro: cebras; 2009.

Avritzer, I. **Modelos de deliberação democrática:** uma análise do orçamento participativo no brasil. In: santos, b. De s. (org.). Democratizar a democracia. Rio de janeiro: record, 2002, v. 1, p. 01-678.

Avritzer, I. **Sociedade civil, instituições participativas e representação:** da autorização à legitimidade de ação. – revista de ciências sociais, rio de janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

Barrios, STG. Prochnow, AG. Ferla AA. Brêtas, ACP. Formação acadêmica e atuação profissional no contexto de um colegiado de gestão regional. **Rev.bras.enferm.** Vol.65 n.5 Brasília set./out. 2012.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G; **Dicionário de política.** 12. Ed. Brasília: UNB, 2004.

Bógus CM. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas no município de são Paulo:** identidade, limitações e potencialidades na perspectiva da promoção da saúde [livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Bógus CM. **Participação Popular em Saúde.** São Paulo: Annablume - FAPESP; 1998.

Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego do. (1998). **Plano Nacional de qualificação do trabalhador.** Brasília: ministério do trabalho e emprego.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: senado federal, 1988.

Brasil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (sus) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Bulla Ic, leal mlm. **A participação da sociedade civil no conselho municipal de assistência social**: o desafio de uma representação democrática. In revista virtual textos & contextos, nº 3, dez. 2004. Revista virtual textos & contextos, nº 3, dez. 2004.

Carta de Ottawa. **1ª conferência internacional sobre promoção da saúde**. Canadá, 1986.

Caccia Bava, S.– Democracia e Participação in Teixeira, Ana Claudia Chaves, (org.) **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: instituto, Pólis, 2005.

Caccia-Bava, S. **Propostas para o novo modelo de gestão da cidade de são paulo- descentralização e participação: subprefeituras e conselhos de representantes**. Paper publicado pelo instituto Florestan Fernandes de Políticas Públicas. São Paulo. In Gohn MG. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. Petrópolis: s/ed., 2001

Cebes, 1979 **A questão democrática na área da saúde**. no 1º simpósio sobre política nacional de saúde em outubro de 1979 na câmara federal, cepam - **Conselhos Municipais das Áreas Sociais**. 2002

CEPEDOC, 2010 **PROGRAMA SAÚDE PARTICIPATIVA: Caracterização dos Participantes das Plenárias**, Guarulhos - São Paulo, 2009.

Chauí, MA. **Cultura e Democracia** . en: Crítica y Emancipación : Revista Latino Americana de Ciências Sociales. jun. 2008. Buenos Aires

Cohn, A. . **Caminhos da Reforma Sanitaria**. Lua Nova. Revista de Cultura e Política, São Paulo: Cedec, v. 19, p. 123-140, 1989.

Côrtes, SMV. **Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre estado e sociedade**. in: Fleury s, Lobato IVC,

orgs. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: ed. Cebes; 2009. p. 102-128.

Côrtes, SMV. **Sistema Unico de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde.** *cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1626-1633. Issn 0102-311x. [Http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000700022](http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000700022).

Dagnino E. **Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no brasil:** limites e possibilidades. São paulo: paz e terra; 2002. Sociedade civil e espaços públicos no brasil. P. 279-301.

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

Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde.** Cazaquistão, 1978.

Escorel S, Delgado MM. **Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social.** *Divulg saúde debate*. 2008; 43:62-78.

Escorel S, Moreira MR. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da Reforma Sanitária:** democracia deliberativa e efetividade. Em: fleury s, lobato lvc, orgs. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: editora cebes; 2009. Pp. 228-247.

Ferla A A, **Participação da População:** do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Rev. Saúde coletiva*, rio de Janeiro, 14(1): 85-108, 2004.

Fleury s. **Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois.** *Rev saúde debate*. 2009;33(81).

Gohn, MGM. **O papel dos conselhos gestores na gestão urbana** in: repensando a experiência urbana na américa latina: questões, conceitos e valores ed. Buenos aires : clacso, 2000.

Gohn, MGM. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica.** 1a ed. São paulo: cortez editora, 2001, v.01. P.120.

Gohn, MGM. **O protagonismo da sociedade civil:** movimentos sociais,

ongs e redes solidárias. 2. Ed. São paulo: cortez, 2008.

Gohn, MGM. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. 7ª ed. São paulo: edições loyola, 2007.

Gohn, MGM. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: vozes, 2010

Guba e, lincoln y. **Fourth generation evaluation**. Londres, nova delhi: thousand oaks, sage publications; 1989.

Hall, P. A., Taylor, R.C. **As três versões do neo-institucionalismo** *lua nova* [on-line] 2003, (sin mes) : [data de consulta: 25 / mayo / 2014] disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67313612010>> issn 0102-6445

Lemos M; Fontoura MS. **Formação em saúde no estado da Bahia**: uma análise à luz da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde. Revista baiana de saúde pública / bahia-v.33, n.1, jan./mar. 2009.

Matta GC, (org). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e Desafios em 20 anos de sus**, ed Fiocruz, 2008.

Oliveira, MM. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 4ª ed. Ed. Vozes, 2012.

Oliveira, MM. **Formação em associativismo e desenvolvimento no nordeste do brasil**: a experiência de camaragibe. Canadá, 1999. 320 f. Tese (doutorado em educação) universidade de sherbrooke.

Oliveira, MM. **Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético**, interfaces Brasil/ Canadá, porto alegre v.1, n.1, 2001.

Oliveira, MM. **Sequência didática interativa no ensino de ciências**, iv colóquio internacional educação e contemporaneidade, ufrpe, 2010.

Pereira, M. J. B. Et al. (2009). A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista brasileira de enfermagem**, 62(5), 771-777.

Pimenta, AL. **O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta**. Saúde e Soc., São Paulo,v. 2, n. 1, p. 25 – 40, 1993.

Prefeitura Municipal de Guarulhos. **Lei Orgânica do município de Guarulhos**, de 05 de abril de 1990. Art. 239 que cria o conselho municipal

de saúde do município de Guarulhos.

Tatagiba I. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In: pires, r. R. C. (org.). **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: ipea, v. 7, p. 171-186, 2011.

Tatagiba I. Conselhos gestores de Políticas Públicas e Democracia Participativa: aprofundando o debate. **Rev. Sociol. Polit.**, nov. 2005, no.25, p.209-213.

Tatagiba I **Movimentos sociais e sistema político**: um diálogo (preliminar) com a literatura. In: anais do 6º encontro da associação brasileira ciência política. 2007.

Tatagiba I.; Teixeira, A. C. C. 2006. **Movimentos sociais e sistema político: velhas e novas questões**. São paulo: polis/puc-sp.

Tatagiba, I.; Blikstad, k. **Como se fosse uma eleição para vereador: dinâmicas participativas e disputas partidárias na cidade de são paulo**. Lua nova, 2011, n.84, pp. 175-217.

Van Stralen, CJ et al. **Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de goiás e mato grosso do sul**. *Ciência e saúde coletiva*. 2006; 11(3):621-632

Vasconcelos, EM. **Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde**. *Rev. Saúde coletiva*, rio de janeiro, 14(1): 67-83, 2004.

Wendhausen A, Cardoso SM. **Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas**. *Rev. Bras. Enferm.* 2007; 60(5): 579-84.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Participação social em saúde: aspectos históricos e sociais relacionados à representação dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde.

Pesquisador Responsável: Nilce Helena de Paula Kezh

Orientador: Claudia Maria Bógus

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:

Participação social em saúde: aspectos históricos e sociais relacionados à representação dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde

Este projeto tem o objetivo de compreender as relações que os trabalhadores em saúde estabelecem entre a participação social e o trabalho em saúde.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos:

- 1- Entrevista individual;
- 2- Complementar a entrevista se necessário;
- 3- Realizar reunião com os entrevistados para apresentar resultados da entrevista

Desconfortos e riscos:

Existe um desconforto e risco mínimo para você, pois ao ter a sua opinião tornada pública poderá lhe trazer desconforto. Esse risco será minimizado com a garantia do sigilo e do anonimato. O resultado a ser publicado não permitirá a identificação dos respondentes. Serão excluídas dos resultados, quaisquer afirmações que possibilitem a identificação do trabalhador.

Em contrapartida haverá benefícios, pois este projeto trará a possibilidade de expressar as alegações favoráveis ou desfavoráveis sobre participação. Os trabalhadores da saúde constroem representações a participação e sua opinião poderá subsidiar propostas de intervenção no processo participativo, o que dará visibilidade ao seguimento dos trabalhadores na implantação de políticas públicas no município.

Durante a execução do projeto poderão ocorrer indagações, por parte de outros profissionais, bem como de chefias, sobre as perguntas realizadas e as respostas dadas. Neste caso o entrevistado deverá informar que se procure o pesquisador. Nenhuma informação fornecida pelo entrevistado será utilizada para nenhum outro fim que não seja o de subsidiar os resultados desta pesquisa

Não haverá remuneração de qualquer espécie para participação na pesquisa, bem como não haverá despesas decorrentes com esta participação.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da entrevista, após pré-análise serão submetidos a você para validar a análise. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Guarulhos, ____ de ____ de ____.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Eu, **Nilce Helena de Paula kezh**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Para quaisquer outros esclarecimentos, favor contatar:

Email: nilce.kezh@usp.br

Telefone: (11) **98269-3278**

ANEXO 2 - ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA –1

Participação social em saúde: aspectos históricos e sociais relacionados à representação dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde.

Conselheiros- segmento trabalhadores

Identificação

Grupo: ____ Entrevistado: ____ (numero de ordem de cada entrevista)

Data ____/____/____

Caracterização do conselheiro

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Tel. res.: _____ Tel. cel.: _____

E-mail: _____

Sexo: () masculino

Data de Nascimento: ____/____/____

() feminino

Você reside em Guarulhos?

() Sim

tempo? ____ anos

() Não

Você reside neste bairro?

() Sim

tempo? ____ anos

() Não

Escolaridade:

() Primeiro grau completo

() Primeiro grau incompleto

() Segundo grau completo

() Segundo grau incompleto

() Universitário completo

() Universitário incompleto

Formação: Área _____

() Especialização _____

() Mestrado: área: _____

() Doutorado: área: _____

Tempo de formado _____

Tempo de trabalho:

Total: _____

Na saúde: _____

Na SMS de Guarulhos: _____

Ocupação: _____

Há quanto tempo você é conselheiro neste CMS? _____

Roteiro

1. Quem você representa no CMS?

Identificação da entidade que representa?

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Tel.: _____

E-mail: _____ Site _____

Qual a atuação da entidade?

Quais seus principais objetivos?

Como são escolhidos os representantes da associação e/ou entidade para participar dos Conselhos e Fóruns locais, distritais e municipais?

☐ eleição☐ voluntariamente☐ indicação☐ outra. Qual? _____

2. Há quanto tempo participa desta associação e/ou entidade?

☐ -menos de 1 ano☐ -de 1 a 3 anos☐ -de 3 a 5 anos☐ -mais de 5 anos

3. Você é filiado a alguma outra entidade?

() Sim () Não

Há quanto tempo é filiado? _____ anos

Se sim, Qual? _____

4. Você participa das atividades desta entidade?

() Sim

() Não

5. Se sim, quais funções/atividades você desempenha nesta entidade?

6. Você já participou de outros CMS?

() Sim

() Não

Se sim: Onde?

Por quanto tempo?

Representando qual segmento?

7. Para você o que é participação social? Fale um pouco sobre isso.
8. E participação social em saúde?
9. Você se considera uma pessoa participativa?
() Sim () Não
Por quê? Exemplifique
10. Conta um pouco sobre a história do CMS – GRU
 - a) Você sabe há quanto tempo existe o CMS de Guarulhos?
 - b) Quando você tomou conhecimento da existência do CMS?
 - c) Como você tomou conhecimento da existência do CMS?
 - d) Como você começou a participar do CMS?
11. Você sabe quem são os representantes dos trabalhadores no Conselho?
12. Por que a associação e/ou entidade que você representa tem interesse em participar desse Conselho?
13. Por que o segmento que você representa - trabalhadores da área da saúde) tem interesse em participar desse Conselho?
14. Qual o significado de participar desse Conselho para você?
15. E para a entidade que você representa?
16. Como tem sido a participação dos representantes dos trabalhadores no Conselho?
17. Qual o significado de participar desse conselho para o segmento dos trabalhadores?
18. Como é a relação entre os membros desse Conselho, em geral?
19. E entre os representantes dos trabalhadores?
20. Como são tomadas as decisões nas reuniões do CMS?
21. Há alguma articulação prévia entre o segmento dos trabalhadores antes das reuniões do CMS.

22. E com outros segmentos?

23. Você participa de alguma comissão do CMS?

24. Há outros participantes do segmento dos trabalhadores nesta comissão?

25. Como é a relação dos diversos segmentos nas comissões?

26. E como é a relação, fora das instâncias formais de participação, entre as associações e/ou entidades que são representadas nesse Conselho?

27. Você divulga informações sobre as discussões e deliberações que acontecem nas reuniões do CMS?

28. () Sim () Não

Se sim: A quem? Como faz a divulgação?

Se não: Porque não divulga?

29. Você tem acesso às atas do CMS antes da reunião seguinte?

() Sim () Não Como:

30. Você lê as atas antes da aprovação?

() Sim () Não

Se não, porquê?

31. Você gostaria de comentar sobre algum aspecto que nós não abordamos ?

() Sim () Não

32. Você necessita de algum esclarecimento ? Gostaria de perguntar algo sobre essa entrevista?

() Sim () Não

33. Você sabe como é a composição do CMS de Guarulhos?

() Sim () Não Como?

34. Como e quando acontecem as eleições para este conselho?

35. Como são escolhidas as entidades para representar o segmento dos Trabalhadores?

ANEXO 3 - ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA – 2

Participação social em saúde: aspectos históricos e sociais relacionados à representação dos trabalhadores da saúde no Conselho Municipal de Saúde.

Conselheiros- segmento dos usuários e dos gestores**Identificação:**

Grupo: _____

Entrevistado: _____ Data ____ / ____ / _____

PARTE 1: Caracterização do respondente

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Tel. res.: _____ Tel. cel.: _____

E-mail: _____

Sexo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / _____

Há quanto tempo reside neste bairro? _____ anos

Escolaridade: _____

Formação: Área _____

Tempo de formado (em anos) _____

Tempo de trabalho: _____

a. Na saúde: _____

b. Na SMS de Guarulhos: _____

Quem você representa no CMS? _____

Nome: _____

Endereço _____

Email _____ tel _____

Site da entidade: _____

1. O que é o Conselho Municipal de Saúde?
2. Conte um pouco sobre a história do CMS-GRU.
 - a. Fale um pouco sobre isso, como aconteceu a formação deste conselho?
 - b. Há quanto tempo existe?
 - c. Como é a composição de um CMS?
 - d. Quando você tomou conhecimento do CMS?
 - e. Como você começou a participar?
 - f. Como e quando acontecem as eleições?
3. Você sabe quem são os representantes do segmento dos trabalhadores em saúde no CMS?
4. Você sabe como são escolhidos os representantes do segmento dos trabalhadores para participar do CMS?
5. Qual o significado da participação do segmento dos trabalhadores no CMS?
6. Como tem sido a atuação do segmento dos trabalhadores no CMS-GRS?
7. O que você mudaria nesta atuação? Como você acha que deveria ser esta atuação?
8. Como é a relação entre os membros deste conselho no geral?
9. E entre o segmento que você representa e os representantes dos Trabalhadores?
10. Como são tomadas as decisões no CMS-GRS?
11. Há alguma articulação entre o segmento _____ antes das reuniões?
12. Há alguma articulação entre o segmento que você representa e

o segmento dos trabalhadores antes das reuniões?

13.Você participa de alguma comissão do CMS?

14.Há representantes do segmento dos trabalhadores nesta comissão?

15.Como é a participação dos representantes do segmento dos trabalhadores nesta comissão?

16.Como é a relação fora das instâncias formais de participação entre as associações e/ou entidades que são representadas neste conselho?

17.Há algum tema que não abordamos que você gostaria de comentar?

18.Alguma pergunta?

19.Quais suas expectativas?

20.Conclusão!