



Rodrigo Garcia D`Aurea

**Cartografia da participação no Conselho Popular de Saúde na cidade de Diadema/SP**

São Paulo

2021

Rodrigo Garcia D`Aurea

**Cartografia da participação no Conselho Popular de Saúde na cidade de Diadema/SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo da Universidade Federal de São Paulo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família / Atenção Básica

Orientadora: Professora Doutora Claudia Fegadolli

Co-orientadora: Professora Doutora Rosilda Mendes

São Paulo

2021

**Cartography of the participation on the Conselho Popular de Saúde at the city of  
Diadema/SP**

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D243c D'Aurea, Rodrigo Garcia.  
Cartografia da Participação no Conselho Popular de  
Saúde na Cidade de Diadema/SP. / Rodrigo Garcia  
D'Aurea; Orientadora Claudia Fegadolli;  
Coorientadora Rosilda Mendes. -- Santos, 2021.  
104 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em  
Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Participação popular. 2. Atenção Primária à  
Saúde. 3. Controle Social. 4. Pesquisa  
participativa. 5. Cartografia. I. Fegadolli,  
Claudia, Orient. II. Título.

CDD 610.969

Rodrigo Garcia D`Aurea

**Cartografia da Participação No Conselho Popular de Saúde na Cidade de Diadema/SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo da Universidade Federal de São Paulo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família / Atenção Básica

Aprovado em 3 de setembro de 2021

Banca Examinadora

Profª. Dra. Anita Burth Kurka

Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Universidade de São Paulo

Profª. Dra. Virgínia Junqueira

Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Universidade Federal do Paraná

Profª. Dra. Claudia Fegadolli (Orientadora)

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo

2021

Aprendi a ser médico “de verdade” depois de formado, com os pacientes que cruzaram meu caminho. Os meus maiores mestres foram os agentes de saúde e a população do Km 17 ao Km 19,5 da Raposo Tavares.  
À eles, dedico este trabalho.  
À Munk, à Cohab Raposo e à André Dias.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem a grande rede de pessoas que me apoiaram, me incentivaram ou serviram de modelo. Então queria este momento para agradecê-los:

Aos que conversaram comigo sobre o assunto, aos que se interessaram. São tantos que é difícil nomeá-los, não vou nem tentar. Mas Vini, se você não se ligou, você é um deles. E vocês outros todos pra quem eu mandei uma cópia deste PDF, sim, você também está incluso. E se você não recebeu uma cópia mas sabe que faz parte dessa, por favor se inclua, porque acho que eu só tô cansado demais pra lembrar de todo mundo.

Às professoras Rosilda, Claudia e Anita, cujas contribuições individuais e únicas, cada qual a sua maneira, geraram produtos muito maiores do que a sua soma, pavimentando caminho seguro e certo na produção deste estudo.

Aos colegas de turma de mestrado, que desabafaram juntos sobre as sofrências do mestrado.

Aos meus amigos do ALF, eles sabem porque. E se não souberem, que me perguntem, a gente se conhece a tempo o suficiente pra que quem quiser saber que pergunte. Folgados.

Ao professor José Ricardo, que teve a paciência de me acolher quando eu não fazia idéia do que era pesquisar qualquer coisa, e me ensinou mais até do que ele acha que ensinou.

Ao mestre Andrézão, que me ensinou sobre fotografia, sobre olhar, sobre amizade e sobre a vida.

A todos aqueles que se dispuseram a me ensinar sobre a existência, muitos dos quais nem sabem que o fizeram, mas que me ajudaram a chegar onde cheguei.

À minha família: meus pais, que sempre me mostraram a importância do estudo, aos meus irmãos, que me ensinaram a estudar, minhas cunhadas que sempre foram grandes exemplos, e meus avós, *in memoriam*, porque ser neto é uma das experiências constituintes mais vastas que alguém pode ter.

Aos meus filhos de 4 patas: Baleia, Lola e Sveta, cujo “cheiro de quentinho” sempre foi uma companhia durante as horas de escrita.

E principalmente, à minha Amozi, minha parceiríssima, minha companheira de todas as horas e cujo apoio foi fundamental pra essa empreitada toda: Thais! Obrigado por tudo e por tanto. Eu nem sei botar em palavras o quanto eu sou grato. Obrigado por sempre estar aqui!

*“Nenhuma explicação não-poética da  
realidade pode ser completa.”*

*(BARROW, 1996)*

## RESUMO

Este trabalho abordou a temática da participação popular no contexto do Conselho Popular de Saúde de Diadema/SP, nascido de pressões populares e que se tornou uma vivência específica de controle social criada localmente na tentativa de ser um canal de participação popular na vida político-administrativa daquele município. O enfoque escolhido é o do território usado, da obra de Milton Santos, na tentativa de, ao olhar para o caso específico, considerar a totalidade envolvida. O objetivo da pesquisa foi cartografar a participação popular a partir do conselho popular de saúde municipal. Trata-se de um estudo qualitativo e cartográfico com capacidade e intencionalidade interventora, cuja produção de dados foi realizada por meio de observação participante de reuniões do conselho, diários de campo, entrevistas com roteiro semiestruturado e análise documental de regimento, lei e atas de reunião. A cartografia realizada foi capaz de revelar práticas e aspectos da atuação dos conselheiros, incluindo suas aspirações e valores e suas relações com a população, com os trabalhadores de saúde e com a gestão, apontando um caminho para a participação popular que coloca o controle social como parte, necessitando de outros elementos para alcançar e exercer a totalidade da participação.

**Palavras-chave:** Participação popular. Atenção Primária à Saúde. Cartografia. Controle Social. Pesquisa participativa.

## ABSTRACT

The present research addressed the thematic of the community participation, through the cartography of the *Conselho Popular de Saúde de Diadema* (Diadema's Health Community Council), born of the community struggle of that city becoming a specific form of social control created locally in the attempt of becoming a channel of community participation on the political and administrative life of that city. The chosen focus is the one of the territory, seen on Milton Santos's body of work, on the attempts of, through the specifics, getting in touch of the totality. The objective of the research was to map the participation in the council. This is a qualitative and cartographic study with interventionist capacity and intention, whose data production was carried out through participant observation of council meetings, field diaries, interviews with semi-structured script and documental analysis of regulations, laws and meeting minutes. The cartography carried out was able to reveal practices and aspects of the counselors' performance, including their aspirations and values and their relations with the population, health workers and municipal management, pointing out a path for community participation that places social control as part of it, needing other elements to achieve and exercise the participation in its totality.

**Keywords:** Community Participation. Primary Health Care. Cartography. Social Control. Participatory Research.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2
CPS	Conselho Popular de Saúde de Diadema
SUS	Sistema Único de Saúde
ANC	Assembléia Nacional Constituinte (ANC)
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
CUT	Central Única dos Trabalhadores
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
UBS	Unidades Básicas de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
PT	Partido dos Trabalhadores
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
USP	Universidade de São Paulo
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
MSZL	Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo
COSEMS/SP	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
PROFSAÚDE	Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
SIMESP	Sindicato dos Médicos de São Paulo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
2	<b>PRELIMINARES - A ENTRADA DO PEABIRU</b>	16
2.1	APROXIMAR-SE DA MATA	16
2.1.1	<b>O controle social no Brasil</b>	17
2.1.2	<b>Territorialização da saúde no Brasil e o território</b>	21
2.1.3	<b>O controle social no bairro</b>	23
2.1.4	<b>A participação popular</b>	24
2.2	O (RE)CONHECER O TERRITÓRIO	26
2.2.1	<b>O Município de Diadema</b>	27
2.2.2	<b>O Movimento Popular de Saúde de Diadema</b>	29
2.2.3	<b>O Conselho Popular de Saúde de Diadema</b>	31
2.3	O CARTÓGRAFO	33
2.3.1	<b>O pesquisador e a pergunta de pesquisa</b>	33
2.3.2	<b>O pesquisador e a voz da população</b>	34
3	<b>OBJETIVO</b>	35
4	<b>A CARTOGRAFIA</b>	36
4.1	A PRODUÇÃO DE DADOS	38
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	40
4.3	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	40
5	<b>DESENHANDO CAMINHOS</b>	41
5.1	A APROXIMAÇÃO DOS CONCEITOS	41
5.1.1	<b>Verticalidade e horizontalidade</b>	42
5.1.2	<b>Tecnosfera e psicosfera</b>	43
5.1.3	<b>Espaço banal e redes</b>	45
5.1.4	<b>Usos e funcionalidades</b>	45
5.1.5	<b>O Território Usado</b>	46
6	<b>O PEABIRU</b>	48
6.1	O CAMINHAR	48
6.2	“PRA A GENTE FALAR DA LUTA, A GENTE PRECISA FALAR DA GENTE”	51
6.3	RELACIONAMENTO COM AS COMUNIDADES E MORADORES	55
6.4	A LUTA POSSÍVEL	59
6.5	A RELAÇÃO COM OS TRABALHADORES E GESTORES	64
6.6	PARTICIPAÇÃO POPULAR X CONTROLE SOCIAL	67
7	<b>O FIM DA CAMINHADA</b>	73
	<b>REFERÊNCIAS</b>	77

<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO A - LEI Nº 1.211/92</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO B - REGIMENTO INTERNO DO CPS</b>	<b>90</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Qualquer pessoa que já tenha visto um mapa em suas mãos tem, em seu imaginário, uma figura do que seria um cartógrafo. Alguém que anda por onde nunca ninguém andou, tomando notas, fazendo desenhos, escrevendo diários, e, obviamente, caminhando. Ocasionalmente até com uma roupinha cáqui absolutamente diferente daqueles que habitam o local a ser cartografado. E confesso a você, que me lê agora, que era essa a imagem que tinha quando me apresentaram a metodologia proposta para este trabalho: a cartografia.

Pois proponho que o início parta daqui: entender o que é isto que se encontra agora em suas mãos. Kastrup e Passos (2013) nos dizem no próprio título de sua obra que “cartografar é traçar um plano comum”. Essa frase bonita pode ser um tanto hermética, e penso que seria melhor explicada dizendo que, ao longo desta obra, eu, o autor desta pesquisa, a literatura que a suporta, os participantes da pesquisa e você, leitor, teremos, ao longo deste cartografar, chegado juntos ao mesmo destino. Teremos construído algo comum.

Dito isso, comecemos por construir este comum entendendo o que este trabalho buscou abordar: a temática da participação na gestão da saúde. Especificamente, a participação popular a partir de uma experiência concreta no município Diadema, estado de São Paulo, referenciado na conquista da saúde como direito no Brasil, como consta na Constituição cidadã de 1988 (BRASIL, 1988) e utilizando-se do entendimento de território como “instância social”, dotada de dinâmicas verticais e horizontais, que entrelaçam todos os humanos, todas as instituições e todas as organizações que abrigam um “espaço banal”, “uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local”, sendo o mundo um “conjunto de possibilidades” (SANTOS, 2005).

Esse longo parágrafo nos mostra por onde caminharemos juntos, meu caro leitor: Falaremos de como nosso país construiu-se ao longo das décadas e como nosso povo lutou - e luta - para garantir seus direitos. Como influências internacionais globalizantes atuaram por esse processo de construção, e entenderemos como o território necessita de categorias de análise para ser compreendido em sua totalidade, envolvendo aspectos locais, regionais, globais, históricos, sociais e culturais.

Como todo caminho percorrido, tem-se um início. O ponto de partida dessa caminhada deu-se numa inquietação primordial: Enquanto médico numa unidade básica de saúde, entendia que trabalhava para uma população adscrita. Mas será que essa população tinha como gerenciar meu trabalho? Como exercer seu papel de “chefe”? Como ela poderia atuar e participar da gestão do meu trabalho e até do direito à saúde?

A resposta inicial me fez pensar no Controle Social, na figura já instituída e presente na minha concepção subjetiva: o Conselho Gestor. Mas a observação da atuação desse conselho não me mostrava uma grande potência como “chefe”, logo a necessidade de expandir o olhar para ver a participação como a temática a ser entendida.

O que eu buscava entender aqui era, ao fim, a participação da população na luta por garantias de direitos (CARVALHO, 2008; D’ASCENZI, 2013; MARTINS; MARTINS, 2017). Buscando entender a minha “chefia” e a sua possibilidade de ser, de fato, chefe, tornou-se importante entender as iniciativas populares que permitissem a pactuação de projetos assistenciais comuns, inclusive afetando a experiência de saúde de indivíduos ou coletividades (AQUINO, 2014; PAULA, 2016).

Neste ponto, foi importante voltar-se para o que já havia sido escrito. Buscando na literatura, foi possível encontrar uma vasta gama de exemplos de estratégias de participação popular (CREVELIM; PEDUZZI, 2005; GUIZARDI, 1991; ANDION, 2017; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013), muitas delas ocorrendo de maneira empiricamente criada pelos próprios trabalhadores e gestores do local (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Outras tantas vezes era encontrada dentro do contexto de lutas maiores pelo provimento de direitos, nascida dentro de movimentos dos próprios usuários, (GUIZARDI, 1991), mas, poucas vezes, a participação popular foi descrita como uma atuação sistemática e pragmática (ANDION, 2017), mesmo sendo um dos mais importantes princípios do SUS (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

É notável também a grande diferença entre o que é preconizado como diretriz - e legislado como norma do sistema de saúde - com o que é possível de se executar no dia-a-dia (CRUZ, 2012; SANTOS, 2011), fazendo com que a legislação não fosse fonte direta de formatos eficazes para o meu entendimento de espaços eficazes de participação popular (CRUZ, 2012; SANTOS, 2011; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Essa carência de formatos apontou para a importância do entendimento de soluções locais e descentralizadas para os desafios que são impostos à participação popular (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; LIMA; D’ASCENZI, 2013).

Inicialmente, a idéia deste trabalho era estudar a participação popular na região de São Paulo que havia sido meu cenário de prática por 9 anos - e antes disso, meu cenário de ensino durante os 6 anos de faculdade - sendo realizadas aproximações com coletivos e grupos populares locais, com um coletivo em particular sendo eleito para o estudo.

No entanto, o ano eleitoral municipal, o impacto da pandemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus (SARS-COV-2) e fatores que não foram possíveis

de serem ponderados ocasionaram uma quebra abrupta de comunicação entre mim e o coletivo, já muito próximo ao prazo de conclusão deste mestrado.

Nesse momento, surge o Conselho Popular de Saúde de Diadema (CPS), que já mantinha relação de proximidade com a orientadora deste trabalho. De maneira consoante ao espírito desta pesquisa, este foi escolhido também por ter nascido de um Movimento Popular de Saúde, com uma história de ampla de mobilização popular (COSTA, 2012), envolvendo as próprias raízes do nascimento e urbanização desse município (SIMÕES, 1992; BOGUS, 1998).

É por esta mata que convido você, leitor, a penetrar, aprendendo conceitos como eu fiz, conhecendo pessoas como eu conheci e cartografando juntos esse terreno fértil e vasto.

## 2 PRELIMINARES - A ENTRADA DO PEABIRU

Este estudo foi desenvolvido no contexto do Conselho Popular de Saúde do município de Diadema, na região do ABCD Paulista, Estado de São Paulo. O Conselho Popular é um mecanismo de Controle Social criado pelo próprio município a fim de capilarizar o acesso da população à garantia da busca e o aprimoramento do direito à saúde. Apresenta-se como experiência singular de aproximação entre gestão municipal e população (DIADEMA, 1992) e, pela sua singularidade, surge como algo distante daqueles que não o compõem e não habitam seu território de representação.

Estudá-lo, portanto, necessitou uma aproximação de saberes, de conceitos, de técnicas e de pessoas, que não deu-se em bloco, num método pronto e já construído. A Cartografia, portanto, se apresentou como método escolhido por permitir registrar e estudar o processo, articulando e fundamentando questões constituintes do projeto, abarcando elementos que surgiram ao longo do estudo, mantendo-se flexível e permitindo ao pesquisador manter uma posição de pensamento aberto, garantindo mobilidade para acompanhar o objeto em seu processo de apresentar-se dentro de seu próprio contexto e nos seus próprios termos (SOUZA; FRANCISCO, 2016).

Foi necessário um trilhar, um abrir uma picada no mato de conceitos, saberes, histórias, vivências, literaturas e produções científicas. Este trilhar gerou um percurso, um *peabiru* (na língua tupi, "pe" – caminho; "abiru" - gramado amassado), de subjetividades e intersubjetividades, costuradas por relações de forças e fluxos em movimento constituídas por práticas (WEBER; GRISCI; PAULON, 2012).

Os conceitos e definições necessários ao estudo constituíram alicerce para o entendimento do pesquisador sobre aquilo que observava e sentia, pois “pesquisador, pesquisado e objeto emergem em um campo de forças que os posiciona tensionalmente em processos de coprodução mútua e simultânea, na tecitura de fios a compor uma teia que os sustenta, em um horizonte de significação possível” (SOUZA; FRANCISCO, 2016, p. 814).

Do mesmo modo que Euclides da Cunha em seu *Sertões* apresenta o “fâscies geográfico” do país quando inicia sua jornada em seu Preliminares, expomos, nos próximos tópicos, o “fâscies” deste trabalho, por onde este *peabiru* passará neste cartografar, abrangendo seu contexto nacional e internacional, as particularidades do território, as

inquietações e perguntas do pesquisador, o conselho e conselheiros envolvidos e as definições e conceitos utilizados neste caminhar.

## 2.1 APROXIMAR-SE DA MATA

Ao abriremos nosso caminho, há que primeiro entender a mata onde pretende-se abrir caminho. Há que se conhecer seu cheiro, suas cores, suas fauna e flora. Entender o que lhe sustenta e o que lhe ameaça, saber sobre o que já foi dito e o que não se entende bem. Há que se dar nome ao que se vê.

Valla (1998) nos diz que participação popular traduz-se nas ações sociais que uma população faz sobre o Estado para ser ouvida, ter suas necessidades sanadas, garantir, e até expandir, seus direitos. O Conselho Popular de Saúde, portanto, como entidade nascida de um Movimento Popular em Saúde e colocando a voz da população na gestão do Estado, constitui-se participação popular. No entanto, como entidade que vive dentro do seio da gestão pública, é, também, controle social.

“Participação popular”, “controle social”: Não basta aqui, simplesmente, nomearmos estes termos. Nomear é pressupor a existência de algo (PLATÃO, 2014). Ao citarmos esses termos pressupomos que são conceitos que existem, e poderiam tão somente serem definidos.

No entanto, para podermos nos aprofundarmos ao cartografar a participação popular no CPS, essa existência deve ser entendida, em suas noções históricas e sociais, para que dela possamos nos apropriar.

Há, portanto, que se contextualizar a história do controle social em nosso país, sua influência e papel na gestão do Estado, sua relação com os movimentos sociais e além de apresentar o território estudado e suas características peculiares em relação ao controle social e à participação popular, de modo que esse nomear seja mais do que listar, mas seja o primeiro passo ao apropriar-se dessas existências.

### 2.1.1 O controle social no Brasil

Desde a promulgação da Constituição cidadã de 1988 e a fundação de um Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988), definido como aquele que incorpora um componente revolucionário de mudança de *status quo* (DA SILVA, 1988), a Saúde é tida como um direito de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988), o que, dentro do contexto da Constituição, o torna um elemento-ferramenta para mudança social (DA SILVA, 1988).

Neste ponto, é importante entendermos aqui o termo “Estado”. Não falamos aqui de uma mera organização gerencial de um país. Como nos traz Luiz Carlos Bresser Pereira: “É

uma parte da sociedade. É uma estrutura política e organizacional que se sobrepõe à sociedade ao mesmo tempo que dela faz parte” (PEREIRA, 1995, p. 86).

Falamos, portanto, de uma instância de análise que não é, meramente, um arcabouço legislativo ou gerencial, mas um projeto de sociedade onde democracia e mudança social são valores buscados no cerne dessa sociedade civil.

Embora comecemos nosso percurso tendo essa noção como iniciadora da discussão, não iremos aqui pormenorizar as as decorrências desse *core*, mas sim observar nossa mata a partir deste ponto inicial: existiu-se uma concepção de Estado onde o direito à saúde é motriz na busca de uma sociedade civil justa e democrática.

Um dos mecanismos definidos para que esse direito seja exercido e cumpra seu papel transformador é a criação de instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000; CARVALHO, 2008; GUIZARDI, 1991; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013), que se torna princípio central para a ideia de promoção de mudanças.

O Controle Social, definido como a participação da população cidadã em órgãos de consulta e controle - como o Conselho Nacional de Saúde, conselhos gestores das unidades de saúde, conselhos municipais de saúde - representa ação participativa da população no processo decisório sobre políticas públicas e controle sobre a ação do Estado, possibilitando regulação e realizando o contraponto social das pressões políticas e econômicas (CARVALHO, 2008; DI PIETRO, 1993; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Cabe lembrar, no entanto, o processo de construção dessa história, que inicia-se na década de 1930, que, como nos aponta Ramires (2018), contava com o país vivenciando a consolidação da estrutura administrativa de seu Estado, sendo época de surgimento de diversos Conselhos nacionais como do Café (1931), do Petróleo (1938), de Águas e Energia Elétrica (1938) e, em 1937, o Conselho Nacional de Saúde, que observaremos de maneira mais pormenorizada.

De maneira diferente dos conselhos de Controle Social que vemos na atualidade, conselhos eram compostos não por uma triparidade de usuários, gestores e trabalhadores, mas por um conjunto de “notáveis”. Ainda que ecoando os conselhos atuais, estes eram consultivos, subsidiando as discussões sobre a política do setor e funcionando como sementes dos nossos conselhos vigentes (RAMIRES, 2018).

Numa perspectiva internacional, a crise global do Capital gera, nos anos 1970, em governos social-democratas, uma série de reformas de Estado buscando alternativas à privatização de bens e serviços públicos, nascendo mecanismos institucionais de participação

popular em políticas públicas e as utilizando - com o aprofundamento da crise - como mecanismos de redução de custos, ao responsabilizar a população pela prestação de serviços públicos (RAMIRES, 2018). Essas filosofias de participação foram também incorporadas nas cartilhas de organizações financeiras internacionais - como o Banco Mundial - condicionando financiamentos à criação e manutenção dessas filosofias, sendo também estimuladas pelas Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde (RAMIRES, 2018).

No Brasil, desde os anos 1970, vemos três momentos da participação nas políticas públicas: os movimentos libertários e de confronto à ditadura militar da segunda década dos anos 1970; a busca de controle social e de ampliação e consolidação da redemocratização do país dos anos 1980; e neoliberalismo e institucionalização da participação dos anos 1990 (NEVES, 2007).

Essas fases nos demonstram um processo, como fala Avritzer (2012):

A sociedade civil brasileira teve sua institucionalidade criada por dois processos, a reação dos setores populares ao processo antidemocrático de modernização do país, que interferiu intensamente na sua vida cotidiana, e um processo de democratização que fez das associações civis atores importantes no processo de aprofundamento democrático. (AVRITZER, 2012, p. 390).

E, ainda na mesma obra, temos a importância da Assembléia Nacional Constituinte (ANC) na consolidação dos movimentos da sociedade civil como participantes das políticas públicas:

A ANC permitiu emendas populares e desencadeou uma campanha para obtenção de assinaturas para muitas propostas ligadas às políticas públicas. Alguns entre os mais importantes movimentos da sociedade civil, tais como a saúde e os movimentos de reforma urbana, da mesma forma que outros importantes atores sociais, como a CUT (Central Única dos Trabalhadores) e o MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra), também se juntaram à campanha para emendas populares [...]. (AVRITZER, 2012, p. 394).

A nova Constituição Cidadã, portanto, impulsionou os mecanismos de participação no Brasil, valorizando a descentralização administrativa com gestão participativa (RAMIRES, 2018).

Não é objetivo deste trabalho, no entanto, colaborar com o *fetichismo do assembleísmo*, lembrado por Chasin (2013), colocando a democracia direta como o grande ideário a ser alcançado assim como também não é papel desta trilha que se abre debruçar-se sobre os questionamentos sobre o poder, as formas de poder e a própria política (CHASIN,

2013), mas apenas levantar que a ANC trouxe para o centro do palco político nacional a disputa direta entre capital e proletariado.

A relação entre Estado e povo, permeado pelos interesses do capital, coloca-se como primordial na disputa de um projeto nacional. Como dito por Marco da Ros, médico e professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que, em 1988, era militante do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes): “Quando foi aprovada a Constituição, nós festejamos a conquista de direitos, como a universalidade e a equidade. Mas o complexo médico-industrial comemorou também. Alguma coisa estava errada” (GUIMARÃES, 2018), representando a confluência perversa de projetos apontada por Dagnino, 2004.

É notável, pois, que a década de 80 e o processo da ANC, demonstram a gestação de um projeto nacional neoliberal, pela ação direta do capital enquanto sujeito, agindo diretamente sobre um projeto de país, que impactará de sobremaneira os processos políticos e econômicos dos anos 90 (AVRITZER, 2012).

Os movimentos sociais, à época da ditadura, responsabilizavam os militares pela crise econômica vigente no país, disputando um novo projeto de desenvolvimento para o país e surgindo como forças a impulsionar as reformas agrária, urbana e sanitária (RAMIRES, 2018), ou seja, desde a ditadura, passando pela redemocratização e adentrando os anos 1990 a sociedade civil brasileira busca a democratização das políticas públicas e formas de controle público sobre o Estado (AVRITZER, 2012).

Essa busca de participação na concepção de um novo projeto de Estado ocorre numa arena global, vertical, de crescimento de um projeto neoliberal que curva os interesses do Estado ao capital, gerando disputas que, como já dito, não ficam claras e geram confluências entre projetos opostos, criando os moldes de uma nova década e de um novo país (DAGNINO, 2004; SANTOS, 2003a)

Na década de 1990, portanto, o surgimento e aprofundamento de um projeto neoliberal nacional enfraqueceu os movimentos sociais como espaço de disputa e tornou a institucionalização da participação a forma de negociar o “direito a ter direitos” e a participação de classes populares na gestão pública (NEVES, 2007; RAMIRES, 2018).

É o que se observa na prática dessa institucionalização: o controle social como uma tentativa de política compensatória voltada a segmentos periféricos da sociedade brasileira. Política esta não implantada, em parte, devido a ações equívocas e insuficientes do poder público, uma diferença vertiginosa, no caso do nosso sistema de saúde, entre o que foi legislado no SUS e o que ocorre na prática (SANTOS, 2011).

O controle social no SUS, assim como boa parte da militância e da própria sociedade na era pós-redemocratização, também passou por disputas e oscilações, numa disputa existencial de uma entidade que nascera há pouco e ainda tentava delimitar seus contornos.

Oscilando entre o corporativismo, vindo das classes e corporações escolhidas para representar a sociedade; a academia, que o estuda e tenta dizer-lhe sobre sua função e potência; o movimento social, que lhe deu origem e que pressionou o Estado para que o acolhesse; e o apego ao marco estruturalista, traduzido pela luta do próprio controle social para manter-se como instituição própria - buscando como foco de atuação a regulamentação de suas definições e conformações - atrás de legitimidade pela legislação; o Controle Social buscou seu papel e seu lugar na recém-nascida democracia brasileira (SANTOS, 2011).

Essas oscilações, embora reversíveis, aumentam a diferença entre o que é legislado e o que é executado, fazendo que o potencial emancipatório das políticas sociais seja fragilizado (CARVALHO, 2008; SANTOS, 2016) e surgem no cotidiano de conselhos e conselheiros, estando presente em nosso trabalho, em suas entrevistas e diários de campo.

### **2.1.2 Territorialização da saúde no Brasil e o território**

Dada as dimensões do país, seus múltiplos biomas, divisões de trabalho e abismos sociais, a ampliação de direitos promovida na redemocratização do país mostrava-se uma tarefa hercúlea e potencialmente infrutífera, principalmente se fosse mantida a centralidade do poder público nas mãos de uma entidade absoluta, à época da promulgação da Constituição Cidadã (BREVELHERI; NARCISO; PASTOR, 2014), uma observação que vai de encontro à voz das ruas, que buscava maior importância no provimento e na garantia de Direitos.

A pressão popular por maior participação na gestão de Direitos, existente ao longo do nosso hiato democrático advindo do golpe militar de 1964, e aliada às demandas regionais por maior autonomia, trouxe a necessidade de maior distribuição de papéis entre União, estados e municípios. Brevelheri, Narciso e Pastor (2014) nos trazem com melhor clareza essa dinâmica, expressando-se como produto da ANC:

Ao introduzir o princípio da descentralização político-administrativa, a atual Constituição Federal indicou a necessidade de que fosse promovida uma maior distribuição de competências entre união, estados e municípios, em substituição ao centralismo de poder na esfera federal.

A descentralização torna-se uma exigência tendo em vista a dimensão territorial do país e o alto grau de heterogeneidades e desigualdades socioterritoriais existentes entre os municípios e regiões. (BREVELHERI; NARCISO; PASTOR, 2014, p. 37)

O município passa então à categoria de ente federado, na tentativa de aproximar Estado e sua população, tornando seus problemas cotidianos, em tese, mais conhecidos por aqueles que se propõem a prover soluções para seu dia a dia (BREVELHERI; NARCISO; PASTOR, 2014).

A nova República Federativa traz, portanto, a noção de territorialidade sendo o município a expressão federada do território, dando condição para a universalidade de direitos, ou ao menos de acesso a estes, capilarizando o ente público por entre sua população cidadã.

Passa-se a pensar em estratégias de organização do acesso à saúde, nascendo, no início da década de 1990, os distritos sanitários (MENDES, 1993), e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), consolidado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), como organização de implantação e execução do SUS em todo o país (BRASIL, 2012).

Os distritos sanitários e a ESF representam, portanto, o modo que o Brasil traçou sua “territorialização da saúde”, uma política e técnica utilizada para definir onde e como os serviços iriam atuar. Apesar do avanço que isso representava, tornou-se uma prática apenas burocrática, já que no cerne desses territórios encontram-se os serviços de saúde, não uma população, um lugar. A territorialização, nesse sentido, fala mais sobre aparelhos do que sobre o território em si (FARIA, 2013).

Este, por sua vez, é mais bem tratado e estudado nas obras de Milton Santos - de maneira mais contundente em sua obra de 2005, *O Retorno do Território* porém visto e revisto por todo seu corpo literário, surgindo seminalmente em 1987, na obra *O Espaço Cidadão* (MORAES, 2013) - que foi o prisma escolhido nesta pesquisa para lidar com o conceito de território.

No entanto, antes de prosseguir, cabe uma melhor contextualização do território para além do sentido burocrático e coloquial, numa noção ingênua de mera delimitação espacial. O território, como nos traz Milton Santos, deve ser enxergado e lido para além de suas dimensões fronteiriças, pois, em realidade, expressa determinações e determinantes econômicos, sociais, políticos e culturais não só locais (horizontais) mas de totalidade, globais (verticais) (MORAES, 2013).

Determinações que, cabe dizer, são vivenciadas de maneira singular pelos indivíduos que habitam um mesmo território, por criarem com essas relações identitárias próprias (SANTOS, 2007; ALBINATI, 2010). É um integrado entre sistemas de ações (fluxos) e objetos (fixos), sendo um ente vivo, dotado de passado e presente: “O território é o chão e

mais a população, isto é uma identidade, o fato de pertencer àquilo que nos pertence” (SANTOS, 2003a, p. 96).

Nessa perspectiva, retomando o olhar sobre o processo federativo, tem-se a expansão dos municípios e noção de bairro, entidades administrativas menores, com diferentes características urbanísticas, de serviços, infraestrutura e desenvolvimento humano, que podem ser simbolicamente divididos entre centrais ou periféricos. O uso, portanto, desses bairros envolve disputas de interesses econômicos, políticos e sociais, numa intrincada rede de relações complexas e de poder, gerando desigualdades (NAKANO; KOGA, 2013).

Nesse sentido, temos em Santos (2007, p. 151), “Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar”. E se o cidadão é o indivíduo num lugar, e se estudamos aqui a participação popular e o controle social como ferramenta, talvez frustrada, de levar aquela à gestão de direitos revolucionários dentro do Estado, há que olharmos para o lugar onde este cidadão que participa encontra-se: o bairro.

### **2.1.3 O controle social no bairro**

A tentativa de institucionalização da participação popular advinda do nascimento do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 deu-se, pelo seu arcabouço legal, através, entre outras ferramentas, pela lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do recém nascido SUS (BRASIL, 1990) e pela instituição do controle social nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), aparelhos que teriam por função capilarizar a saúde dentro dos bairros (BRASIL, 2000)

Porém, nada ou pouco incluem a população na dinâmica do trabalho da unidade ou no planejamento de ações, falhando em criar um projeto assistencial comum (CRUZ, 2017; CREVELIM; PEDUZZI, 2005), ou seja, falham em emergir novas concepções sobre o processo saúde-doença e em possibilitar a existência de saberes compartilhados entre população e equipe assistencial e gerencial.

Esse projeto assistencial comum traduziria-se em intervenções assistenciais nascidas conjuntamente entre equipe de trabalho e população, criando novas práticas de trabalho surgidas das necessidades da população, utilizando recursos localizados da comunidade na forma de inovação social (MARTINS; MARTINS, 2017), modificando formatos de consultas, recursos oferecidos nas unidades assistenciais, modelos de acesso, etc.

Crevelim e Peduzzi nos mostram que o controle social nos bairros costumeiramente surge em três eixos principais: “a participação como direito de cidadania e pelo direito à saúde”; “a necessidade de capacitação para participação”; e “participação como assistencialismo” (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Essas tipologias foram adotadas como referencial teórico para este trabalho por eclodirem de uma observação de um território verticalmente próximo à Diadema, e traduzem-se na busca de melhorias de vida e de atenção à saúde com qualidade, no primeiro eixo, numa expressão de uma população que entende seus direitos e luta para conseguí-los; no segundo, em repasses de informações referentes à gestão, ao Estado e às leis, num entendimento de que a população precisa ser informada e capacitada para poder exercer participação; e, no terceiro eixo de participação no bairro, na formação de grupos assistenciais, como grupos de Terceira Idade para caminhadas, distribuição de cestas básicas e busca de equipamentos hospitalares, por exemplo (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

No entanto, a interface entre equipe assistencial, gestores e população aparece enevoada, possivelmente explicando a já exposta falha em gerar um projeto assistencial comum:

Quanto ao controle social, aos olhos dos trabalhadores, este possui forte conotação de fiscalização, visto ter prevalecido a ideia de que os conselheiros procuram o erro, com críticas negativas, além da busca por privilégios, o que gera tensão no ambiente de trabalho. Tal percepção não é compartilhada pelos usuários - conselheiros que reconhecem a função fiscalizatória, como uma atribuição dos conselhos por referência à defesa do interesse público.

Para estes conselheiros, sua função prioritária é contribuir na administração dos serviços e somar esforços nos mecanismos de reivindicação, revelando outras instâncias legais a serem acionadas, dentre elas, o Orçamento Participativo, o Ministério Público e o próprio Conselho Municipal de Saúde, evidenciando a noção de controle social como parceria. Ao mesmo tempo, seus depoimentos mostram que a participação institucionalizada por meio do Conselho Gestor traz em si a possibilidade da relação entre gestor e usuários correr o risco de perder a necessária clareza de papéis, pois ao analisar os problemas “por dentro” da instituição os conselheiros e usuários tendem a cair em um círculo vicioso, no qual tudo é explicado, tudo é compreendido e não há avanços como, por exemplo, a formalização de denúncias à Promotoria Pública, além disso, pode ocorrer o afastamento da população da qual são representantes. (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p. 328).

A dificuldade da criação de um projeto assistencial comum dificulta a estratégia de implantação de políticas públicas conhecida como *bottom-up* (LIMA; D’ASCENZI, 2013): uma estratégia que, como apontado por Martins; Martins (2017):

Conte com a interação de diferentes atores sociais que detêm conhecimento das situações locais por estarem mais perto das questões que os afligem, estando assim aptos a adaptarem as políticas públicas às suas realidades, situação que acaba produzindo inovações pela interação dos saberes técnicos com aqueles da vivência cotidiana no local. (MARTINS; MARTINS, 2017, p. 345).

A equipe assistencial falha em perceber a existência de uma tecnologia social - definida como práticas tradicionais e empíricas de uma população para “a construção de artefatos ou métodos para atender às suas necessidades, práticas de intervenção social, compatíveis com o estilo de vida da comunidade, que possam contribuir com soluções para problemas essenciais para a melhoria das condições de vida da população envolvida” (MARTINS; MARTIN, 2017, p. 346).

Tais práticas poderiam “interagir com os conhecimentos científicos para sua validação e melhoria, gerando assim ‘inovação social’” (MARTINS; MARTINS, 2017, p. 346). Em última análise, portanto, a literatura mostra que a falha na criação desse projeto comum leva à não-criação de soluções efetivas, eficazes e localizadas para uma determinada população e parece apontar para uma solução conflituosa entre controle social e participação popular.

#### **2.1.4 A participação popular**

Pelo exposto até o momento neste trabalho, portanto, é importante expandirmos nosso olhar para além do controle social, tendo a participação como temática de interesse.

Gohn (2019) nos introduz a temática da participação de uma maneira mais abrangente quando nos diz:

Na sociologia, o tema da participação é encontrado como noção, categoria ou conceito desde os primórdios de seu desenvolvimento. Isso porque se trata de uma formulação clássica na teoria da ação social, tanto na versão weberiana, como na parsoniana. Essas vertentes tiveram grande importância entre os pesquisadores latino-americanos até os anos de 1960. (Gohn, 2019, p. 66)

Gohn (2019) também conta que a participação “pode ser observada tanto do ponto de vista das práticas civis efetivas, como do ponto de vista de estudos e pesquisas dos analistas”.

A teorização vista nesses estudos e análises têm ocorrido por “meio de vias e canais institucionais de participação e controle social dos cidadãos, seja a partir das teorizações sobre o estado e suas instituições, ou por meio de políticas de controle social dos governantes sobre os cidadãos” (Gohn, 2019).

Este trabalho, até o presente momento, seguiu esses mesmos caminhos, explorando e explicando os caminhos pelos quais nosso país passou ao institucionalizar a participação

popular - institucionalizar o desejo pulsante expresso no território e seus produtos espontâneos.

Falaremos agora, especificamente, da participação popular, para além das tentativas de institucionalização, pois este estudo se desenvolve a partir do controle social, mas para além dele, buscando compreender as dinâmicas relativas à atuação dos conselheiros, incluindo seus movimentos e articulações nos territórios de atuação.

A temática da participação popular aparece nos estudos brasileiros desde ao menos a última década do século XIX (PINHEIRO; HALL, 1979 *apud* VALLA, 1998), com diferentes posições teóricas mas ao que nos interessa nesta dissertação “ é consensual que o termo participação popular se refere a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária. Neste sentido, o termo geralmente se refere às classes populares, embora possa incluir também a participação da classe média” (VALLA, 1998, p. 8)

O processo de urbanização nacional pela expansão das periferias e a “pouca capacidade ou interesse do capital de investir naquilo que julgava oferecer pouco lucro imediato” (VALLA, 1998, p. 8) gerou a noção do Estado como provedor, e a participação popular tornou-se elemento importante desse processo pois se contrapõe a uma noção de que classes sociais centrais, dotadas de recursos e estudo - e portanto centrais ao capital por serem receptoras de seus investimentos - direcionam o Estado no “caminho correto” por suas próprias condições, liderando as classes populares.

A participação popular, portanto, direciona a máquina estatal à suprir as necessidades da população que flui massivamente para os centros urbanos, ocupando sua periferia sem a infra-estrutura necessária, já que se encontrava fora do eixo de investimentos do capital nos municípios (VALLA, 1998).

Na lógica da interface entre Estado e Participação Popular é notável, portanto, que:

A participação se articula, nessa concepção, com o tema da cidadania, envolvendo também lutas pela divisão das responsabilidades dentro de um governo. Essas lutas possuem várias frentes, como a constituição de uma linguagem democrática não excludente nos espaços participativos criados ou existentes, o acesso dos cidadãos a todo tipo de informação que lhes diga respeito e o estímulo à criação e ao desenvolvimento de meios democráticos de comunicação. (Gohn, 2019, p.67)

Em suma, a participação popular é definível como as ações que forças sociais das mais diversas realizam para “influenciar na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.)” (VALLA, 1998, p. 9).

A participação popular, portanto, ocorre pelo desejo de forças sociais e, com a tentativa de ser incorporada ao Estado, sofre o impacto de suas pressões internas, como a técnico-científica, que compõem a gestão deste, como apontado por Guizardi; Pinheiro (2006):

A legitimidade da argumentação técnico-científica tende a impor o silêncio às experiências populares e a desautorizar o posicionamento de seus representantes, ao colocar-se como requisito ao diálogo. Relação assimétrica de poder, em que o espaço de deliberação política se faz inacessível, podendo ter como efeito a burocratização dos conselhos e sua restrição a uma função informativa, o que torna improvável a elaboração comum de políticas públicas.(GUIZARDI ; PINHEIRO, 2006, p. 804)

Fica então evidente a diferença conceitual entre o controle social e a participação popular, sendo aquela uma das formas pelo qual esta atua.

## 2.2 O (RE)CONHECER O TERRITÓRIO

Nosso território estudado localiza-se no Município de Diadema, na região do ABCD Paulista. Localidade que, cabe apontar, foi onde o pesquisador passou sua infância e adolescência.

Sendo exato, o pesquisador passou seus vinte anos iniciais de vida no Município de Santo André, um dos municípios que compõe a região citada, o que o inclui, ao mesmo tempo como parte do conjunto de moradores e ex-moradores mas também o carrega de preconceitos e visões afuniladas de quem passou seus anos menos dotados de crítica social num dos municípios mais ricos deste pedaço paulista.

Há, portanto, que re-aproximar-se de Diadema, conhecê-la e, porque não, reconhecê-la e, ao fazê-lo, também aproximar-se do Conselho e de seus conselheiros, elementos centrais desta cartografia.

### 2.2.1 O Município de Diadema

Localizado na região do estado de São Paulo conhecida como ABCD Paulista, pertence à mesorregião Metropolitana de São Paulo e à microrregião 061 - São Paulo, composta pelos municípios de São Paulo, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul além do próprio município de Diadema (BRASIL, 2020).

Apresenta-se nos terços superiores de indicadores de PIB Per Capita e salário mensal médio quando localizada entre os municípios do estado e do país, porém apresentando-se como 7o e 4o indicador dentro da microrregião (BRASIL, 2020) e é visto pelos habitantes da microrregião como um de seus municípios mais pobres, denotando um ente

comparativamente empobrecido dentro de uma região consideravelmente rica.

É dividido em 11 regiões, Inamar, Eldorado, Conceição, Centro, Casa Grande, Canhema, Campanário, Vila Nogueira, Taboão, Serraria e Piraporinha, sendo por elas distribuídas 24 Unidades Básicas de Saúde; ambulatórios de atenção especializada concentrados no “Quarteirão da Saúde”; um Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais; seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um deles para atendimento infantil e outro para o tratamento da dependência de álcool e de outras drogas; uma rede hospitalar que conta com um hospital municipal, um hospital estadual, um hospital infantil e uma Santa Casa; além de três unidades de pronto-socorro ou pronto-atendimento regionais (DIADEMA, 2020).

O município de Diadema investe, portanto, de maneira sistemática em assistência à saúde, refletindo em uma taxa de mortalidade infantil de 12,41 óbitos por mil nascidos vivos, sendo o melhor indicador da microrregião e o 233º do estado e apresentando um número de 0,6 internações por diarreia por mil habitantes, também representando o melhor indicador da microrregião e o 233º do estado (BRASIL, 2020), além de uma cobertura por esgoto tratado de 97,4 %: bons indicadores de saúde e saneamento básico.

Apresenta uma pirâmide etária de base encurtada, tendo a maioria de sua população concentrada em faixas economicamente ativas, em números de 2010, e uma taxa de escolarização de 96,8%, o 7º indicador da microrregião. Apresenta uma área de 30,732 m<sup>2</sup>, com elevada densidade populacional (BRASIL, 2020).

Historicamente, teve sua constituição afetada principalmente pela sua localização entre o litoral e o planalto, servindo como via de ligação entre os então municípios de São Bernardo do Campo e Santo Amaro, iniciando seu processo de ocupação em meados do século XVIII. Na década de 1940 constituiu-se por quatro bairros ainda pertencentes ao município de São Bernardo do Campo - Piraporinha, Eldorado, Taboão e Vila Conceição - de ligação precária entre si e de ocupação escassa. (DIADEMA, 2020; ESQUIVEL, 1988)

Em 1948 nasceu como distrito, chamado Distrito de Diadema seguindo-se por uma rápida industrialização ocorrida nos anos 50 devido à mudança do eixo de escoamento de produção industrial do estado de São Paulo de ferrovias para rodovias, através da Rodovia Anchieta, que corta o município e facilitou a implantação de indústrias. (DIADEMA, 2020)

Emancipou-se então em 1958 por meio de plebiscito popular tendo sua primeira eleição realizada em 1959 (DIADEMA, 2020). No entanto, “a Prefeitura de São Bernardo do Campo alterou substancialmente os limites do antigo distrito, retirando de sua área vários bairros, nos quais se localizavam importantes indústrias, que representavam grande fonte de

arrecadação de impostos para a administração bernardense” (COELHO, 2008, p. 33), o que, conforme indicado por Costa (2012), marcou esse município que nasceu em desvantagem na região, perdendo parte importante de sua potencial renda, de maior nota o terreno onde, tempos após, seria instalada a fábrica da Mercedes-Benz, que gera emprego e impostos para o município de São Bernardo até o presente momento.

A emancipação gerou o rápido crescimento populacional, não acompanhado pela expansão da infraestrutura, com bairros surgindo em precariedade. Em 35 anos a população teve um incremento substancial de 3023 habitantes em 1950 a 350.000 habitantes em 1985 (COSTA, 2012) chegando aos 425.757 habitantes em 2020 (BRASIL, 2020).

Nas décadas de 1960 e 1970, as prefeituras de Diadema adotaram políticas de indução de industrialização, passando de 37 estabelecimentos no início das políticas aos 900 estabelecimentos em 1980, majoritariamente pequenas e médias indústrias nacionais, produzindo insumos, peças e complementos para as multinacionais instaladas nos demais municípios do ABCD (SIMÕES, 1992).

O eixo indutor industrial de Diadema, criado pelas políticas públicas e pela implantação da Rodovia dos Imigrantes - atrativo a um grande número de trabalhadores - aliado aos baixos preços dos terrenos e a proximidade com São Paulo - que passava pela desativação de favelas como a Favela do Vergueiro em 1967 pelo então prefeito Adhemar de Barros - gerou um fluxo de dinheiro e de pessoas ao município que rapidamente aumentou a população e os preços dos terrenos (COELHO, 2008).

Pessoas que inicialmente residem na região e outros que chegam e não conseguem sustentar o aumento dos preços favorecem a ocupação de assentamentos urbanos informais, quase sempre em terrenos públicos, iniciando o processo de “favelização” de Diadema, com o seu número iniciando-se em duas favelas em 1968 e alcançando um total de 128 favelas em 1982 (COELHO, 2008).

A dinâmica do município de pouca estrutura pública, taxas de mortalidade infantil, perinatal, diarreias e de deficiências nutricionais passou a mudar a partir de 1983, na gestão municipal de Gilson Menezes, então pertencente ao Partido dos Trabalhadores (PT), iniciando uma série de administrações democrático-populares (COSTA, 2012), numa longa sequência de administrações petistas - incluindo nessa sequência um segundo mandato de Gilson Mendes pelo PSB - marcando uma inversão de prioridades na destinação orçamentária municipal e maior organização da população em movimentos sociais (SANTOS, 2014).

É de nota que em levantamento do projeto “Pé na Rua”, da prefeitura de Diadema em 1990, foram contabilizados ao menos dez desses movimentos sociais organizados<sup>1</sup>, também havendo maior frequência e participação da população nos Núcleos de Base do PT (COSTA, 2012).

A pressão e a participação popular levaram à urbanização rápida do município, com a priorização da prefeitura para a instalação de infraestrutura básica, de regulação fundiária e concomitante implantação de saúde e educação, que depois de seis gestões democrático-populares, levaram o índice de habitantes em favelas a cair para 3% em menos de 30 anos, com praticamente todas as ruas pavimentadas e com acesso à água encanada em 1996 (COSTA, 2012).

Trata-se, portanto, de um município de história recente, de forte tradição industrial e marcado por gestões participativas, sendo afetado diretamente pelas políticas públicas e fatores econômicos que impactam na permanência do setor industrial e pela opção política de uma via democrática e bem pavimentada de participação popular.

É neste município, vivo geograficamente, culturalmente e economicamente, com influências de território social e industrial (SANTOS, 2005), onde ocorre a atuação do Conselho Popular de Saúde (CPS) de Diadema.

### **2.2.2 O Movimento Popular de Saúde de Diadema**

Antes de nomearmos e nos aproximarmos do CPS, há que falarmos de sua origem mais imediata, o berço de sua gênese. Já estabelecemos Diadema como um município dotado de um vasto histórico de lutas sociais, com uma forte tradição democrático-popular. Um dos eixos constituintes dessa tradição é o Movimento de Saúde. Antes de dar nome ao CPS, portanto, precisamos dar nome ao Movimento de Saúde que o deu origem.

Este por sua vez teve suas origens marcadas por características do município que Costa (2012) nos traz:

Podemos considerar que o Movimento de Saúde de Diadema possui como origem, basicamente, duas vertentes: foi a precariedade das condições materiais de moradia e reprodução da força de trabalho evidenciadas no município no início da década de 1980; e a outra a ascensão do PT ao

---

<sup>1</sup> As organizações são: 1) Movimento de Saúde (início em 1983); 2) Organização Popular de Compras Comunitárias – OPCC (1983); 3) Movimento de Mulheres (1983); 4) Movimento de Moradia; 5) Movimento de Favela; 6) Associação de compras Comunitárias de Material de Construção (1989); 7) Conselho de Transporte; 8) Conselho de pais das escolas municipais; 9) Organização para Plano Comunitário de Pavimentação; 10) Grupos de Adolescentes desenvolvidos junto aos Centros Juvenis de Cultura (que se tornaram os atuais Centros de Cultura). In: Documento do Projeto “Pé na Rua”, da Administração da Prefeitura de Diadema, novembro de 1990, apud COSTA, 2012

governo municipal em 1983, cujo principal lema no município era governar com a participação popular. (COSTA, 2012, p.74)

A rede municipal de saúde refletia a precariedade das condições já citadas. Em 1982, há época da primeira gestão do PT, o município mantinha um pequeno e pouco resolutivo pronto-socorro (que redirecionava boa parte dos casos à rede privada), nove postos de puericultura (que realizavam vacinação e consultas pontuais às crianças), um canil municipal (que monitorava o controle da raiva animal), e um Centro de Saúde Estadual, compreendendo praticamente a totalidade dos serviços públicos de saúde (COSTA, 2012).

Cabe notar que em 1982, uma época pré-Constituição Cidadã, ainda não havia um sistema universal de saúde, sendo o regime vigente o do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mantendo alguma acessibilidade à saúde aos trabalhadores com registro em carteira de trabalho, que em Diadema era realizada por três grandes hospitais privados e ambulatorios da rede médica empresarial. Os trabalhadores desempregados recorriam a serviços filantrópicos ou a serviços universitários, como Santas Casas, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e o Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (COSTA, 2012).

As mobilizações populares para melhoria das condições de vida iniciaram-se antes da primeira gestão do PT, no entanto. Os trabalhadores encontravam-se já muitos inseridos nos sindicatos do Grande ABC - na maioria, homens - e organizações de mulheres do município, reunidas em organizações de bairro e atividades paroquiais, que levaram a conquistas de coleta de lixo e provimento de água potável e esgoto, em pontos isolados do município (COSTA, 2012).

Simões (1992) nos conta que, ao assumir a gestão municipal, o PT - nas figuras de Gilson Meneses, prefeito; e José Augusto da Silva Ramos, chefe do Departamento de Saúde na Administração Municipal - aproveitou a organização popular formada para trazer à Diadema a experiência que teria levado à formação do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo (MSZL), do qual José Augusto havia participado e, ecoando essa experiência, incentivou a formação das Comissões de Saúde nos bairros.

Sobre as Comissões, Simões nos conta que tinham como proposta “aglutinar a população em grupos de discussão a partir de uma definição ampla de saúde, que englobava a luta geral por melhores condições de vida” (1992, p. 167). Tiveram como início de sua organização a aplicação de questionários, a fim de levantar as principais necessidades de saúde e saneamento da população, concomitantemente transmitindo informações básicas

sobre higiene e saúde e mobilizando moradores à compor as Comissões (SIMÕES, 1992), numa estratégia similar à utilizada em 1978 no MSZL (BOGUS, 1988).

Das Comissões, surgiu o I Encontro de Saúde de Diadema, em 1987 e, de suas deliberações, nasceu o Conselho Municipal de Saúde de Diadema, formado por 54 conselheiros, que tinham direito a veto e à definição das políticas públicas de Diadema (COSTA, 2012).

Seu surgimento é prévio à Constituição de 1988 e, portanto, prévio à criação do modelo de sistema de saúde e de Controle Social que conhecemos hoje, tendo nascido da movimentação popular que, após a implantação do atual modelo, passou a denominar-se Conselho Popular de Saúde (CPS) em 1992, tornando-se uma entidade separada do Conselho Municipal de Saúde (CMS)(COSTA, 2012), estrutura que mantém-se até hoje, com ambos os conselhos coexistindo. Por lei municipal, o CPS passou por uma reformulação de seu funcionamento e constituição, tornando-se responsável por eleger os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde (DIADEMA, 1992).

### **2.2.3 O Conselho Popular de Saúde de Diadema**

O Conselho Popular de Saúde foi criado pela Lei Municipal 1211 de 1992 constituindo-se como órgão colegiado específico de Diadema. Mantém sua estrutura organizacional atrelada à existência de Regimento Interno.

Tem como objetivo descrito pela Lei:

Representar os interesses da população e ser um canal de participação direta do movimento e entidades populares na área de Saúde, nas decisões da vida político-administrativa do Município e nos Assuntos que forem de competência comum do Município, Estado e União. (Diadema(SP), 1992, artigo 1º)

É formado por dois representantes de cada uma das vinte e quatro UBSs do município e por seus suplentes eleitos dentro de seus territórios, além de um representante da prefeitura cujo papel é organizacional no Conselho. Organiza-se numa mesa diretora, escolhida pelos seus próprios integrantes, com presidência e vice-presidência, secretaria, tesouraria e coordenadores regionais, sendo estes coordenadores regionais responsáveis por manter proximidade com os representantes das UBSs pertencentes à sua regional (DIADEMA (SP), 1992).

Sobre esses conselheiros, é de nota que, segundo dados dos mesmos, têm sua maioria composta por mulheres, costumeiramente aposentadas ou trabalhadoras do mercado informal de serviços, como costureiras e domésticas, o que vai de encontro com o histórico de um

conselho que nasceu da mobilização popular de movimentos de mulheres nos bairros de Diadema.

Tem suas reuniões ordinárias mensais, sempre aos segundos sábados de cada mês. Cabe lembrar que este estudo foi desenvolvido durante a pandemia de coronavírus-19, com o isolamento social dela decorrente. As reuniões mantiveram-se de maneira virtual, também com os conselheiros mantendo contato através de outros meios de comunicação virtual, como aplicativo para celulares conhecido como WhatsApp.

A ideia de cartografar o Conselho Popular e seus conselheiros nasceu por duas vias. Primeiro, a busca de uma vivência efetiva de participação popular trouxe a indicação vinda de informante-chave ligada ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), quando questionada sobre o conhecimento a respeito de estratégias populares de controle social com efetividade dentro do estado de São Paulo.

Segundo, pela facilidade de acesso ao Conselho, pois a orientadora do presente trabalho, Professora Claudia Fegadolli, possuía contato com esse Conselho, que além de encontrar-se em campo de prática educacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) também mantém um vínculo forte e afetuosos com a Professora.

Essas duas vias apontavam, à época da escolha, tanto a alta probabilidade de tratar-se de uma prática popular viva quanto a facilidade de acesso ao Conselho, dado que o trabalho deu-se durante a vigência da pandemia de SARS-COV-2 em 2020/2021, o que torna formas diversas de contato uma questão de importância vital.

Também é de nota, como já dito, que o pesquisador cresceu em uma das cidades da microrregião, Santo André, o que o atraía ao município de Diadema, este familiar e, ao mesmo tempo, infamiliar vizinho de infância.

Vale apontar que os primeiros contatos do pesquisador com o CPS foram através de uma servidora municipal presente no Conselho e que possibilitou a participação do pesquisador em suas reuniões ordinárias, permitindo o reconhecimento mútuo entre pesquisador e CPS, tecendo acordos iniciais, materializados em uma Carta de Declaração de Conformidade, assinada pela então presidência do Conselho.

Essa aproximação tacanha, admito, deu-se pelas inseguranças e inexperiência do pesquisador, sendo gradativamente substituídas por um vínculo que aparece nas entrevistas e diários de campo que compõem este trabalho.

## 2.3 O CARTÓGRAFO

Dado que a cartografia, como proposta por Deleuze; Guattari (1995) visa a acompanhar um processo, e não retratar um objeto; e se este processo, também segundo os autores, compõem um modelo de pesquisa que é implicado, participante e modificador do próprio processo, é necessário que se conheça aquele que pesquisa, o próprio cartógrafo.

Nos próximos tópicos pretende-se, portanto, apresentar ao leitor o cartógrafo, sua história e processos que o trouxeram até aqui, entendendo que estes modificam seu olhar, sua implicação e sua intervenção no processo acompanhado.

### 2.3.1 O pesquisador e a pergunta de pesquisa

O pesquisador principal, orientando no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) atuou como médico numa mesma Equipe de Saúde de Família durante 9 anos na periferia do município de São Paulo, além de ter vivenciado o território que veio a se tornar o de sua prática médica durante sua formação, por 6 anos, somando 15 anos de contato direto com as lutas e aspirações de um mesmo território.

Teve seu primeiro contato com os diversos movimentos populares daquele território a partir de experiências de Extensão Universitária ocorridas entre seu terceiro e quarto ano de graduação, num projeto chamado “Projeto Assunção”, onde este, junto com seus colegas, realizaram a tentativa de imersão em uma comunidade local, com realização de diários de campo e vivências na comunidade, a fim de alcançar as necessidades de saúde que emergiam daquele território.

O contato e o interesse pela temática aprofundou-se durante seus anos de prática médica, trabalhando em Unidades Básicas de Saúde em regiões periféricas da metrópole paulista, tendo passado nove dos dez anos que trabalhou na periferia, numa mesma equipe de saúde da família (ESF) vivenciando o nascer e o crescer de diversas famílias; observando a vida do bairro, suas aspirações e dinâmicas, seus sonhos e seus pesadelos; experimentando o florescer de necessidades, demandas, vozes, gritos e caminhos de uma população.

Também durante esses nove anos, envolveu-se com entidades representativas e consultivas, como o Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP) e com os conselhos gestores de sua unidade e do distrito onde esta encontra-se, estando presente em reuniões, discussões e manifestações que aconteceram na região, entre os anos de 2011 e 2019.

Sendo assim, além da própria característica do estudo, suas próprias vivências o tornam implicado no contexto do estudo e motivam a adoção dos referenciais teóricos apresentados neste projeto.

Durante toda sua trajetória profissional, a questão sobre para quem o médico da rede pública trabalha sempre esteve presente na prática do pesquisador. Seria o Estado? Os moradores do território? A gerência da unidade de saúde?

O entendimento de que as pessoas que habitavam aquele território com quem convivia diariamente enquanto observava suas lutas e sonhos, deveriam ser seus, em algum grau, "chefes" sempre lhe foi presente.

No entanto, teriam estes ditos chefes alguma capacidade de intervir na construção do seu trabalho? Detinham ferramentas para dizer o que precisavam, o que necessitavam? Podiam gerenciar seu trabalho? Estavam sendo ouvidos, de algum jeito? Esse foi o questionamento primordial que o aproximou da temática da Participação Popular e o fez interessar-se pela voz de uma população.

### **2.3.2 O pesquisador e a voz da população**

O questionamento motivou o então médico da saúde da família a buscar descobrir quais eram as ferramentas disponíveis pela população para vociferar à UBS suas necessidades e demandas, assim como quais seriam as decorrências do uso destas em sua prática médica.

A descoberta imediata foi o Controle Social já instaurado, presente em sua UBS e que já ouvira falar em aulas de graduação e em discussões no Movimento Estudantil. Instrumentos como o conselho gestor da unidade básica e o conselho municipal foram observados presencialmente, por verdade sem um rigor metodológico. No entanto, os indicativos vistos na literatura da ausência de um horizonte compartilhado entre as representações colocadas e a consequente falta de um projeto comum (CREVELIM; PEDUZZI, 2005) eram claras, assim como também era evidente a decorrência direta de políticas públicas que partiam de lugares distantes da necessidade da população atendida (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Os diferentes atores sociais envolvidos pareciam não receber os devidos olhares. De fato, as inovações sociais eram poucas e a emergência de soluções localizadas para a população em questão eram raras, como apontado na literatura (MARTINS; MARTINS, 2017).

Essas observações modificaram os questionamentos primordiais, que agora se remodelam perante a realidade observada. A pergunta agora não era mais se a voz da população era ouvida, mas como esta atuava, o que a mobilizou, que desejos materializa.

Torna-se claro que participação há, mas passa a existir uma necessidade de entender quais movimentos essa participação realiza e com qual foco. Estava aí desenhada a necessidade de encontrar essa voz em ação.

### **3 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho nasceu, portanto, da busca pela resposta a uma pergunta primordial, sobre a capacidade de uma população de ter sua voz ouvida e validada quanto “chefia” de uma unidade de saúde.

Essa busca levou à necessidade do entendimento de como essa voz, de fato, age, o que a mobiliza e quais desejos ela materializa, que se traduz no ato de cartografar, a partir das vozes e experiências dos conselheiros do Conselho Popular de Saúde de Diadema - pelas suas histórias de vida e de processos eleitorais - a participação popular.

A aproximação com o CPS de Diadema, e sua inserção dentro da história de lutas de Diadema e de construção de um projeto democrático popular, hipotetiza a idéia de que este poderia atuar como “chefia” do sistema público de saúde municipal, visto que surge dentro de um panorama de potencial disputa de projetos assistenciais.

Existe, portanto, uma intenção de possibilitar a essa mesma participação uma forma de mostrar-se, em seu contexto sócio-cultural-histórico-legal. Uma entidade mitológica, um sujeito coletivo, que conta sobre si através do apresentar-se de suas partes.

Por fim, ao trilhar os caminhos que essa intencionalidade determinou, viu-se a possibilidade de entender os motivadores e contextos de atuação dos conselheiros, as forças e influências que atuam sobre seu papel individual e sobre a atuação coletiva do conselho e, através destes elementos, retratar um panorama comum da participação popular na gestão do direito à saúde no país, que se torna, finalmente, o objetivo deste trabalho.

#### 4 A CARTOGRAFIA

Se o objetivo deste trabalho era escutar as vozes que emanam de um território, nada mais coerente do que pensar num processo metodológico que permita a essas vozes terem espaço, serem ouvidas. Nesse sentido, cartografar essas vozes surge como método de escolha, já que, como dito por Kastrup e Passos (2013) em seu próprio título, “cartografar é traçar um plano comum”.

Este trabalho é, portanto, um estudo qualitativo e cartográfico com capacidade e intencionalidade interventora, pois segundo Passos e Barros (2009a, *apud* FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 668) “toda pesquisa é intervenção e toda intervenção em saúde é sempre uma atitude clínico-política”.

Entende-se, portanto, que ato de pesquisar afeta e transforma pesquisador e objeto pesquisado transformando até a própria idéia de “objeto pesquisado”, já que não existem posições inertes. O ato de produzir conhecimento intervém e transforma a realidade, que envolve todos os atores (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Como apontado por Francisco e Souza (2016):

Na pesquisa qualitativa de inspiração cartográfica não há qualquer pretensão neutralidade. Não se parte da suposição da existência de um sujeito cognoscente, plenamente consciente de si, separado do mundo, constituído de objetos (realidades) a serem conhecidos. Na cartografia, não existe o “em si”. Homem e mundo, sujeito e objeto são coemergentes, mutuamente constituídos e implicados. Pesquisador, pesquisado e objeto emergem em um campo de forças que os posiciona tensionalmente em processos de coprodução mútua e simultânea, na tecitura de fios a compor uma teia que os sustenta, em um horizonte de significação possível. (FRANCISCO; SOUZA, 2016, p. 814)

Logo, era da expectativa do pesquisador que essa “tecitura” compusesse a construção do trabalho. Esse tecer também demonstra que não se tem a ingênua noção de que os dados já estão em campo, prontos para serem colhidos e analisados, mas sim algo a ser produzido na participação e na intervenção nos processos transformadores que se dão no território (FRANCISCO; SOUZA, 2016).

O percurso cartográfico pressupõe, portanto, manter um posicionamento flexível e de pensamento aberto ao que possa emergir durante o estudo, acompanhando processos que surgem durante o cartografar (FRANCISCO; SOUZA, 2016; KASTRUP; PASSOS, 2013),

contemplando o princípio de que Conselho e as pessoas que o constituem e o acercam são participantes da construção pesquisa, visto que “o conhecimento não é uma representação da realidade, mas um processo de construção coletiva” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 264), trazendo suas subjetividades para o corpo de pesquisa.

O cartografar iniciou-se com um reconhecimento mútuo de ambos, pesquisador e sujeitos envolvidos, através da participação daquele nas reuniões ordinárias do Conselho, sendo apoiado pelos diários de campo, no formato de narrativas das vivências nestes espaços, e pesquisa sobre a atuação do conselho através da realização de conversas orientadas apoiadas em entrevistas semi-estruturadas e coleta de registros documentais referentes ao conselho.

Tal percurso e ferramentas pretenderam acomodar o aspecto interventor e não neutro da pesquisa e também pretenderam deixar aflorar e capturar a subjetividade do conselho, conforme caracterizado por Weber, Grisci e Paulon, 2012:

A subjetividade não se refere à estrutura, a objetos, a um mundo prévio ou a uma realidade pré-social, mas diz respeito às relações de forças e fluxos estabelecidas em movimento. Ela está constantemente em produção, fabricada e modelada no registro social e do qual é, portanto, indissociável. (Webe; Grisci; Paulon, 2012, p 844)

A cartografia “propõe o registro das transformações no território, o acompanhamento de percursos, nas conexões de redes e na implicação do pesquisador com eles” (WEBER; GRESCI; PAULON, 2012, p. 845). Possibilita assim a saída do reducionismo cartesiano-positivista, não dicotomizando pesquisador e objeto, abarcando a complexidade envolvida em conhecer o Conselho e seus conselheiros, numa perspectiva construtivista (WEBER; GRESCI; PAULON, 2012) sendo este conhecer a verdadeira meta (*metá*) a definir o caminho (*hodós*) pelo qual a pesquisa caminhou (SOUZA e FRANCISCO, 2016).

Sobre isso, Souza e Francisco (2016), nos trazem o seguinte:

Neste referencial metodológico, as metas e os objetivos a serem alcançados são móveis e flexíveis porque é a experiência do caminhar da pesquisa que tem a primazia.

Diferentemente de pesquisas que seguem um modelo demonstrativo-representacional, nas quais o status científico do conhecimento produzido se dá pelo “rigor do método”, entendido como conjunto de regras e procedimentos aprioristicamente estabelecidos, a partir de e para o alcance de objetivos, também, de antemão determinados. Nestes casos, são os objetivos e as metas (*metá*) a definirem o caminho (*hódos*) pelo qual a pesquisa se encaminhará.

A pesquisa cartográfica propõe uma reversão no sentido tradicional de método (*metá-hódos*) como um desafio aos estudos de cunho qualitativo: sem abrir mão da orientação e de referências no percurso da investigação, o caminhar (*hódos*), a experiência mesma do pesquisar tenha a primazia, flexibilizando as metas e os objetivos (*metá*) ou até mesmo os modificando – *hódos-metá*. Trata-se de considerar os efeitos do processo de pesquisar sobre

o objeto da pesquisa, sobre o pesquisador, o campo e seus resultados durante todo o seu percurso de desenvolvimento. (SOUZA E FRANCISCO, 2016, p. 813)

O presente trabalho tem, portanto, como norte de sua bússula um hódos-metá, que foi mantido em foco durante todo o percurso cartográfico e que trouxe o rigor metodológico e científico, necessários a uma produção acadêmica, traduzindo-se justamente na habilidade do pesquisador em acompanhar “o processo de mostrar-se do objeto investigado no contexto que o sustenta e lhe dá (no sentido de produzir) significado” (SOUZA; FRANCISCO, 2016, p. 813).

#### 4.1 A PRODUÇÃO DE DADOS

Este trabalho visou tornar visível o mundo interno deste Conselho Popular de Saúde e de seus conselheiros (DENZIN; LINCOLN, 2005). Como já dito, o ponto de partida para o estudo foram as reuniões do Conselho, onde foram identificadas as lideranças, as dinâmicas e os elementos-chave para a pesquisa.

A entrada do pesquisador nas reuniões como observador participante e a sua experiência entrevistando os conselheiros escolhidos foram registrados em **diários de campo**.

Estes foram fonte privilegiada de produção de dados, registrando reflexões em formato de narrativas e ajudando na identificação de temas de estudo. O diário de campo, como sugerido por Malinowski (1978), ajudou a dar conta da complexidade da realidade social estudada.

É instrumento básico de registro de dados do pesquisador; remete aos primeiros antropólogos que se utilizavam de tal instrumento para registrar experiências e reflexões sobre os grupamentos que estudavam. O seu formato e conteúdo é, tradicionalmente escolhido pelo pesquisador, que o constrói a partir dos questionamentos e vivências de sua própria pesquisa. Como dito por Marques, 2016:

Considerando que a “observação participativa” demanda a interação do pesquisador com o grupo observado, que essa observação implica num tempo mínimo de convivência, e que muitas questões podem surgir a partir dessa interação, é preciso que o pesquisador organize formas de registro desses dados em campo, para serem posteriormente analisados. Assim, é fundamental desenvolver uma rotina de observação. Além disso, o pesquisador não deve recuar diante de um dia a dia que, muitas vezes, se mostra repetitivo e que exige dedicação intensa. (Marques, 2016, p. 281)

Nos diários de campo foram realizadas anotações das cinco reuniões participadas do conselho, sendo que em duas delas houve a participação de elementos da gestão municipal.

As quatro **entrevistas semi-estruturadas** foram realizadas após a pesquisa ter sido apresentada ao pleno do CPS<sup>2</sup>, de modo a também avaliar a receptividade dos membros a uma possível entrevista. Foram então escolhidos quatro conselheiros, por terem presença marcante nas reuniões, mudando o rumo de conversas e pontos de pauta. Pode-se dizer que sua escolha deu-se conforme o CPS apresentava-se ao pesquisador em suas reuniões ordinárias, na demonstração prática do postulado por Souza e Francisco, 2016.

Estes então foram convidados formalmente a participar das entrevistas, deixando claro que sua participação seria mantida anônima e era totalmente opcional, não existindo qualquer tipo de problema no caso de uma recusa. Foi então apresentado e explicado o termo de consentimento e perante seu aceite foram realizadas as entrevistas. Esses conselheiros serão apresentados deste ponto em diante como Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3 e Entrevistado 4 e não serão descritos em sua pormenoridade a fim de preservar-lhes a identidade porém serão brevemente descritos abaixo:

- Entrevistado 1: Mulher, conselheira de longa data, já foi presidente do conselho, não tem trabalho remunerado
- Entrevistado 2: Mulher, conselheira desde a primeira gestão do conselho, já foi presidente do conselho, não tem trabalho remunerado
- Entrevistado 3: Mulher, conselheira de longa data, já foi presidente do conselho, tem trabalho remunerado, tem formação de ensino superior
- Entrevistado 4: Homem, conselheiro há cerca de uma década, já foi presidente do conselho, trabalha como autônomo no comércio do município.

Foi utilizado o apoio de um roteiro (Apêndice A), com questões elaboradas em torno de três temas centrais: saúde, participação e cidadania (no sentido de garantia de direitos), porém adaptadas de modo a trazer luz a dúvidas levantadas nas reuniões ou em pontos nebulosos da própria entrevista ou de entrevistas passadas.

O roteiro das **entrevistas semi-estruturadas**, portanto, não foi rigidamente seguido e nem tinha intenção de sê-lo, pois como visto em Kastrup e Passos, 2013, os participantes têm um protagonismo que deve ser observado.

---

<sup>2</sup> O CPS divide-se, pragmaticamente, em reuniões “de executiva” e “de pleno”, como os próprios definem. Das informações colhidas nas reuniões que o pesquisador participou e das entrevistas realizadas temos que das reuniões de executiva, participam apenas presidente, vice-presidente, secretários, tesoureiros e coordenadores regionais. Das reuniões de pleno, participam todos os conselheiros. As reuniões de executiva costumemente são utilizadas para organização e execução das ações que foram discutidas e oficializadas em reuniões do pleno. Apenas as reuniões do pleno são reuniões oficiais do conselho, e tornam-se legais apenas com a presença do quórum de metade mais um do total de conselheiros.

O objetivo das entrevistas, foi acessar o itinerário que levou o conselheiro a participar do Conselho, seu entendimento de representatividade e suas condições percebidas para tal, além de contribuir para o mapeamento da estrutura e funcionamento do Conselho.

Por fim, **análise documental** das leis que criaram e regem o Conselho, assim como seu Regimento e as atas das reuniões que o pesquisador esteve presente foram utilizados como produtos cartográficos, sendo analisados, portanto cinco atas de reuniões, duas versões do regimento (a atual e a anterior) e a lei municipal.

Tais práticas materiais tiveram como estratégia de pesquisa unificadora a cartografia, que como dito por Deleuze e Guattari (1995), é útil para descrever processos mais do que estados de coisa, como estratégia qualitativa.

#### 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Foram envolvidos os moradores do município de Diadema eleitos como conselheiros populares de saúde respeitando os princípios de bioética de autonomia - através da participação voluntária com termo de consentimento livre e esclarecido; de beneficência - através da apresentação do produto final do mestrado para os membros do conselho, a fim de auxiliá-los na capacidade de observar suas potências e fraquezas e da contribuição participante do pesquisador durante a vigência da pesquisa; de não-maleficência - pois não há riscos à saúde envolvidos; e da justiça - através da imparcialidade e não-julgamento do pesquisador perante a população investigada.

Foram observadas as resoluções de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a de nº 510, de 07 de abril de 2016 e a norma operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram incluídos na pesquisa mediante leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo CEP da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

#### 4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados produzidos foram organizados segundo similitude temática, utilizando-se a leitura crítica do que for encontrado para observar a ocorrência desses temas nas entrevistas e diários de campo, que foram analisados sob os princípios da cartografia no contexto do território estudado (DELEUZE; GATTARI, 1995).

Para a noção de território, o estudo foi apoiado em conceitos construídos por Milton Santos (SANTOS, 1996; 2003a; 2002b; 2005) em sua vasta e viva obra acadêmica, com

auxílio de autores que realizaram leituras de suas obras a fim de facilitar a aproximação e aplicação dos conceitos.

A análise de dados se deu **à luz de conceitos de Milton Santos**, prisma pelo qual o pesquisador observou o campo de estudo em diálogo vivo com o geógrafo. O processo analítico na realidade vivenciada deste trabalho foi produto em si do trabalho cartográfico, na medida que compõe o rizoma da pesquisa (DELEUZE; GUATTARI, 1995), tecendo a malha relacional entre participantes, pesquisador e leitor, sendo considerado, portanto, um produto de pesquisa

## 5 DESENHANDO CAMINHOS

Cartografar, como já dito, é traçar um plano comum (KASTRUP; PASSOS, 2013), o que, em última instância envolve que todos os participantes deste plano comum possam livre-comunicar-se e seu produto possa ser traduzido em três vias: em direção ao participante; em direção ao pesquisador; e em direção ao leitor.

Fica implícita a necessidade de então expor os caminhos deste cartografar de modo que a aproximação de cada passo dado por cada um dos três atores envolvidos possa dar-se por uma apropriação do que é dito com isso criando um *felt-meaning*<sup>3</sup> (PETITMENGIN, 2007 apud KASTRUP e PASSOS, 2013).

Nosso *felt-meaning* começa com apresentação deste caminho desenhado pela ilustração dos conceitos aqui utilizados. Para que falemos todos a mesma língua, comecemos trazendo ao cotidiano e, de maneira sucinta, os vocábulos herméticos e quase alienígenas da academia.

### 5.1 A APROXIMAÇÃO DOS CONCEITOS

No nascimento da cartografia que habita o imaginário popular, começa-se por ter à mão a tinta e a pena, que lhe permite registrar, traduzindo para o papel, preto e branco, o que se observa num processo vivo e colorido.

Como um topógrafo que utiliza linhas para traduzir montanha, ou um oceanógrafo que coleta dados para representar mares em desenhos, alguma ferramenta deveria ser utilizada

---

<sup>3</sup> Kastrup e Passos (2013, p 275) nos explicam melhor *felt-meaning*: “A expressão felt-meaning não tem uma tradução exata para o português, o que, no contexto de nossa argumentação, já é bem curioso. Buscando o felt-meaning da expressão felt-meaning, ela parece equivaler a um ‘sentido intuído’. Trata-se de um entendimento corporal e que é capaz de produzir transformações. No caso da tradução de um texto, não seria adequado falar de um processo de transcodificação de duas línguas, que buscaria correspondências entre palavras e estruturas gramaticais. Traduzir é entrar em contato com a dimensão afetiva, intensiva, intuída e não verbal do texto.”

para fazê-lo e, o que foi utilizado aqui foi um determinado olhar, um prisma de conceitos geográficos, a fim de balizar um entendimento.

Conhecer o contexto pode ser suficiente para o entendimento pessoal de uma paisagem, mas é necessário um vocabulário comum para traduzir a experiência da paisagem a quem não esteve lá. Dito isso, começemos a apresentar nosso material de desenho: os conceitos geográficos que o deram suporte.

O “bairro” aparece nesta pesquisa como unidade menor no mapa de representações dos conselheiros na constituição do CPS. Como as próprias entrevistas apontam, o bairro, área de atuação da UBS, é onde tudo começa, já que como dito pelo Entrevistado 4 “os conselheiros são eleitos por unidade básica, a população vai lá e vota, eles continuam por dois anos, sendo o representante de fato, direto da população”.

Mas o bairro é um jeito cotidiano de começar a entrar em contato com a noção de *território*. É uma forma de trazer aos poucos o leitor que vem “com uma noção de território herdada da Modernidade incompleta e do seu legado de conceitos puros, tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados” (SANTOS, 2005, p. 235) para o conceito de um território vivo, com suas verticalidades e horizontalidades, espaços banais e redes, e tantas outras complexidades como as expostas por Milton Santos ao longo de seu massivo corpo de trabalho.

Entendê-lo, sob essa perspectiva mais complexa e sob a ótica do seu uso, é, “pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro”(SANTOS, 2005, p. 235).

Ainda em Santos (2005) introduzimos o entendimento de horizontalidades e as verticalidades:

As horizontalidades serão os domínios da contigüidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais. (Santos, 2005, p. 236)

E sobre os espaços banais e redes temos como idéia introdutória, na mesma obra de Milton Santos (2005), o seguinte:

A ideia de espaço banal, mais do que nunca, deve ser levantada em oposição à noção que atualmente ganha terreno nas disciplinas territoriais: a noção de rede. As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todo o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns. (Santos, 2005, p.236)

É preciso, portanto, ir além do cotidiano no entendimento desses termos: para além da horizontalidade como o crescimento de maneira horizontal da expansão de um bairro e da verticalidade como a construção de condomínios; ir além das redes como instituições conectadas e espaços banais como punhado de tijolos e asfalto.

### 5.1.1 Verticalidade e horizontalidade

Milton Santos (1996) explica os excertos acima expostos quando nos apresenta que as verticalizações expressam a união vertical entre os locais em função das relações produzidas pelas técnicas e tecnologias que se instalam no propósito de cumprir uma lógica de unificação do mercado global: a verticalização funcionaria em prol de um projeto capitalista unificado.

Encontra-se, portanto, atrelada a normas de funcionamento que beneficiam o Capital - grandes corporações e conglomerados. Todo indivíduo que utiliza-se daquele território o faz por pressões sentidas por todo indivíduo que encontra-se nas mesmas condições sob a ótica do Capital, da Sociedade e do Estado-nação. Não compra-se um tênis *nike* falsificado em uma banca de rua do mercado informal à toa, assim como não une-se para a disputa da garantia de direitos por um acaso.

As horizontalidades, por sua vez, expressam-se por ações locais que não correspondem às lógicas do Capital. Ela é, sobretudo, a liberdade e o poder de expressão da sociedade, onde se depositam as possibilidades de um vir a ser, um realizar-se, que resulta numa busca por reivindicações que podem vir a se opor às contingências do espaço comum, no espaço da horizontalidade. As horizontalidades são vistas nos desejos individuais, na florescência de buscas que partem da constituição humana daquele próprio ser, que pensa, sente, reflete, observa, ama, chora, ri, anseia, come e dorme.

Em Barbosa (2016) temos uma exemplificação que nos cabe:

A horizontalidade estaria ligada ao lar, às relações próximas, à memória da casa, e do lar e a resistência dos laços de parentesco e da saudade de casa, e a verticalidade ao projeto de vida fora do Brasil, ao projeto de família patriarcal, e ao projeto de mudança de vida econômica que motiva a imigração de nossa personagem, como um eco de um projeto hegemônico assimilado pelo mundo ocidental. (BARBOSA, 2016, p. 58)

Verticalidades e horizontalidades, portanto, embora acometam as mesmas pessoas, expressam-se pelas diferenças de motivações destes indivíduos. O mesmo sujeito pode engajar-se numa luta por direitos por sentir as pressões do capitalismo aviltando sua renda e também por observar sua avó falecendo “na fila do SUS.”

### 5.1.2 Tecnosfera e psicosfera

Nas palavras do próprio Milton Santos (1996), introduzimos estes conceitos:

Tecnosfera e psicosfera são redutíveis uma à outra. O meio geográfico atual, graças ao seu conteúdo em técnica e ciência, condiciona os novos comportamentos humanos, e estes, por sua vez, aceleram a necessidade da utilização de recursos técnicos, que constituem a base operacional de novos automatismos sociais. Tecnosfera e psicosfera são os dois pilares com os quais o meio científico-técnico introduz a racionalidade, a irracionalidade e a contra-irracionalidade, no próprio conteúdo do território. (SANTOS, 1996, p. 172)

Como visto no tópico anterior, estes dois conceitos também incidem nas mesmas pessoas, nos mesmos espaços, sendo as ações e vetores de influência sobre esses espaços e pessoas que determinam sobre o que se fala. Ainda em Santos (1996):

Ao mesmo tempo em que se instala uma tecnosfera dependente da ciência e da tecnologia, cria-se, paralelamente, e com as mesmas bases, uma psicosfera. A tecnosfera se adapta aos mandamentos da produção e do intercâmbio e, desse modo, frequentemente traduz interesses distantes; desde, porém, que se instala, substituindo o meio natural ou o meio técnico que a precedeu, constitui um dado local, aderindo ao lugar como uma prótese. A psicosfera, reino das ideias, crenças, paixões e lugar da produção de um sentido, também faz parte desse meio ambiente, desse entorno da vida, fornecendo regras à racionalidade ou estimulando o imaginário. Ambas - tecnosfera e psicosfera - são locais, mas constituem o produto de uma sociedade bem mais ampla que o lugar. Sua inspiração e suas leis têm dimensões mais amplas e mais complexas. (SANTOS, 1996, p. 172)

Entendemos, nesses pequenos excertos que tecnosfera e psicosfera são formas mais complexas de entender o próprio *lugar*: A tecnosfera, reino do sistema, da verticalidade global, ditadora da produção e dos interesses muitas vezes distantes do local e psicosfera, reino das subjetividades, da união horizontal, geradora de crenças e produtora de sentido.

Melgaço (2010), nos traz exemplo vivo dessa dinâmica quando nos dá o exemplo vivido na cidade de Campinas, no estado de São Paulo:

Trata-se de um município rico, dotado de indústrias e produção tecnológica mas ao mesmo tempo, dotado de grande desigualdade social e índices de violência urbana acima da média nacional. Esse contraste leva seus moradores a mudanças arquitetônicas em seus lares e ao poder público a modificar o espaço comum, na intencionalidade expressa de gerar segurança - a securização urbana.

Aqui, a psicosfera do medo traduz-se numa sensação vivida nos moradores, que por sua vez agem na tecnosfera da segurança, gerando a arquitetura anti-indesejáveis e câmeras de vigilância, por exemplo. Ambas, tecnosfera e psicosfera, envolvem-se na verticalidade de uma desigualdade social incentivada pelo poder do Capital e da pressão de consumo de

equipamentos e arquiteturas de segurança e na horizontalidade dos campineiros expostos à violência urbana e às soluções de segurança observadas no seu dia a dia.

Nas próprias palavras do autor: “Dialeticamente, da mesma forma que a psicosfera do medo leva à criação de uma tecnoesfera da segurança, a disseminação da tecnoesfera da segurança reforça as situações de tensão que alimentam a psicosfera do medo” (MELGAÇO, 2010, p. 248).

Compreendemos aqui, portanto, que psicosfera trata-se de sensações subjetivas mas que não necessariamente são individuais, sofrendo influências da ordem do sujeito mas também da sociedade como um todo. E entendemos que tecnoesfera representa os objetos, técnicas e tecnologias que surgem também pelas mesmas influências. E percebemos que ambas são dialeticamente relacionadas.

### **5.1.3 Espaço banal e redes**

O espaço banal a que nos referimos é o definido por François Perroux em sua Teoria dos Polos de Crescimento, e utilizada por Milton Santos (1996, 2005). Apresenta-se como o espaço de todos: das empresas, das instituições, de pessoas, e de vivências, em oposição ao “território daquelas formas e normas ao serviço de alguns” (SANTOS, 2005, p. 239), o território das redes. O espaço banal, é portanto, aquele que tudo inclui, quanto as redes, por sua vez, apresentam-se como um recorte, que trabalham para e por alguns.

Embora conceitos opostos, traduzem exatamente os mesmos lugares mas com funcionalidades diferentes, ocasionalmente opostas (SANTOS, 2005). Como as horizontalidades e verticalidades, a intenção é determinante para o entendimento do conceito.

Uma Unidade Básica de Saúde pode servir como uma praça pública - onde todos se sentam, pessoas se encontram, negócios são fechados - mas também como um local onde aquele que compra serviços privados de saúde sente-se não-bemvindo, com medo de “roubar o lugar de alguém”. Nesses mesmos exemplos vemos as tecituras de conceitos de Milton Santos, já que o mesmo espaço pode servir a interesses horizontais de um bairro - pessoas se encontrando e convivendo - e interesses verticais globais de indivíduos vivendo sob a pressão de uma sociedade capitalista de consumo sentindo-se obrigados a “consumir saúde”, na expressão de uma culpa que não é sua quanto indivíduo, mas proveniente de uma lógica sistêmica, não vivenciando o seu direito constitucional ao acesso à saúde pública.

A UBS é, ao mesmo tempo, pertencente ao espaço banal do bairro - espaço conhecido e habitado por todos - e rede para aqueles que dependem do sistema de saúde público e

encontram-se fora do consumo - fazendo aqueles que não dependem, e que estão sob o estigma consumista do capital, sentirem-se excluídos desta rede.

A rede e o espaço banal, portanto, têm de ser entendidos dentro de escalas, usando os conceitos que já abordamos. Dados verticais e horizontais, assim como conceitos e tecnologias da psicosfera e tecnosfera as quais pertencem mudam as dimensões onde a rede e o espaço banal podem ser entendidos como tais.

#### **5.1.4 Usos e funcionalidades**

Pelos expostos então até agora, temos que na escolha de campo teórico feito, o território como campo de análise dá-se “no uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social.” (SANTOS, 2005, p. 235) e por assim sê-lo, é possível estudá-lo a partir do município escolhido - Diadema - através de conselheiros populares, eleitos em seus próprios bairros.

A aparente diferença entre suas representatividades democráticas torna-se menor para o estudo quando entendemos que a vivência do território - suas experiências de relações próximas e familiares, a influência do Capital, o espaço banal municipal, as redes presentes nestes espaços banais - que estes indivíduos experimentam como Conselheiros Populares e cidadãos de Diadema - são as mesmas ou ao menos remetem a dinâmicas que relacionam-se, ecoam umas às outras. Refletem o uso e as funcionalidades que um cidadão brasileiro faz sobre o território.

#### **5.1.5 O Território Usado**

Em Milton Santos (1999, p. 18) temos que “o território não é uma categoria de análise, a categoria de análise é o território usado”. Essa frase que parece simples e direta é a conclusão de todo o raciocínio que construímos até agora. Ou seja, como o próprio afirma em diversos de seus trabalhos (SANTOS, 1996; 1999, 2003a), só é possível tomar o território como uma categoria de análise a partir do seu uso, dos “sistemas de objetos (fixos e configurações espaciais) e sistemas de ações (fluxos e dinâmicas sociais)” (QUEIROZ, 2014, p. 154)

No entanto, há que se entender o que se estuda quando estuda-se o território usado. Este compõe um de três conceitos alicerces na literatura de Milton Santos, usado para compreender a totalidade socioespacial a saber: espaço geográfico, território usado e lugar (QUEIROZ, 2004).

Rapidamente, espaço geográfico “é uma instância social, assim como a política, a

economia e a cultura”, ou seja, é um “conjunto de processos sociais e formas espaciais”, representando “a indissociabilidade e da holística entre forma e conteúdo” (QUEIROZ, 2004, p. 156).

A forma, a que Queiroz (2004) se remete é o visível: prédios, casas, indústrias, serviços, comércios. O conteúdo, são as “estruturas, processos e funções” (QUEIROZ, 2004, p. 159). As estruturas são o pano de fundo onde esse conteúdo se expressa, sua ordem no imaginário, sendo cultural, político ou econômico. Os processos dizem respeito ao movimento, que pode expressar função, mas que diz de algo histórico ou presente: processo de conurbação de uma metrópole, de gentrificação de uma cidade, etc. E a função é definida em si: gerar produtos industriais, garantir habitação, etc. (QUEIROZ, 2004).

Por sua vez, o lugar é definido pelo próprio Milton Santos (1996, p. 217) como “a dimensão espacial do cotidiano”. De maneira mais pormenorizada mas ainda breve, o lugar é onde as dialéticas ocorrem, onde as horizontalidades e verticalidades encontram-se e geram o possível para o indivíduo, onde a rede e o espaço banal intercalam-se e geram os caminhos por onde o sujeito anda; onde o local e o global colidem, e geram a globalização como possibilidade cotidiana (SANTOS, 1996; MORAIS, 2013; QUEIROZ, 2004). Trocando em miúdos, é onde o cotidiano do sujeito se expressa em espaço.

Finalmente, o território usado, mote deste tópico, que pode ser definido pelo raciocínio que fizemos até agora sobre seu uso e o que se usa. É o território que “surge como território usado, praticado, prenhe das experiências daqueles que conquistam a sobrevivência em ambientes hostis, antagônicos” (RIBEIRO, 2005, p. 12458). É “simultaneamente material e social, composto por uma dialética, como o espaço geográfico”, (...) “constituído pelo território forma – espaço geográfico do Estado – e seu uso, apropriação, produção, ordenamento e organização pelos diversos agentes que o compõem: as firmas, as instituições – incluindo o próprio Estado – e as pessoas” (QUEIROZ, 2004, p. 154).

Mas porque apresentar os três conceitos - espaço geográfico, território usado e lugar - neste momento? Há que ser entendido que estes compõem uma totalidade, cada qual com a sua totalidade. Totalidade esta que nos define Milton Santos em 1996:

A noção de totalidade é uma das mais fecundas que a filosofia, clássica nos legou, constituindo em elemento fundamental para o conhecimento e análise da realidade. Segundo essa ideia, todas as coisas presentes no Universo formam uma unidade. Cada coisa nada mais é que parte da unidade, do todo, mas a totalidade não é uma simples soma das partes. As partes que formam a Totalidade não bastam para explicá-la. Ao contrário, é a Totalidade que explica as partes. A Totalidade B, ou seja o resultado do movimento de transformação da Totalidade A, divide -se novamente em partes. As partes correspondentes à Totalidade B já não são as mesmas partes correspondentes

à Totalidade A. São diferentes. As partes de A (a1 a2 a3 ... an) deixam de existir na totalidade B; é a Totalidade B, e apenas ela, que explica suas próprias partes, as partes de B (b1 b2 b3... b"). E não são as partes a1 a2 a3 ... que se transformam em b1 b2 b3... , mas a totalidade A que se transforma em totalidade B. Eis por que se diz que o Todo é maior que a soma de suas partes. (SANTOS, 1996, p.74)

Num trabalho que pretendeu cartografar a participação popular em um conselho em uma cidade, o exposto neste caminho desenhado até este ponto nos mostra que não estamos cartesianamente recortando uma particular experiência e um determinado lugar: estamos aqui nos apropriando de totalidades e permitindo que estas possam expressar a si próprias.

Desenhamos um caminho muito maior, numa mata muito mais abrangente, do que possamos depreender num olhar superficial.

## **6 O PEABIRU**

Agora que temos, pesquisador e leitor, reconhecido juntos a mata a que vamos adentrar; listamos e entendemos as ferramentas que vamos precisar nesta trilha; temos papel e tinta de modo a não nos perdemos por onde vamos caminhar; e entendemos que o que vamos observar representam uma totalidade que não pode ser negada como tal, estamos prontos para adentrar este caminho, observando e analisando juntos os produtos cartográficos desta pesquisa.

Nos próximos tópicos iremos, portanto, apresentar os temas observados nas entrevistas e diários de campo, utilizando-se dos conceitos já definidos e dos documentos listados - lei, regimento e atas - como balizadores desses mesmos temas.

### **6.1 O CAMINHAR**

Começamos a apresentar este produtos apresentando os primeiros passos deste trabalho, que não foram simples. As marcas de dificuldades ficaram expressas em diários de campo. As primeiras anotações apresentam parágrafos e mais parágrafos sobre a minha dificuldade de recortar e traduzir o que eu via para o meu leitor, além da minha sensação de despreparo e medo, e do meu dicotômico sentimento por Diadema:

Hoje é dia de entrevistas. Por mais que eu já tenha participado das reuniões do Conselho, tenho uma certa sensação de primeira vez que vou a campo. Lembro-me de tudo que li de Malinowski e dos irmãos Villas-Bôas, dos primeiros contatos que tive com as comunidades em disciplinas durante a graduação e de minhas primeiras visitas domiciliares como médico formado. (...) E aqui estou eu, novamente com as mesmas dúvidas: A gravação da entrevista vai ficar boa? Será que a plataforma virtual vai ser estável? Será que a conversa vai fluir? Vou conseguir as informações que estou buscando? Será que estou incomodando? Esses pensamentos me rodeiam, como os faziam naquelas aulas. Com um agravante que hoje estão programadas 3 entrevistas. (Diário de Campo - “Primeira Entrevista”)

Já passei por uma, entendendo como funcionam os programas para gravar e realizar as entrevistas. Também já tenho um punhado de observações da entrevista anterior para utilizar como pontos para aprofundar nesta entrevista. No fim, é inegável que me preparei para esta entrevista. E será que não é assim com tudo? Cada ação nos prepara para a próxima, cada vivência constrói a seguinte, cada contato contextualiza o próximo. Com isso em mente, começo a entrevista. (Diário de Campo - “Segunda Entrevista”)

Esta é a primeira reunião do Conselho Popular de Saúde de Diadema que eu tento redigir um relato mais subjetivo da minha participação, embora não seja a primeira reunião que eu participo. Diadema faz parte, de algum jeito, da minha infância, por ser uma das cidades que compõem o ABC Paulista já que cresci em Santo André, outra cidade do também ABC. Percebo que o que acho que sei de Diadema influencia de sobremaneira meu imaginário sobre a reunião e sobre a expressividade daqueles que vão participar da reunião. Lembro-me de, como criança andreense, olhar pela janela lateral do carro de meu pai enquanto seguia pela Avenida Corredor ABD, a caminho da Rodovia dos Imigrantes fosse a caminho da praia, fosse a caminho da capital - dois destinos sempre muito fascinantes - era tudo o que eu conhecia de Diadema e achava que era tudo o que se tinha para conhecer. (Diário de Campo - “Reunião de 10 de Abril de 2021”)

Percebo que essa necessidade de recortar influencia inclusive na minha capacidade de relatar essa reunião, reunião a qual ainda nem acessei. O que recortar dessa reunião de modo que o recorte transmita o todo que quero expressar? O que quero expressar? Será que sou eu a me expressar? Não são essas pessoas que serão retratadas que devem expressar-se? Mas não é através de mim que será sua expressão? Que câmera uso? Que lente? Retrato detalhes ou grandes paisagens? Flash ou luz natural? Estúdio ou nas ruas? No fim, percebo o óbvio paralelo entre os processos do mestrado e os processos da fotografia. Penso que essa coisa toda deveria ser mais fácil. Mas não é. (Diário de Campo - “Reunião de 10 de Abril de 2021”)

Além de médico, e neste instante mestrando, me entendo como fotógrafo, não por ofício - por não ser remunerado por isso - mas por gosto.

Nas aulas de fotografia, meu mestre André Spinola e Castro nos ensinou a recortar o que via para mostrarmos o que não se via, ao menos materialmente. Nas aulas, nos falava da

obra de diversos fotógrafos, não porque o ato de fotografar fosse copiá-los em forma, mas porque apresentá-los nos ajudava a pensar como fotógrafos.

Henri Cartier-Bresson dizia “fotografar é colocar na mesma linha a cabeça, o olho e o coração” e Garry Winogrand apontava que fotografava “para descobrir como algo ficará quando fotografado”. Essas duas frases moldaram muito do que já produzi porque me lembravam que a foto não é uma representação dura da realidade, é uma leitura. E essa se faz através da subjetividade do fotógrafo.

Agora como fazer isso com palavras? Com frases? Mais ainda, com observações feitas em reuniões e conversas onde eu nem estaria fisicamente, e não teria grandes recursos visuais para apresentar ao meu leitor? A solução era aprender fazendo. Escrever e ver como isso ficava escrito. Colocar na mesma linha cabeça, olho, coração - e dedos.

E assim deu-se o início da produção desta dissertação: Recortando a literatura científica e observando como esse recorte ficava ao escrevê-lo. Lendo e escolhendo conceitos, e notando como estes ficavam ao serem alinhados ao que via em entrevistas e reuniões.

A cartografia me permitiu assumir a minha não-neutralidade e como dito por Francisco e Souza, 2016, “processos de coprodução mútua e simultânea” entre pesquisador, pesquisado e objeto. Efetivamente, caminhando junto com meu leitor; com aqueles com quem conversava e observava; com a história que descobria; e com os conceitos que aprendia, cartografando a participação popular no CPS de Diadema.

Dos dados produzidos, é de nota que as entrevistas, assim como as reuniões do Conselho, pela duração deste trabalho, deram-se de maneira online. O isolamento social promovido pela pandemia de SARS-COV-2 fez com que as pessoas adaptassem-se ao online como espaço de convivência e a realidade do CPS e seus conselheiros não foi exceção.

Entrevistas feitas em pequenas janelinhas que mostravam cortinas brancas de detalhes vermelhos, cozinhas de armários preto-e-brancos com potes bonitos e vermelhos, esquadrias de metal de quartos de dormir foram comuns, assim como reuniões com a presença dos mais diversos telhados, paredes coloridas e quintais.

Panelas no fogo, máquinas de costura a todo vapor, crianças e cachorros correndo, gritos de “Filha! Pega meu óculos!”, sons de ônibus chegando em seus pontos finais, e tantos outros sons, cores, formatos e ambientes temperaram essa salada de brasilidades que ocorreram durante este trabalho, trazendo ao mesmo tempo uma familiaridade de quem visita a casa de algum vizinho quanto a distância daqueles que chegam pela primeira vez em um lugar novo.

Acenos de “olá”, desejos de “boa tarde!”, filhos e netos aparecendo às vezes ao fundo, às vezes como protagonistas destas mondrianas caixinhas de recortes variados foram comuns durante todo o trabalho, mostrando que as relações não se fazem pelo respirar do mesmo ar, mas pelo interesse - mútuo e sincero - entre aqueles que se relacionam - sejam eles os conselheiros entre si, sejam estes comigo.

Essa paleta vasta de cores, contrastes, luzes e sombras, repleta de sorrisos, olhares, rugas, batons, fogões, telhados, cachorros, crianças e adultos, tornou o espaço banal presente nessas pequenas janelinhas, mais do que eu poderia esperar numa pesquisa que deu-se, de maneira objetiva, praticamente toda no meu próprio quarto e foi um dos elementos que mais marcadamente trouxe intimidade e proximidade entre aqueles que se relacionavam, entre as diversas pessoas que emprestaram sua subjetividade para a composição desta obra:

O Google Meets em si é um evento. Esse espaço que não existe que faz a união de casas, ruas, espaços de trabalho, como uma Teoria dos Conjuntos humana. A intersecção entre a minha casa e os espaços onde os conselheiros estarão é demonstrada por esse aplicativo. Brinco com a ideia e imagino que poderia até ser representado matematicamente. Penso piadas bobas sobre isso, seria mais um jeito de postergar minha entrada na reunião? Não sei, e não me prendo nesse pensamento. Matemáticas à parte, é sempre algo fantástico ter a possibilidade de ver janelinhas que mostram os ambientes dos conselheiros. (Diário de Campo - “Reunião de 10 de Abril de 2021”)

Enfim, este trabalho que começou árduo e pesado, fazendo-me sentir como Obelix à carregar seu menir, tornou-se mais leve e proveitoso, assim que passei a conhecer melhor essas pessoas em suas janelinhas. Convido agora meu leitor a conhecê-las também.

## 6.2 “PRA A GENTE FALAR DA LUTA, A GENTE PRECISA FALAR DA GENTE”

As entrevistas foram dimensionadas, originalmente, para “acessar o itinerário que levou o conselheiro a participar do Conselho, seu entendimento de representatividade e suas condições percebidas para tal, além de contribuir para o mapeamento da estrutura e do funcionamento do Conselho”, como já dito na apresentação do método e dos produtos deste trabalho. Numa ingenuidade deste pesquisador, essas entrevistas não tinham como objetivo declarado *conhecer* estes indivíduos entrevistados, introduzi-los. Mas estes indivíduos falaram usando o que tinham de recursos: suas vidas e histórias. Falaram sobre o que sentiam e pensavam sobre o que lhes era perguntado.

Dunker (2011) ao realizar sua arqueologia das práticas clínicas psicanalíticas nos apresentou os diversos momentos da história quando foi percebido que o sujeito, ao falar de coisas, inevitavelmente fala de si, e devo admitir que mesmo com minha formação em

psicanálise, foi apenas ao ser apontado pela própria Entrevistada 4 na singela frase que dá nome a este tópico que percebi que nestas entrevistas, cada entrevistado, de um jeito ou de outro, falou de si. E ao falar de si, falou de sua luta, de seus processos de vida, e vice-versa.

Agora, com o material das entrevistas em mãos, convido o leitor a visitá-lo, numa “escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso” (DUNKER, 2011, p. 439) de modo a trazer para o centro de nossas atenções o indivíduo que fala, e, assim, conhecermos nossos interlocutores e sua luta.

Pode parecer estranho o que proponho, mas como Dunker mesmo explica, temos:

A ideia de uma escuta ativa e espontânea, assim como uma leitura não visual, pode parecer estranha. Para clarificá-la, poderíamos fazer uma comparação com a audição musical. Quando ouvimos uma sinfonia, isso nos desperta uma série de impressões, imagens e juízos; no entanto, alcançar a complexidade da polifonia dos instrumentos, apreciar a sucessão das notas e a simultaneidade dos acordes, ponderar o valor dos ritmos e dos contrastes melódicos parece exigir uma espécie de técnica. Todavia, o termo técnica soa um tanto impreciso neste contexto, pois a habilidade em questão depende também de uma exposição ao gênero musical abordado, da atenção a certas diferenças significativas, da apreciação comparativa no sentido histórico ou cultural de uma determinada peça e, principalmente, da consciência de um sistema de notação que permite interpretar os acordes. Isso ocorre de forma homóloga na escuta clínica. (DUNKER, 2011, p. 440)

Nestas próximas páginas, portanto, não peço ao meu leitor uma precisa escuta clínica, mas peço apenas que se dê a liberdade de escutar a música no discurso destes entrevistados, familiarizar-se com seus acordes e sons, e através dessa música, entender que cada uma destas conta uma história, uma história sobre si e sobre o lugar, e mais do que isso, sobre os sentidos que cada falante construiu, sobre a psicofera onde habitam, mesmo quando não falam diretamente sobre si.

Nessa construção de sentidos, os falantes apresentam suas Cadeias de Significantes, tecidas usando seus significantes conscientes e inconscientes, gerando significados e expressando conteúdos inclusive inconscientes àquele que fala (LACAN, 1998). A música que nos apresentam, portanto, é mais complexa e cacofônica do que se imaginaria inicialmente, mostrando-se com temas que se imbricam e se completam.

“Ah, mas 20 anos de conselho, não enjoou, não adianta, não tem resolatividade?”. Tem sim, Rodrigo. Quando uma pessoa se compromete a fazer algo que gosta, a coisa anda. Mas tem que ter compromisso, tá? Tem que ter o compromisso e a responsabilidade”, disse a Entrevistada 1, em um dos trechos iniciais da primeira entrevista.

Essa frase deixa claro que são nas pequenas respostas que nossos entrevistados se mostram. Aparentemente, fala sobre a resolutividade do conselho. Mas numa escuta mais atenta, percebemos nos conta o que pensa sobre si: Dá valor ao que chama de compromisso e responsabilidade, e atribui a si própria esses valores.

Portanto, são com essas pequenas frases que vamos conhecer essas pessoas. Como pequenos passos numa mata densa, iremos abrindo caminho enquanto conhecemos - e reconhecemos - a floresta de significados que estamos adentrando.

Como já dito, a responsabilidade aparece nos discursos como valor para os conselheiros, pela importância de uma representação que não pode ficar vazia e nem esquivar-se do seu peso perante a participação. Ser conselheiro traz consigo a marca de falar por si e pelos outros, e não pode ser levado levemente:

E, no decorrer do tempo, esses dois membros de cada unidade começaram a esvaziar, um membro ganhava, mas não continuava, ficava um único conselheiro e uma unidade nas costas de um conselheiro era muita responsabilidade. E, em reunião, nós decidimos aumentar mais dois membros. Pra ter a garantia. Se um ou dois desistissem, a gente ainda podia contar com mais dois.(Entrevistada 2)

Nós começamos a discutir e eu e ele, a gente... tinha conflito bravo, porque eu falava uma coisa e ele outra. "Não, o conselho tem que ter punição pra ele poder andar direito, pra ele ter responsabilidade no seu perfil do que ele assume com a população". Lendo o regimento, eu tirei algumas cláusulas que criou três punições. (Entrevistada 2)

Em outros trechos vemos outros valores importantes:

Eu me sinto até muito mais com lucro fazendo sem ganhar, porque eu sei que tenho aquele compromisso e vou fazer por amor ao próximo. Isso que é o bacana, você fazer um trabalho por amor. E não por obrigação. (...)O Conselho Popular de Saúde não. Ele trabalha por amor mesmo ao próximo. Ele se doa, aquele pouco tempo das demandas, por amor ao próximo.(Entrevistada 1)

Um trabalho que eu faço por amor, gosto, sempre gostei de trabalhar nessa área da saúde e to no conselho já há praticamente 30 anos, tirando esses seis anos aí, mas indiretamente sempre participante. (Entrevistada 2)

Aqui vemos um significante importante para ambas as entrevistadas: Amor. A portaria 2761 de novembro de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde nos traz um boa definição para entendermos do que se fala, quando define amorosidade em seu artigo 3º:

§2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (BRASIL, 2013)

Embora nem sempre falando em “amor”, especificamente, as trocas emocionais e a sensibilidade, são valores onipresentes para os conselheiros, estando presentes em suas ações e posicionamentos:

Eu via muita coisa irregular, em votação, troca de interesses, coisas que eu não... ficava muito triste, coisa que me deixava triste (...). Aí, as coisas foram acontecendo e eu fui vendo que o conselho popular tava tomando um rumo que... tava se acabando, sabe? Cada um procurava o seu, em época eleitoral (...). Teve momento que eu fiquei na mesa como segunda tesoureira, e só para segurar o Conselho Popular de Saúde. (Entrevistada 3)

A atuação como conselheiro vai além de um papel burocrático ou administrativo do Estado: é uma doação de si. É a entrega para a coletividade do seu próprio ser subjetivo, suas crenças, suas vivências e seus sentimentos. Doar-se a si próprio.

Constitui um processo de importar-se com seu semelhante, preocupar-se com o bem-estar destes, entendendo que o sofrimento daqueles que representa é o seu próprio, expressão concreta da fala de Milton Santos (2003a): “pertencer àquilo que nos pertence”. O conselheiro percebe a sua importância como uma maneira de defender interesses que não são seus, mas de toda uma comunidade (SOUZA et al, 2012):

Tem psicólogo que nos encaminha pacientes para fazer esses artesanatos para servir de terapia, para que eles possam ir saindo aos poucos da depressão. Também é algo que é um trabalho de conselho também (...) porque nós somos representantes dele, não somos? Então, nós temos que fazer o melhor para eles. (Entrevistada 1)

Bom, nós criamos essa comissão de saúde porque era o nosso calo que estava doendo. Era a nossa saúde que estava sendo invadida, os equipamentos saqueados e a nossa saúde fica a desejar. Então, nós lutamos por esse objetivo. (Entrevistada 2)

Como eu fui dispensada do trabalho, eu estava procurando e a minha mãe achou que seria remunerado, ela falou "Arrumei um emprego pra você". (...) Eu toda contente achando que eu ia ser contratada, era um trabalho voluntário, sem vínculo direto com a prefeitura, você tirava do seu tempo para se dedicar. E eu gostei. (Entrevistada 2)

Aqui notamos a ideia desenvolvida por Milton Santos (1996) de uma solidariedade que não tem conotação moral, mas sim um “acontecer solidário”, ações tomadas pela interdependência das pessoas. Como diz Santos: “Aqui, a solidariedade independe da contiguidade. É a diferença entre proximidade espacial e proximidade organizacional. (...) No primeiro caso, criam-se o que chamamos de horizontalidades e, no segundo caso, o que chamamos de verticalidades. Esses são os novos recortes territoriais, na era da globalização” (SANTOS, 1996, p. 110)

Essa posição solidária ocupada pelo conselheiro no âmbito do território o coloca numa posição única, que aquele reconhece como positiva e o impulsiona a continuar. O papel que cumpre nessa rede traz utilidade e satisfação:

Aí, nos procura. ou vem na nossa residência, muitas vezes no portão (...) E quando não alguns pede número de celular. (...) Eles ligam para falar de demanda. Isso é muito, muito, muito gratificante. (Entrevistada 1)

Eu ajudei um senhor que teve um AVC, ficou dois meses na UTI, a gente ajudou com tudo, cadeiras de rodas, de banho, um monte de coisa, infelizmente ele faleceu. E a família vieram me trazer as coisas a mais que ele tinha ganhado, lembrou da minha ajuda e trouxe pra mim. (...). E eu gosto de fazer esse trabalho. (Entrevistada 2)

O conselheiro, portanto, tem como valores que lhe são caros essa busca que não é só para si, mas para todos: a de alcançar o direito fundamental à saúde. Agem, no que entendem, ser de interesse para a sociedade, que inclui a si próprio e seus pares cidadãos.

Buscam, como encontrado na literatura (CREVELIM e PEDUZZI, 2005), melhores condições de vida, a possibilidade de ter um futuro melhor:

Tentei na área de educação, quase consegui, mas como técnica, né? É luta, né? Se não lutar, você não consegue, pelo menos eu tenho moradia, né? É ruim quando não tem nada, né? Você não luta por nada, tem que lutar por alguma coisa, né, Rodrigo? Pelo menos, pela moradia. Pelos meus 50 e poucos anos, eu tenho moradia. Aí, eu me casei, né, com um baiano, e é vida que segue. Agora, eu vou voltar e tudo certo, quem sabe eu ainda consigo achar o meu caminho. Mudei de religião, e assim vai, né? Agora, eu sou budista. (Entrevistada 3)

Os conselheiros são diversos, em suas histórias e lutas. Mas essa diversidade não nega a sua unidade, por representarem de maneira homogênea a manifestação reivindicatória pedida pelo território que representam. Mostram-se, coletivamente, como o desejo de cidadania de um lugar, que não pode ser esquecido enquanto meu leitor segue por esta cartografia.

Nas diferentes redes de que participam, são mobilizados conforme a necessidade deste mesmo território usado, ficando maleável aos usos e funcionalidades que são requisitados por aqueles a quem representam em sua busca solidária por cidadania.

Ao observarmos os conselheiros, portanto, podemos ter um olhar que vai além do indivíduo e alcança a totalidade à qual pertencem, por serem ecos dos “sistemas de objetos (fixos e configurações espaciais) e sistemas de ações (fluxos e dinâmicas sociais)” (QUEIROZ, 2014, P.154):

Porque eu vou para rua e eu ponho a bandeira, eu fico na rua com a bandeira, então, eu sou assim, fazer o quê, né? Fico na rua com a bandeira, o marido

fica bravo! Eu grito da janela "Fora, Bolsonaro!". O pessoal briga quando eu falo "Fora, Bolsonaro", que alguém defende do outro lado, que eu moro, assim, perto de prédio, né? São 1500 famílias. Quando alguém acha ruim... nem grito "Lula", só falo "Fora, Bolsonaro", aí até as próprias famílias defendem "Seu filho da puta! Esse Bolsonaro... você é igual ele!". É muito engraçado, eu vou para rua com a bandeira. Todo mundo sabe disso. Só que quando eu to aqui no meu prédio, eu sou a síndica, eu to fazendo o meu trabalho de voluntário síndico do meu prédio, eu sou a síndica. Quando eu to lá fora com a bandeira, eu sou outra pessoa. (...) eu acho que o Conselho Popular de Saúde pode ser assim, né, mas separar as coisas. Uma hora está lá, quanto está lá é lá, quando está na UBS é na UBS, e as pessoas fiscalizam dessa forma. (Entrevistada 3)

Como todo eco, trata-se de uma relação. No caso do eco vulgar, que escutamos ao falar numa caverna há uma relação entre quem explora a caverna, e a esta em si, numa complexidade de elementos que quando todos ali presentes, formam a entidade que tanto fascina, o eco. Nossos conselheiros também são fruto de relações que devem ser entendidas e pormenorizadas.

### 6.3 RELACIONAMENTO COM AS COMUNIDADES E MORADORES

Temos entendido um pouco sobre quem são esses conselheiros, seus valores e suas vivências, comecemos agora a olhar para a sua relação com a comunidade e os moradores. Para esse início, observemos a maneira como nossos entrevistados chegaram ao conselho:

Na verdade, eu trabalhava em uma empresa, e chegou uma colega que já era conselheira (...) chegou para mim e falou "Você não gostaria de participar? Você parece que tem perfil". (...) Marquei um horário, elas foram me explicar, e foi aonde veio a vontade de somar junto com elas, de ajudar, de trabalhar. Fazer esse trabalho juntos. (Entrevistada 1)

Eu estava cadastrada, esperando a moradia (...) Quando a menina falou para mim: "Entrevistada 3, tá precisando de candidatos na UBS Conceição, você vai cuidar da UBS do seu bairro, pra funcionar melhor, pra você dar sugestão, participar da reunião uma vez por mês". (...) E aí você vai entrando no movimento, e vai ficando, as pessoas automaticamente vão te colocando. (Entrevistada 3)

Na verdade, eu fui indicado. Na época, eu estava recém-chegado aqui em SP (...) eu sempre fui participativo.(...) Vim morar em SP, e estava procurando alguma coisa para participar, para não se perder aquilo que eu aprendi muito na minha cidade (...) alguém me chamou, "você não quer fazer parte?". (...) Era um processo eletivo, eu aceitei (...) e de lá para cá não parei mais, continuei sempre no conselho, dando a minha contribuição, aprendendo, querendo saber o que é e tive em várias conferências de saúde, inclusive estadual, municipal, nacional... (Entrevistado 4)

Estas histórias aparentemente diferentes entre si demonstram uma unidade: Todos chegaram ao conselho pelos seus contextos, pelas suas próprias posições no sistema. Viam

um mundo que necessitava de melhorias e esse mesmo mundo os via como elementos de mudança. Empresto as palavras de Milton Santos para tentarmos entender esse fenômeno:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. (SANTOS, 2003a, p. 96)

Suas eleições não são produto de uma aleatoriedade, mas de seus territórios. E como tal, materializam o que o território pensa sobre aqueles a quem escolhe para representá-lo, são as expressões das relações identitárias apontadas por Santos (2007) e Albinati (2010), o território vê-se e expressa-se pelos seus conselheiros.

O território é, portanto, num mesmo tempo base, influência e identidade. E aponta, dentro de si próprio, aqueles mais capazes de levarem essa identidade - com toda a sua pluralidade - para o mundo. O apontamento desses indivíduos pelo próprio território como candidatos à sua representação é, portanto, fruto da relação destes indivíduos com o próprio território e com o lugar.

Ora, se Milton Santos nos traz o lugar como “a dimensão espacial do cotidiano” (1996, p.217), estudar este ponto nos leva indiretamente àquele. O conselheiro, embora eleito, mantém-se como ponte entre população e serviços de saúde, e isso gera efeitos em seu cotidiano e nos desses mesmos serviços por modificar seus usos e funcionalidades (SANTOS, 1996) nos permitindo olhar para o lugar - para seu espaço banal e suas redes.

A ideia de redes - o sistema dimensionado por alguns e para alguns (SANTOS, 2005) - fica presente nessa dinâmica onde aqueles que elegeram os conselheiros os buscam, para pedirem resoluções de problemas: vagas em serviços de saúde, apoio ao seus tratamentos. Entender essa rede é entender a leitura do lugar sobre a democracia envolvida no Controle Social:

Muitas vezes, ele vai buscar o serviço e não tem. Então, quando não tem, muitas vezes não tem resposta também. E a ligação se dá como? Se eu sou representante, eu vou buscar essa resposta e vou chegar até eles (...). Essa ligação nossa é importante no sentido de fazer essa busca para os usuários, nesse sentido. (...) Até porque quem me pôs lá como conselheiro foi a população, eu não vou lá por minha vontade apenas. (Entrevistado 4)

Se é meus vizinhos, pergunta aqui para mim. Qualquer coisa errada que tem na unidade é "Ô, 'Entrevistada 3', tá acontecendo isso, isso e isso lá, isso é certo? (...) Quando é na unidade, que eu escuto alguma coisa, eu falo para eles na hora: "me relata". Relata (...) para eu fazer o meu serviço de conselheira, você precisa me ajudar a fiscalizar também. (Entrevistada 3)

A minha função como conselheira é mostrar o caminho. Quando a pessoa não tem instrução nenhuma, antes da pandemia, eu levava a pessoa até a unidade, falava "Olha, eu vou te acompanhar, você vai falar tudo o que você tem, o que aconteceu, como foi o seu atendimento anterior, tudo o que tá acontecendo com você, você vai falar e eu vou ficar atrás".(Entrevistada 3)

A rede a qual o conselheiro compõe é gerada pela necessidade de uma população que, como já apontado em Valla, 1998, encontra-se fora do foco de interesse do Capital, tendo que organizar-se para reivindicar ao Estado os serviços públicos tidos como direito. Nesse aspecto, é em concordância com Gohn (2019) que vemos a Participação Popular intimamente relacionada à temática da cidadania:

A participação objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social, sem injustiças, exclusões, desigualdades, discriminações, etc. (GOHN, 2019, p. 67)

Num outro aspecto, vemos que as entrevistas foram recheadas com as dinâmicas diárias dos conselheiros, de seu cotidiano, de sua ação diária sobre o lugar, sobre o seu uso do espaço banal e sobre como esse espaço banal lhe afeta e de como ele o usa. Entender esse aspecto é entender mais sobre a sua relação com o que os cercam:

Através do entendimento desse conteúdo geográfico do cotidiano poderemos, talvez, contribuir para o necessário entendimento (e, talvez, teorização) dessa relação entre espaço e movimentos sociais, enxergando na materialidade, esse componente imprescindível do espaço geográfico, que é, ao mesmo tempo, uma condição para a ação; uma estrutura de controle, um limite à ação; um convite à ação. Nada fazemos hoje que não seja a partir dos objetos que nos cercam. (SANTOS, 1996)

Em suas falas trazem a totalidade que os envolve e os inclui. A penetrância das buscas dos usuários em seu dia a dia, o conflito de tempo - e até de dinheiro - entre o que é possível e o que é desejável ofertar para aqueles que os buscam. Tudo isso representa as horizontalidades de ser quem são, mas também as verticalidades de um sistema de produção:

A gente tem certas limitações, né? Porque a gente precisa sobreviver, tem os nossos afazeres, eu tenho, ultimamente eu sou autônomo, (...) mas as pessoas procuram muito a gente. Eu não deixo, eu não sei dizer não, eu tenho que ter uma resposta, eu vou na unidade, na secretaria, se possível, vou até o secretário, e se não resolver, leva pro conselho, pro pleno, e o pleno leva até o prefeito. (Entrevistado 4)

Porque conselheiro não tem dia pra se representar, ele todo o dia é conselheiro, né? (Entrevistada 2)

A sua atuação junto a essa mesma comunidade também apresenta-se num espectro:

Mas também procurar se cuidar em casa também, Rodrigo. Com alimentação, eu falo muito sobre alimentação. (Entrevistada 1)

Que nem hoje nós temos o Hospital Serraria, que é estadual aqui no município, isso aqui foi uma conquista nossa. (Entrevistada 2)

Eu fico triste quando nós (...) conselheiros, não conseguimos, hoje, resolver, uma consulta médica que, talvez, tenha que ir pra fora. (...). Tá, pra onde? Pro Ame de Barradas, pro Ame de Santo André, para o Heliópolis. Pra longe. E as condições de um paciente ir daqui pra lá. Isso me deixa muito triste. (Entrevistada 1)

Em uma das extremidades vemos a atuação assistencial, expressa na assistência direta: orientações sobre saúde, busca de novos aparelhos e equipamentos de saúde e na facilitação de acesso à serviços de saúde. É a “participação como assistencialismo” já vista na literatura (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Na outra ponta, vemos outra forma de se relacionar com a população:

Eu acompanho, mostro o caminho e a pessoa se liberta, sabe como fazer, como ir atrás. Eu trabalho dessa forma. (Entrevistada 3)

Acolher as pessoas que usam o SUS, independente de quem seja. Seja aquele (...) que vai lá só para tomar vacina, (...) que falam que tem convênio, que paga particular, que não quer o SUS, mas vai na UBS tomar vacina. Então, essas pessoas também têm que ter um acolhimento, para ela entender como é que é o SUS... (Entrevistada 3)

E muitas vezes a própria gestão local das UBS, muitas vezes, não têm a resposta. Aí, a gente vai para central (prefeitura). Eles não podem questionar muito, a gente vai lá e questiona. O que está acontecendo? (Entrevistado 4)

Esse aspecto relaciona-se com o empoderamento da população, na capacitação dessa população para usufruir e questionar o direito à saúde, como também visto na literatura (MARTINS et al, 2008).

Esse espectro que aparentemente mostra-se antagônico entre o assistencialismo e o empoderamento. Na realidade, mostra-se, mais uma vez, como a expressão de uma totalidade (SANTOS, 1996), por serem os conselheiros cidadãos, que como Santos afirma trazem consigo características que obtiveram e/ou expressam por habitarem um determinado lugar (SANTOS, 2007).

Este lugar, por sua vez, sofre as influências de ser periférico (NAKANO; KOGA, 2013), marginal à cadeia produtiva do capital (VALLA, 1998). Para entender isso, relembremos as palavras de Milton Santos: “Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais (SANTOS, 2007, p. 151).

Os conselheiros, em sua relação com a comunidade, sofrem pressões verticais, atuam e recebem atuação do lugar e do território usado e são envoltos por uma psicofera comum.

Como indivíduos, apresentam suas características e entendimentos próprios, mas como eleitos, representam as visões e necessidades de uma comunidade em um território usado numa totalidade que o envolve e da qual faz parte.

#### 6.4 A LUTA POSSÍVEL

O fato do próprio conselheiro ser usuário dos serviços nos quais atua faz com que sua visão sobre estes seja de intimidade e de notoriedade, como apontado por Brevelheri, Narciso e Pastor (2014). Embora pertencentes à rede mobilizada pelos próprios usuários, os conselheiros penetram os serviços como usuários e, na relação com a gestão, são trabalhadores do território, vivenciam mais do que a rede de saúde.

Por sua vez, o usuário, ao acessar o conselheiro, desencadeia seu papel fiscalizatório, anotado por Crevelim e Peduzzi (2005), olhando para a máquina pública de dentro e buscando soluções, motivado pelas observações e vivências daqueles a quem representa.

Como nos aponta a literatura: “mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todo o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns” (SANTOS, 2005, p.256), os conselheiros estão, portanto, numa posição que lhes permite um olhar que ao mesmo tempo é único - por pertencer a eles tão somente - e universal - por terem uma penetrância fora do ordinário em todo o espaço banal:

Eu tenho uma mãe idosa, então, eu tenho que ir mais vezes, não como conselheira, mas como usuária. Mas se for necessário, na visita de procura de assunto da minha mãe, eu estiver precisando, eu vou como conselheira também. Porque conselheiro não tem dia pra se representar, ele todo o dia é conselheiro, né? (Entrevistada 2)

Eu tive um AVC, se eu não me cuidasse, eu estaria onde? Estaria aqui? Não, eu não posso esperar só do profissional, eu tenho que ajudar o profissional a cuidar de mim, eu tenho que ajudar a enfermagem a cuidar de mim. Se eu não ajudar, ele fica só na mão do médico, e ainda sai e fala assim: esse médico não está sabendo o que faz. É claro, sabe por quê? Porque eu não me cuido. (Entrevistada 1)

O SUS, não é tão ruim assim, só não tem muita vaga. Não é uma sala, você não fica numa sala... Hoje, eu fui no hospital. Levei uma queda no trabalho e fui no HM, lá no Hospital Piraporinha, o famoso hospital que as pessoas chamam ele de "Hospital Açougueiro". E eu falei "Eu não entendo isso!". O povo fala isso e eu falo "Gente! Por que você vê esse hospital como açougueiro?" Porque eu não vejo, minha família não vê. (Entrevistada 3)

Como expressões do espaço banal, os conselheiros populares de saúde da cidade de Diadema penetram não só nos aparelhos que os elegeram, em seus próprios bairros, mas em todo o município. E pelas suas vivências viscerais do território usado ao qual pertencem, extrapolam seu conhecimento para além da setorialidade da Saúde, tendo uma relação transetorial com a coisa pública, fazendo uma ponte que, como apontado por Crevelim e Peduzzi (2005), atua em “somar esforços nos mecanismos de reivindicação”:

Porque existe uma ouvidoria, e tudo leva para a Secretaria de Saúde. Se a Secretaria de Saúde tem N demandas para resolver, e o conselho consegue ir na direção dessa demanda e resolver (...). E com isso a gente vai conhecendo os equipamentos. Tipo, o Hospital, o PS Central... e a gente vai interagindo. (Entrevistada 1)

Conta que nos prédios que morou pelo movimento de luta por moradia, observava que seus pares conheciam e vivenciavam esses aparelhos, esses setores. A Entrevistada 3 exemplifica indiretamente o território usado de Milton Santos. Uma população que usa os serviços do território, participa e vivencia os aparelhos públicos e privados, experimenta em seu cotidiano as consequências e desdobramentos das ações do Estado e do Capital sobre o território, e por utilizar-se, por vivenciar o cotidiano do território usado, sente a legitimidade e a capacidade de interferir em sua gestão. (Diário de Campo - “Narrativa - Entrevista 3”)

Porque, aí, se ele falar o contrário... e, normalmente, são pessoas que moram no meu prédio, que eu sei da vida de todo mundo! E o pior, eu sou síndica do prédio! Não tem como na UBS mentir. Eu tô envolvida na moradia, sou síndica do meu prédio e da unidade básica! Quando eu vou para a UBS, eu já vou armada com a diretora! Não adianta você dizer que não, porque é. Eu sei quem mora no meu prédio. E, aí, eu mostro sempre o caminho. (Entrevistada 3)

Essa visão e relação transetorial impacta inclusive no entendimento de saúde dos conselheiros, mostrando compreensões que vão além da ausência de doença:

Eu entendo, Rodrigo, que é esses três: educação, alimentação,, principalmente alimentação, e saúde. Não adianta buscar saúde se você não comeu durante o dia. Isso é fato. (Entrevistada 3)

Eu não posso pensar na saúde só no setor... só na doença, tanto é que eu me preocupo muito com os cuidados da saúde. Eu não posso ver a saúde só na hora da doença. Saúde é o quê, doente? Não. Saúde é você ter disposição, ser uma pessoa feliz, alegre, isso é saúde para mim. Ser uma pessoa se sentindo bem, estar bem com você, com a sua família, com a sociedade, eu entendo a saúde mais ou menos por aí. (Entrevistado 4)

Num olhar superficial, o paradigma social da saúde, o “perfeito bem-estar físico, mental e social”, apontado pela Organização Mundial de Saúde na década de 1940 (SEGRE e FERRAZ, 1997) aparenta ser preponderante no imaginário e no entendimento de saúde dos

conselheiros. No entanto, uma observação mais pormenorizada nos mostra outras visões de saúde:

Eu penso que... as pessoas falam assim: "Ah, mas, olha, hoje eu só tô com pressão alta". Olha isso que eu já ouvi! "Eu só estou com pressão alta". Tá, e a pressão alta corre um risco de quê? De um AVC, de um infarto...(...) O conselho alerta muito esses pacientes em relação a isso. Na rotina, sempre procurar passar em consulta, né, sempre verificar, tomar medicação certinha... (Entrevistada 1)

A presença de um paradigma curativista ou biomédico, como descrito por Santos e Westphal (1999) também faz-se presente, demonstrando uma convivência de entendimentos. Essa pluralidade apresenta-se, na prática, nas diferentes visões sobre o papel do CPS, e pelo curativismo incorpora o assistencialismo como área de atuação do conselho.

Este, por sua vez, apresenta-se na nossa cartografia e na literatura (CREVELIM; PEDUZZI, 2005), por demonstrar a preocupação dos conselheiros na obtenção de melhorias em aparelhos públicos de saúde, ou garantia de consultas médicas e se apresenta nos discursos através da discussão a atenção sobre agendamento de consultas, conquista de tecnologia dura em saúde e construção de novos hospitais:

E, aí, esse aparelho veio, graças a Deus, e graças ao conselho. Na época eu era presidente desse conselho, nesse mandato do pedido da ressonância. E o que nós temos até hoje de ressonância no município é através do Conselho Popular de Saúde. (Entrevistada 1)

Hoje nós temos o Hospital Serraria, que é estadual aqui no município, isso aqui foi uma conquista nossa, um trabalho muito bonito, foi árduo demais, mas foi muito bonito, e uma conquista real, que a gente tem ele aí trabalhando a todo vapor né? (Entrevistada 2)

Vale notar, no entanto, que o assistencial presente nas falas dos conselheiros não encontra guarida num projeto de implantação comum entre conselho e prefeitura, o que já era apontado pela literatura (CRUZ, 2017; CREVELIM; PEDUZZI, 2005). As ações pleiteadas pelos conselheiros diferem das elaboradas pelo município, por estas serem descoladas da vivência do território. São vistas como obstáculos: como oposição ao usuário, ao acesso à saúde por parte do usuário:

Outros exemplos se seguem, por outros conselheiros, relatando falhas de fluxos, faltas de profissionais, carências de insumos, restrição dos serviços à atendimentos ao COVID-19, entre outros, com particular atenção ao modelo instituído nas unidades de "acolhimento", onde pacientes não sentem-se acolhidos, mas sim obstaculados à chegar na assistência que entendem precisar. (Diário de Campo - "Reunião de 29 de maio de 2021")

Apontam-se desencontros entre as expectativas dos conselheiros sobre os serviços de saúde e a capacidade da prefeitura em ofertar esses mesmos

serviços (...)O exemplo mais simbólico é o de mulheres que gostariam de serem consultas por ginecologistas mas “precisam contar tudo pra enfermeira antes”, sendo respondido pela explicação da necessidade do acolhimento nas unidades como ferramenta de racionamento de recursos. O acolhimento é reduzido, na fala da prefeitura, a uma forma de fazer mais com menos e novamente, a falta de recursos é apontada como grande culpado pelas dificuldades percebidas pelos conselheiros e pouco - ou nada - discute-se sobre concepções de saúde e assistência, sobre redes de cuidado ou cuidado transdisciplinar. (Diário de Campo - “Reunião de 29 de maio de 2021”)

A dinâmica meramente assistencial parece ser viciosamente estimulada, embora não fique claro se há intencionalidade ou não. Este círculo vicioso fica apresentado quando há participação da gestão da prefeitura nas reuniões do conselho.

O que se observa é uma tendência da prefeitura em buscar resolver os apontamentos no caso-a-caso, sem discutir as políticas públicas envolvidas ou o projeto assistencial em si. O conselheiro atua como um emissário das demandas assistenciais da população, tendo pouca entrada nas formulações da gestão municipal:

Contam-se também sobre demandas de usuários das unidades às quais cada conselheiro representa. Na óptica dos conselheiros faltam médicos, faltam consultas, remédios deveriam ser diferentes, formas de agendamento de consulta também. Contam as dificuldades de pacientes específicos, recebendo como resposta quase sempre alguma providência pontual que a secretaria de saúde se compromete a tomar. (Diário de Campo - “Reunião de 10 de Abril”)

As falas, questionamentos e observações demonstram a presença da comunidade na reunião, através da grande capacidade dos conselheiros de (...) observarem problemas sistêmicos de alta complexidade e de impacto na gestão pública, como fluxos de agendamento de exames e consultas pelos pacientes, segurança e limpeza nas unidades, oferta de serviços e até projeto assistencial.

A gestora responde o primeiro bloco de perguntas. Curiosamente, não responde com vistas à complexidade da pergunta inicial, mas ofertando que demandas individuais sejam estudadas individualmente pelos seus riscos ao paciente em cada questão. (Diário de Campo - “Reunião de 29 de maio de 2021”)

Ele (o conselheiro) é um colaborador (para a população ter acesso à saúde). Porque, por exemplo, vamos imaginar que ele não existisse na cidade. Você concorda que cada um estava nas suas casas sem saber com quem falar? Então, a parte que assegura, mesmo com necessidade, a comunidade um pouco mais de tranquilidade, é que ele sabe que tem um representante dele lá de olho. Entendeu? (Entrevistada 2)

Nota-se, portanto que há uma busca ativa de um papel assistencial por parte do conselho, e uma pouca penetrância na formulação de políticas públicas, mas é perceptível também que o Conselho busca inclusive essa maior entrada na gestão de direitos, sendo este

um outro parâmetro de vitórias e derrotas, existente de maneira concomitante dentro do conselho:

Eu vou começar pelo negativo. Nas mudanças de governo, nós tivemos uma gestão de 2012 a 2016 que foi desastrosa. Dependendo do governo, ele não quer saber de conselho, não quer saber de participação. (Entrevistado 4)

E o lado positivo, no meu ponto de vista, na participação do conselho, ele tem tido muita aproximação, das gestões passadas aqui, e nós conseguimos avançar no sentido de brigar por aquilo que é de direito da gente. Está saindo uma UBS nova, o conselho teve uma participação extremamente importante (...) Há pouco tempo, começou uma onda de roubos aqui nas UBS (...) Que negócio é esse? Vocês têm que colocar seguranças nas escolas, não dá para conviver, chega lá, leva os equipamentos e quem é prejudicado é a população. O conselho teve essa ação. (Entrevistado 4)

A busca do conselho em participar das gestões de Saúde do município de Diadema representa, como já visto na literatura, a tentativa de ação participativa da população no processo decisório sobre políticas públicas, buscando o contraponto social das pressões políticas e econômicas, como visto na literatura como o papel natural do Controle Social (CARVALHO, 2008; DI PIETRO, 1993; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Esses entendimentos de um conselho que tem papel assistencial e que disputa políticas públicas, inclusive transeitoriais, parece representar o conflito latente quando as pressões sociais são institucionalizadas pelo controle social (NEVES, 2007; RAMIRES, 2018) mas não só isso.

Por ser o conselho entidade representativa de um território, ou seja, “o chão e mais a população, isto é uma identidade” (SANTOS, 2003a, p. 96) é notório que as posturas representam, na verdade, uma totalidade. E por ser uma totalidade, como nos lembra Milton Santos (1996), é mais do que a soma das suas partes.

Trata-se de uma população que, como dito por Avritzer, 2012, busca a democratização das políticas públicas e formas de controle público sobre o Estado e também busca, sem contradição, um maior investimento na periferia em ações assistenciais, negligenciada pelo interesse do capital - como apontado por Valla (1998) - inclusive vivenciando a falha do reconhecimento de inovação social e de implantação de políticas públicas *bottom-up* (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Santos afirma: “O cidadão é o indivíduo num lugar” (SANTOS, 2007, p.151). Esses cidadãos, conselheiros, expressam e atuam, portanto, sobre as verticalidades e horizontalidades que este lugar sofre. Demonstrações verticais das consequências de um

capital que pouco investe na periferia, e que guia o Estado em políticas públicas excludentes mas também apresentam demandas horizontais de um território carente de serviços e aparelhos públicos, em concordância com a teoria apresentada por Moraes, 2013.

Essas pluralidades, portanto, não representam contradição, mas sim uma totalidade e que como tal abarcam mais do que uma concepção única e parcial sobre a matéria. Representa, como apontado por Milton Santos, em 1996, “a realidade em sua integridade” (SANTOS, 1996, p. 74).

## 6.5 A RELAÇÃO COM OS TRABALHADORES E GESTORES

Como visto na literatura (CREVELIM; PEDUZZI, 2005; CARVALHO, 2008), um papel importante da participação é a entrada da população na gestão do Estado. Essa entrada, num primeiro momento, apresenta-se pelos próprios aparelhos de saúde:

Porque se o paciente tem uma demanda e ele não tem o conhecimento de como é o andar da unidade, o que acontece, como são os horários, o acolhimento, o que é isso, o conselho tem o compromisso com a população a levar até a direção. (Entrevistada 1)

Porque o Conselheiro Popular de Saúde, ele fiscaliza mesmo a UBS do seu bairro. Ele usa a UBS do bairro, ele sabe o que está acontecendo lá, ele está ali o tempo todo. E é usuário mesmo que se candidata. A atribuição dele, ali, é fiscalizar o que está sendo feito, da forma que está sendo feito, dentro dos direitos e deveres. (Entrevistada 3)

Porque antigamente os usuários vinham para fila, tipo, cinco horas da manhã com frio, com garoa, seja como for, ficava exposto, como conselheira, eu reivindiquei cobertura, para poder ficar mais aconchegante pros usuários, criei uma caixa de sugestão dentro da unidade... (Entrevistada 2)

Percebemos, portanto, que essa ponte pode ser usada para facilitar o acesso à serviços e a fiscalização e melhoria na execução dos serviços.

Esse papel de ouvidoria do conselheiro, fiscalizatório, é muitas vezes visto com maus olhos pelos trabalhadores das unidades, como visto na literatura por Crevelim e Peduzzi (2005):

Quanto ao controle social, aos olhos dos trabalhadores, este possui forte conotação de fiscalização, visto ter prevalecido a ideia de que os conselheiros procuram o erro, com críticas negativas, além da busca por privilégios, o que gera tensão no ambiente de trabalho. (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p.238)

Essa experiência é vivenciada pelos conselheiros, que ao perceber a rejeição por parte dos trabalhadores tentam, ao seu modo, mostrar-se como parceiros de trabalho, e pela própria iniciativa trabalham para a melhor aceitação de seu papel nas unidades.:

No início (...) eu tive muita dificuldade em dar continuidade ao meu trabalho como representante, porque os funcionários que os achavam que o conselheiro era dedo duro, ficava lá, fiscalizando como ele estava trabalhando (...). A rejeição era grande, até que eu pedi para gerente fazer uma reunião com os funcionários e (...) conversei com todos eles, eles se dividiram, uma parte me defendia, e uma parte me achava um empecilho. (...) E eu venci essa batalha (...) Hoje eu tenho a simpatia de todos. (Entrevistada 2)

Esse papel fiscalizatório também expande-se para além de ouvidorias pontuais, indo ao encontro da gestão municipal e de políticas públicas. Ainda que possa manifestar-se em impactos na assistência e na manutenção predial, tem uma outra intenção em relação à postura de “ouvidoria”, voltada para a execução do direito à saúde em si, e não à resolução pontual.

É a expressão na relação com os serviços de saúde do que a literatura demonstra como intencionalidade na luta democrática por direitos, expressando uma forma importante de participação popular da administração desses aparelhos (CARVALHO, 2008; DI PIETRO, 1993; LIMA; D'ASCENZI, 2013):

“Tem aquela (usuária) que foi lá com a guia, tentou conversar com a moça do controle de vagas, que vai pela via CROSS, e que aí a moça fala ‘ah, vai demorar!’. Não é essa fala que faz, porque tem os critérios do SUS pra passar na frente, que fica com as pessoas que já tem relato de câncer”, ao exemplificar sobre a fiscalização que diz ser papel do conselheiro, e demonstrar como, na prática, esses conhecimentos seriam importantes para o trabalho.

Fiscalizar seria, ao fim, saber se os serviços de saúde estão funcionando dentro do esperado, além de conseguir avanços, através de “projetos” executados pelo CPS, indo além do uso, por parte do paciente do “telefone do SUS” e da ouvidoria de Diadema. (Diário de Campo - “Entrevistada 3 - Narrativa”)

A intencionalidade em intervir e garantir o direito à saúde direciona o olhar para além dos aparelhos de saúde individuais, buscando intervir no sistema como um todo, inclusive observando as condições de execução e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde:

Porque eu quero ver até onde as pessoas vão atender a outra que está ali de fato para atender, para ter um atendimento humanizado, fazer a escuta, acolher as pessoas que usam o SUS, independente de quem seja. (Entrevistada 3)

Eu acredito que é possível que o SUS possa avançar um pouco mais com controle social. (...) Infelizmente, hoje nós vivemos um dilema no SUS, o SUS está totalmente desmontado por esse governo irresponsável, e é óbvio, ele atinge diretamente a gente. (...) Mas enquanto conselheiro popular de saúde, nós temos perturbado bastante a gestão pública e isso é importante para que o SUS possa ser mais eficiente. (Entrevistado 4)

E a minha opinião, eu penso que ele tem que ir além disso, tem que saber como funciona o SUS, qual o papel, qual o serviço que é pensando dentro da

Unidade Básica de Saúde, o que é as três esferas, como que está sendo o repasse... eu acho que o Conselho Popular tem que ir além disso, entendeu? (Entrevistada 3)

Mas a gente tem que ter também, defender também o SUS, sustentabilidade é o nosso SUS, para gente poder ter um atendimento. (Entrevistada 1)

Como eu vou ser conselheira da unidade se eu não sei nada sobre o SUS e sou formada em Serviço Social? Aí, eu queria entender um pouco do SUS. Foi aí que eu fui para unidade, fui para Brasília, entender sobre o conselho, fiz vários cursos do SUS, ano passado eu participei de uma entrevista com a Lilian Cabrera falando do SUS, né? (Entrevistada 3)

Esse olhar que extrapola a intervenção pontual e observa as lógicas do sistema de saúde é o que a literatura aponta como caminho preconizado pelo SUS em suas diretrizes para um legítimo controle social (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Essa visão expandida vai de encontro com o que a literatura mostra que era a intencionalidade da ANC quando estabelece a Saúde como um elemento-ferramenta de mudança social (DA SILVA, 1988), por estimular uma visão total sobre a gestão pública e sobre o território usado.

No entanto, essa ampla penetrância de olhar esbarra em relações de poder importantes, que acabam por dificultar o papel emancipador do Controle Social. A literatura aponta essas dinâmicas quando nos lembra o impacto da argumentação técnico-científica na gestão de direitos, dificultando o diálogo, desautorizando a participação popular e burocratizando os conselhos, também dificultando a elaboração comum de políticas públicas (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006):

Eu penso, hoje, depois de eu ter convivido um pouco com a Dra. xx. Ela fez mestrado hein... ela era uma técnica. Eu sempre falei para ela "Não é porque você fez mestrado em conselho de saúde, que você é melhor que eu". Eu sou lá da base, sei muito mais coisa pra você. Os conhecimentos são assim, você é técnica. Eu bati de frente com ela lá no plenarinho da Câmara Municipal. (Entrevistada 3)

Esses conflitos parecem derivar da própria essência da participação via controle social, que é, num mesmo tempo, parte da população e parte da gestão, e que concomitantemente se coloca entre os usuários e entre os trabalhadores. Como apontado por Crevelim e Peduzzi (2005), quando tenta-se olhar as dificuldades “por dentro” dos aparelhos de saúde, perde-se a clareza dos papéis. Torna a relação com os trabalhadores complexa - por flertar com um papel fiscalizatório e policialesco - e corre-se o risco de afastar-se dos reais interesses da população - pela possibilidade de uma relação viciosa com a gestão dos aparelhos.

Somando um plano de análise que trás o conselheiro como usuário do serviço, e portanto, proveniente de uma região periférica ao interesse do capital (VALLA, 1998) submetido, portanto, a uma rede complexa de poder geradora de desigualdades (NAKANO; KOGA, 2013), temos, numa verticalidade, um conselheiro que naturalmente provém do lado explorado do capital.

Já os trabalhadores, como profissionais de ensino superior e médio (médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem) e, portanto, provenientes de uma camada privilegiada na sociedade brasileira (MONT'ALVÃO NETO, 2014) é de se imaginar que estes tenham uma identificação vertical com o lado explorador desse mesmo capital (ainda que não sejam capitalistas em si). É de se imaginar tal relação até pela minha própria aproximação com a periferia, ao iniciar meu trabalho como médico de família e das minhas lembranças iniciais de contatos com esse mundo que me era tão estranho, num primeiro olhar.

Fica, portanto, o questionamento se essas duas posições verticais antagônicas não podem compôr um dos elementos de base deste conflito, assim como um segundo questionamento que é se o conselheiro, ao assumir seu capital social como colaborador da gestão do serviço de saúde também não pode gerar uma mudança de identificação com essas relações verticais, e afastá-lo da comunidade.

É importante, portanto, que esses caminhos sejam melhor cartografados e essa essência conflituosa melhor entendida e descrita e não podendo ser abordada apenas no estudo da relação do conselheiro com os serviços de saúde. Precisamos então entender como o conflito controle social X participação popular ocorre na prática.

## 6.6 PARTICIPAÇÃO POPULAR X CONTROLE SOCIAL

Vimos, até o momento, como esses conselheiros apresentam-se como indivíduos, cidadãos e vizinhos. Mas coletivamente, materializam o CPS e é preciso cartografar como essa coletividade se expressa e age enquanto grupo e não só como indivíduos.

Como já dito, retomado agora brevemente, o Conselho Popular de Saúde de Diadema nasceu como fruto final de uma movimentação popular importante, contextualizada num horizonte vertical mundial de um capitalismo que se recuperava da crise dos anos 1970 impondo aos países periféricos como o Brasil o nascimento de um projeto neoliberal.

Este, por sua vez, ocorreu num país que vivia seu processo de retomada democrática, com projetos populares ganhando força pelo país, em particular neste pequeno município do ABCD Paulista, Diadema.

Como também já dito, Diadema desde seu nascimento teve que lutar nas ruas por condições dignas aos seus moradores e que, em meados dos anos 1980, viu ascender ao poder um novo projeto, numa sequência de governos populares que, em julho de 1992, na sua lei municipal 1211/92 (DIADEMA, 1992) transforma os produtos dos Encontros Municipais de Saúde - as Comissões de Saúde - no atual Conselho Popular de Saúde, encontrando-se no Anexo 1 deste trabalho.

A lei 1211/92, em seu artigo 2º denota as atribuições legais do Conselho e como expresso pela própria lei, portanto, o CPS tem o papel de trazer ao plano municipal o que é discutido no seio da população e das entidades e movimentos populares, mas não deve só funcionar como um canal da população para a municipalidade, mas como um órgão que deve fomentar discussões amplas na população, desenvolver respostas para os problemas do município, fiscalizar e até direcionar ações de saúde municipais e ter espaço para gerir a si próprio, na figura de um regimento interno, que é refeito a cada mandato, e que encontra-se no Anexo 2, deste trabalho.

O Regimento, por sua vez, reforça esses aspectos da lei e traz ferramentas para o funcionamento do Conselho, como definições mais precisas dos quóruns das reuniões, descrições de como alguém deixa de ser conselheiro e ferramentas de advertências aos conselheiros e de registro das reuniões.

Embora todos os quatorze pontos apresentados na legislação estejam replicados no Regimento, há que se entender o que ocorre, de fato, no dia a dia do conselho. Como o CPS, agora coletivamente, vê seu próprio trabalho, redirecionando nosso olhar do indivíduo conselheiro para o coletivo de conselheiros.

O que observa-se, no entanto, é uma visão menos abrangente, ainda que pertinente aos pontos legislados. Como já visto e agora pormenorizado, é predominante uma dinâmica reivindicativa direcionada *da população para a gestão municipal* e dos aparelhos, utilizando-se como canal de comunicação a legitimidade do próprio conselho como instituição municipal e não mais como movimento espontâneo social organizado.

Esse alicerce embasado na legitimidade da instituição o deixa notoriamente vulnerável às administrações municipais, perdendo a potência que tinha quando movimento popular não institucionalizado, anterior à lei de 1992 que o trouxe à vida. Passa a apoiar-se mais na instituição, do que na população para legitimar-se, perdendo de vista que foi o movimento popular a trazer a representatividade e perenidade do Conselho, como fruto das comissões e encontros de saúde de Diadema

Também é visível a ascensão do projeto neoliberal nacional, relegando ao controle social o papel de espaços de negociação entre Estado e população, visto em Neves (2007) e Ramires (2018), com a “força de negociação” aparecendo de maneira assimétrica entre as duas partes:

A alternância de gestões municipais parece, ao menos em discurso, gerar uma série de descontinuidades e falhas de garantia de direito à saúde, o que é apontado pela gestão municipal como responsável - ou ao menos bastante contribuinte - para as condições observadas pelos conselheiros. (Diário de Campo - “Reunião 29 de maio de 2021”)

Eu atravessei muitos secretários de saúde aqui na cidade, teve vários secretários, é um trabalho brilhante e eu acho que esse conselho tem uma história bonita. (Entrevistada 2)

Porque prefeito é assim: um entra e quer fazer melhor do que o outro. E, aí, desperdiça dinheiro com obra, sem necessidade. (Entrevistada 2)

E o então secretário na época não gostava da outra gestão, que é um direito dele e fez por onde destruir tudo. E, eu sinceramente falando com você, o conselho foi no fundo do poço, quase que foi eliminado. (...) Porque ele fazia de tudo para não atender, para não receber, para não deixar secretário falar com a gente, era muito difícil, foi uma gestão, sabe, complicada. Porque fechou as portas, mesmo que a gente queria, mas batia na porta e não tinha resposta. (Entrevistado 4)

No entanto, é de nota que os conselheiros identificam-se facilmente com sua “participação popular”, quando o duelo entre esta e a sustentação da instituição governamental é colocado:

A digressão é encerrada com um novo questionamento sobre a legalidade da reunião, discutindo novamente o quórum. O abrupto novo questionamento é explicado quando levanta-se a dúvida sobre se seria ou não válido seguir-se perseguindo uma tentativa de cobrar explicações e ações da Coordenação de Atenção Básica do Município sobre os mais diversos assuntos levantados até o momento. A presença da prefeitura, materializada pela figura de uma de suas coordenadoras, rapidamente resolve o conflito entre Instituição e Movimento, instigando os conselhos à escolha pelo segundo. A Participação Popular faz-se presente na pressão sobre a gestão municipal. (Diário de Campo - “Reunião de 15 de maio de 2021”)

Legalmente, o Conselho Popular de Saúde de Diadema nasceu para “ser um canal de participação direta do movimento e entidades populares na área de Saúde, nas decisões de vida político-administrativa do Município” (DIADEMA, 1992, artigo 1º) e historicamente nasceu do seio do movimento popular de saúde, tendo sido produto dessa participação popular organizada em comissões e encontros de saúde.

No entanto, nota-se nos produtos cartográficos que esse aspecto foi fragilizado, indo ao encontro da literatura (CREVELIM, PEDUZZI, 2005), aparentemente pela própria

institucionalização da participação popular, reforçando a diferença conceitual importante existente entre controle social e participação popular: O Conselho, quanto ferramenta de controle social, perde sua potência quanto participação popular, na voz de seus próprios conselheiros e na observação de suas reuniões ordinárias, ao deixar de emanar do povo para se sustentar no aparelho de Estado.

O real e o legal, visto em Santos 2011, demonstra-se na prática de uma lei nascida, ao menos em papel, como a materialização de um desejo, inclusive nacional, de maior participação na gestão mas que representa-se na prática como uma instância cuja potência fica comprometida pela maior ou menor abertura dada pela gestão municipal, podendo ter seu papel ignorado a depender de quem assume a prefeitura.

No entanto, é inegável a potência do CPS, principalmente quando nos utilizamos da produção de Milton Santos (1996) ao perceber a horizontalidade das questões trazidas pelos conselheiros, numa expressão do que é o participar do CPS em Diadema.

As dificuldades específicas e lutas particulares daquele município demonstram, num mesmo tempo, a potência desse espaço e da participação popular e a horizontalidade em ação. Avanços são vistos e sentidos tanto pelos moradores quanto pelos conselheiros, nos processos de urbanização do município e de melhorias em seus aparelhos de saúde:

Anteriormente a esse conselho, nós tínhamos um movimento de bairro, onde eles faziam reuniões até mesmo debaixo de um pé de abacateiro. (...) Era só movimentos de moradores que faziam esse trabalho, era tudo muito barro, não tinha muito asfalto... então, começou por aí essa movimentação popular. (Entrevistada 1)

E quando o primeiro conselho foi eleito, nós tivemos um problema na unidade básica aqui, na minha unidade. A funcionária trabalhando, como eu disse, antigamente, era muito precária as coisas e nós tínhamos um problema com a manutenção. (...) E a funcionária na recepção estava atendendo, e caiu uma luminária de 6 na cabeça dela. (...) Então, a gente conversou com o prefeito, todas as nossas dificuldades do bairro falando até mesmo da parte interna da unidade e isso foi crescendo de uma forma que eu não imaginava que ia dar efeito. (Entrevistada 2)

Mas na verticalidade proposta por Milton Santos (1996), do espaço global, da totalidade expressada na vivência de um cidadão periférico num país inserido numa lógica capitalista de divisão de trabalho, é visível como o controle social é usado para responsabilizar o indivíduo pela prestação do serviço público, como visto em Ramires, 2018:

A gente recebe muitas demandas, é muita demanda e eu creio que com isso, também, nós conselheiros, (...) entendo que, com esse trabalho, a gente está ajudando o usuário, que está ali, na necessidade da demanda, e ajudando também a direção do equipamento e também ajudando a secretaria de saúde. (Entrevistada 1)

Eu trazia papéis para fazer as capas de prontuário, eu fazia muito, estava dentro de casa, parada, fazia levava para eles. (Entrevistada 2)

A institucionalização da participação popular aparece como uma dicotomia, ao mesmo tempo mostrando-se potente aos olhos dos conselheiros, quando em suas vitórias locais, e frágil numa lógica de um sistema capitalista (VALLA, 1998).

O Controle Social é, em si, uma vitória e um fardo, um reconhecimento público e uma responsabilização individual, um bem e um mal, a depender do prisma pelo qual se observa. Esses diferentes aspectos surgem nas ações cotidianas e vivências dos conselheiros. Nas palavras de Milton Santos:

Na união vertical, os vetores de modernização são entrópicos. Eles trazem desordem às regiões onde se instalam, porque a ordem que criam é em seu próprio e exclusivo benefício. Isso se dá ao serviço do mercado, e tende a corroer a coesão horizontal que está posta ao serviço da sociedade civil tomada como um todo.

Mas a eficácia dessa união vertical está sempre sendo posta em jogo; e não sobrevive senão à custa de normas rígidas - ainda que com um discurso liberal. Enquanto isso, as uniões horizontais podem ser ampliadas, mediante as próprias formas novas de produção e de consumo. Um exemplo é a maneira como produtores rurais se reúnem para defender os seus interesses, permitindo-lhes passar de um consumo puramente econômico, necessário às respectivas produções, a um consumo político localmente definido. Devemos ter isso em mente, ao pensar na construção de novas horizontalidades que permitirão, a partir da base da sociedade territorial, encontrar um caminho que se anteponha à globalização perversa e nos aproxime da possibilidade de construir uma outra globalização. (SANTOS, 1996, p. 174)

Quando munidos deste entendimento, percebemos os vetores verticais entrópicos e desordeiros, que com suas normas rígidas e seu trabalho em próprio benefício tensionam o Controle Social a amarrar-se, de modo a sucumbir ao papel de responsabilização individual e de mesa de negociações:

A discussão culmina com a rápida retirada da própria Coordenação da reunião, pela falta de quórum. A rigidez da Lei impede a fluidez espontânea de uma população que grita por explicações e por ações de um Estado que não tem as respostas necessárias, o que encerra de maneira abrupta a reunião. Fica-se combinado um novo convite à participação da Coordenação de Atenção Básica numa reunião do Conselho culminando com a saída da coordenadora da sala virtual e a consequente saída de praticamente todos os conselheiros da reunião virtual, permanecendo apenas alguns que têm mais dificuldade com a ferramenta digital. (Diário de Campo - “Reunião de 15 de maio de 2021”)

Já as uniões horizontais entre os conselheiros mobilizam o CPS a buscar soluções para os problemas presentes na psicosfera e na tecnosfera a que habitam, não só melhorando

equipamentos públicos mas gerando sentido, criando paixões e até propósitos de vida, pulsando a participação popular no confronto com o Estado e na busca da comunidade como seus pares e base de sustentação.

É inegável que ao tornar-se controle social, ao institucionalizar-se, esse desejo das ruas teve enfraquecido sua capacidade decisória sobre políticas públicas e sobre projetos de Estado, uma consequência contrária ao que se projetava inicialmente como visto em Carvalho (2008) Di Pietro (1993), Rolim, Cruz e Sampaio (2013) e Lima e D'Ascenzi (2013).

Nesse ponto, o CPS é vitimado pelo projeto neoliberal nacional nascido na década de 1990, retirando os movimentos sociais do foco principal de disputa e tornando a institucionalização da participação o meio para a negociação do direito a ter direitos, em concordância com Neves, 2007 e Ramires, 2018. Expressa-se, portanto, e como já visto em Santos, 2011, a tal política compensatória voltada à periferia brasileira. O potencial emancipatório da Saúde como elemento-ferramenta para mudança social (DA SILVA, 1988) é fragilizado, como apontado por Carvalho, 2008.

Embora a oposição participação popular e controle social seja, pelo já exposto, permanentemente posta, é inegável, no entanto, que o Conselho Popular de Saúde de Diadema expressa até hoje o desejo nascido nas Comissões de Saúde e nos Encontros de Saúde de Diadema de uma gestão participativa, de uma população que busca uma gestão pública próxima de sua realidade cotidiana.

## 7 O FIM DA CAMINHADA

Chegamos, finalmente, ao fim de nossa jornada cartográfica, e é justo e necessário relembrarmos juntos esse percurso. Ele iniciou-se num incômodo de um médico de família sobre a quem deveria responder, quem era seu “chefe”. Naquele momento, sozinho em sua inquietação, ainda não era o autor que agora vos fala, era apenas um médico de família sozinho com suas tribulações.

Esse incômodo inicial motiva este caminhar, e eis que este autor surge, convidando você, leitor, a caminharmos juntos por uma mata densa de conceitos, bases históricas, vivências, encontros, observações e, finalmente, conclusões. O autor nasce com este trabalho, não sem as devidas dores do parto, devo acrescentar.

Vimos que ao longo da história do nosso país nossa população sempre teve voz, buscando caminhos para expressá-la. Busca esta que surge de maneira mais organizada quando o país começa sua estruturação burocrática, mas com gritos mais intensos e avolumados na luta pela redemocratização, pós-golpe de 1964.

Conhecemos juntos um município particular, Diadema, cuja população mesmo antes de uma abertura democrática, organizou-se buscando a participação popular. Na vivência da horizontalidade de seus moradores, e pela verticalidade de encontrar-se à periferia do capital, teve que trabalhar ativamente para garantir sua estrutura urbana, saneamento básico e direito à saúde, buscando este direito mesmo antes dele ser reconhecido pela Constituição Cidadã de 1988.

Fomos apresentados ao Conselho Popular de Saúde de Diadema, nascido do seio das movimentações populares, influenciadas pelas mesmas horizontalidades diademenses e pelas mesmas verticalidades de pressões globalizantes e capitalistas, mas incorporado ao aparelho gestor do município, sofrendo as influências de um projeto neoliberal nacional, dentro de uma ordem mundial. Fomos também apresentados aos conselheiros deste mesmo CPS, suas lutas, valores e relações.

E aqui estamos, diante desta mata agora aberta, após, como era de objetivo, ter conseguido cartografar a participação neste conselho. Podemos, finalmente, olhar para este mapa que temos em mãos e chegar a conclusões sobre o que vimos e o que desenhamos.

Os conselheiros populares não foram eleitos por coincidência ou pressão política, mas sim por identidade. Frutos de um território - uma população e um lugar - que vivencia as verticalidades de estarem à margem de um processo de globalização que os deixa fora do eixo de investimento do Capital e também vivencia as horizontalidades de serem pares de seus

vizinhos, que observam nos conselheiros a voz que precisam externar ao Estado, este, que por sua vez, atua como provedor para esta população.

Têm as mais diversas histórias e contextos, mas prezam pela amorosidade e solidariedade, entendendo a responsabilidade que carregam ao dar voz aos seus vizinhos, amigos e pares usuários dos aparelhos de saúde. Participam como podem, mas sempre com notável abertura aos seus concidadãos. Buscam a melhoria da qualidade de vida para si e para seus semelhantes.

Participam da gestão dos aparelhos, sendo vistos pelos trabalhadores ora como algozes, ora como parceiros, e preocupam-se com isso. Buscam parcerias para tentar melhorar as condições para ambos e tentam mudar a visão que os trabalhadores carregam de sua atuação.

Ao serem provenientes da população periférica, verticalmente demonstram-se como explorados e excluídos do capital, o que pode influenciar no conflito com os trabalhadores e gerar um capital social do conselheiro com uma identificação vertical com o mesmo capital, conseqüentemente distanciando o conselheiro da sua comunidade ao se aproximar da gestão. Também é de nota que os trabalhadores apresentam entre si mais horizontalidades do que verticalidades - já que são trabalhadores que provêm de seguimentos diversos da sociedade, pois variam entre profissionais de nível de ensino básico a nível superior e embora não sejam indivíduos que encontram-se a serviço do capital, podem ter identificações com este, acirrando o conflito. Essas possibilidades necessitam de estudos subsequentes para melhor entendimento.

Dentro da máquina da gestão pouco conseguem criar de projetos assistenciais comuns, sendo, inclusive, a busca desses projetos assistenciais substituída por uma busca assistencial pontual, inclusive reforçada pela própria máquina. Essa substituição também não pode ser desconsiderada como uma necessidade da própria população, que utiliza o conselho como, inclusive, forma de acesso à saúde.

No entanto, a saída das ruas e a entrada no gabinete pesa na movimentação do conselho, que se vê tendo que acomodar-se ao tamanho da abertura na porta da gestão que a prefeitura cede, ficando a dúvida sobre a qual projeto de país - e até mesmo, de mundo - essa abertura se submete e se essa mesma abertura é real ou funciona como uma válvula de pressão que nunca esteve, de fato, disponível à população. Mesmo ao espremer-se como podem na abertura que a prefeitura cede, se preocupam com a gestão do sistema de saúde como um todo, dedicando-se a garantir que este funcione e seja usado pelos seus pares.

Quando confrontados entre seus papéis de gestores e representantes de seus pares não se retiram da luta, rapidamente identificando-se com a população e não se furtando de fazerem os enfrentamentos necessários. No entanto, esses enfrentamentos pouco podem fazer quando lidam com uma prefeitura que fecha a porta ao controle social.

Lidam, portanto, com o duelo prático entre controle social e participação popular, com suas decorrências positivas e negativas. Positivamente, garantem acesso à saúde quando este é limitado e penetram por toda a gestão de saúde pública, podendo levar as demandas das ruas até locais antes inacessíveis e dando rosto e voz à uma população que antes não tinha outra alternativa a não ser conformar-se com as negativas. Negativamente, precisam lidar com o fardo da instituição, que por estar dentro da gestão é amarrada às normas e leis, é vulnerável à aberturas e fechamentos de diálogos, e tem que carregar consigo a pesada estrutura da gestão, ao movimentar-se.

Ao fim, ao olharmos para o CPS, temos que a população tem sua capacidade de “chefiar” os serviços de saúde num espectro, podendo sim buscar correções a falhas assistenciais, melhorias na execução dos serviços e até a criação de novos aparelhos de saúde, mas pouco capaz de discutir os rumos das políticas públicas de saúde e pouco capaz de criar um projeto assistencial comum.

E temos que a participação popular encontra uma de suas formas de ser no controle social, mas, pela própria essência deste, apresenta limitações que não podem ser sanadas em si. A tática de participação do conselho como formato único de participação, através do controle social, traz questões que não encontram resposta em si própria tática e que não trazem mais participação, trazendo a dúvida de qual seria o projeto democrático participativo possível, ou até mesmo desejável, hoje.

O controle social, portanto, não pode ser entendido como sinônimo de participação popular, nem pode ser o único objetivo dessa participação, ou terá que sempre lidar com limitações que são de ordem estrutural, tanto pela própria máquina pública quanto por pressões verticais de um sistema globalizado que encontrou no controle social uma forma de mesa de negociações entre as camadas populares e a força do capital.

Esse ponto específico nos mostra que o entendimento profundo e completo da participação envolve o estudo aprofundado das relações de poder envolvidas nessas negociações e disputas, a fim de entender em outro plano as forças atuantes, coisa que este trabalho não teve a pretensão de alcançar pelo enfoque escolhido, e que necessita de novos trabalhos para ser compreendida.

A partir de um entendimento de que o controle social não é o objetivo final da mobilização de um território, surge um caminho possível, que é apontado justamente com este se entendendo como parte de uma totalidade que compõe a participação popular, buscando outras formas de se relacionar com a população e com a participação.

Não cabe aqui apontar quais seriam essas outras formas de participação, isso deve emanar das próprias necessidades e capacidades da população. Mas o que fica claro é que o caminho possível é trilhado justamente não centralizando a forma de participação, mas numa pluralidade. O território é plural, e a participação deve refletir isso.

Nessa perspectiva, o Conselho Popular de Saúde de Diadema (e por extensão, todo controle social) pode tornar-se não mais a principal forma da participação, mas um de seus elementos. Essa possibilidade permite que as diversas formas possam completar-se, sanar as limitações umas das outras, tendo toda a pluralidade de ações necessárias para que a população possa, em toda sua completude, exercer a chefia da execução de seus direitos.

E é nesse ponto que este mapa que você, leitor, ganha a co-autoria deste trabalho, já que os caminhos por onde percorremos em nossa mata específica são generalizáveis quando o entendimento de que as relações verticais, da totalidade envolvida, da psicosfera e a tecnosfera onde o controle social habita, são aplicáveis ao entendimento do controle social em si, e não só no caso específico do CPS de Diadema. Mais do que o retrato individual deste cenário concreto e particular, temos uma carta náutica capaz de servir de modelo de entendimento em outros cenários, em outras navegações e caminhadas.

Não se trata de um trabalho morto, finalizado e estático, mas algo que nas mãos de um novo leitor vira arcabouço que pode ser usado para o entendimento de cenários outros na participação em saúde à periferia do capital, na sociedade brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ALBINATI, M. L. Espaços sem território, espaços sem cultura: Um exemplo crítico.. Trabalho apresentado no **VI ENECULT: Encontro de Estudos Multidisciplinares Em Cultura**, 25 a 27 de maio de 2010, Salvador, BA. Disponível em <http://www.cult.ufba.br/wordpress/24758.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2021.
- ANDION, C. et al. Sociedade civil e inovação social na esfera pública: uma perspectiva pragmatista. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 3, 369–387, 2017.
- AQUINO, J. et al. Community participation in basic health care in the user's perspective. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 364–377, 2014.
- AVRITZER, L. Sociedade civil e estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. **Opinião Pública**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 383-398, Nov. 2012.
- AZEVEDO, A.; LIBERMAN, F.; MENDES, R. Pesquisa qualitativa em saúde e a perspectiva da Cartografia em Deligny e Deleuze. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v. 14, n. 1, p. 1-13, São João del-Rei, jan-mar, 2019.
- BARBOSA, L. J. Brasilidade Entre As Montanhas De Belluno: A Verticalidade E A Horizontalidade Do Pensamento Espacial Sobre O Ser Brasileira Para Uma Imigrante Brasileira Na Itália. **Revista Pegada**, v. 17, n. 2, p53-73, 2016.
- BARROW, J. D. **Teorias de Tudo: A procuração de explicação para o universo**. Editorial Presença. 1996.
- BÓGUS, C. M. **Participação Popular em Saúde**. São Paulo: Editora Annablume: FAPESP, 1998.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Brasília, 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em 13 de setembro de 2021.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Caderno 1 - Implantação da Unidade de Saúde da Família**, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Brasília, 2013. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html). Acesso em 04 de julho de 2021.

BRASIL. **Página eletrônica IBGE Cidades**. 2020. Ementa: O Cidades@ é o sistema agregador de informações do IBGE sobre os municípios e estados do Brasil. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/diadema/panorama>. Acesso em 23 de outubro de 2020.

BREVILHERI, E. C. L.; NARCISO, A. M. S.; PASTOR, M. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n.2, p. 36-61, Janeiro/Junho. 2014.

CARVALHO, A. M. P. A Luta por Direitos e a Afirmação das Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. **Revista de Ciências Sociais**, v.39, n.1, p. 16–26, 2008.

CHASIN, J. Democracia direta versus democracia representativa. **Espaço de interlocução em ciências humanas**. n. 15, Ano VIII, abril. 2013.

COELHO, M. C. S. Espaço de direitos é mais que direito a espaço: o processo de urbanização de favelas em Diadema (1983 2008). 2008. 179 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. *E-book* disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17928>. Acesso em 02 maio 2021.

COSTA, T. A participação do Conselho Popular de Saúde na dinâmica deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP: um processo em questão - 2008 - 2010. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - **Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. *E-book* disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17602>. Acesso em 02 maio 2021.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 323–331, 2005.

CRUZ, P. J. S. C. et al.. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087–1100, 2012.

CRUZ, J. S. et al. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 5, Bogotá, setembro/outubro. 2017.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, n. 5, p. 139-164, outubro de 2004.

DA SILVA, J. A. O Estado Democrático de Direito. **Revista de Direito Administrativo**, v. 173, p. 15-34, Rio de Janeiro, julho/setembro, 1988.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs Volume 1**. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DIADEMA (município). Lei n. 1211, de 09 de julho de 1992. Dispõe sobre a criação do Conselho Popular de Saúde nos termos do inciso III, do artigo 198 da Constituição Federal, do inciso VIII do artigo 7º da Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990 e do artigo 6º e os seus incisos VI e VII da Lei Orgânica do Município. **Diário Oficial do Município de Diadema**. Diadema, 09 de julho de 1992, Disponível em [http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis\\_integra.php?chave=121192](http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=121192). Acesso em 23 de outubro de 2020.

DIADEMA (município). **Homepage da Prefeitura Municipal de Diadema**. 2020. Ementa: Página eletrônica da prefeitura do município de Diadema. Disponível em <http://www.diadema.sp.gov.br/cidade>. Acesso em 23 de outubro de 2020.

DI PIETRO, M. S. Z. Participação Popular na Administração Pública. **Revista de Direito Administrativo**. n. 191 p. 26-39, Rio de Janeiro, janeiro/março. 1993.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011.

ESQUIVEL, S. R.. **Diadema: sua história**. São Paulo: João Sotercci Editora, 1988.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: **Conexões. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38. p. 663-675, Botucatu, setembro. 2011.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ F.; DALBELLO-ARAÚJO M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Janeiro-março, 2017.

GOHN, M. G. Teorias Sobre a Participação Social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14(Sup. 2), p. 7-18, 1998.

GUIMARÃES, C. Perdendo logo na largada. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2013, atualizado em 25 de outubro de 2018. Disponível em <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/perdendo-logo-na-largada>. Acesso em 13 de setembro de 2021.

- GUIZARDI, F. L. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 15–39, 1991.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 797-805, 2006.
- KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano Comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25 – n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013.
- LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem na Psicanálise. **Escritos**. São Paulo: Zahar. 1998.
- LEACH, B. et al. Patient preference in primary care provider type. **Healthcare** v. 6, n. 1, p13-16, Março. 2018.
- LIMA, S. A. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p. 635–656, 2015.
- LIMA, L. L.; D’ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polit.**,v. 21, n. 48, p. 101- 10, 2013.
- MAIA, G. L. A juventude e os Coletivos: como se articulam novas formas de expressão política. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 58-73, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/8630/pdf> . Acesso em 13 de setembro de 2021.
- MARQUES, J. P. A “Observação Participante” na Pesquisa de Campo em Educação. **Educação em Foco**, v. 28, n. 28, p. 263-284, 2016.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- MARTINS, W. J.; MARTINS, C. S. F. A translação do conhecimento na solução de problemas sociais utilizando as redes de políticas públicas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 343–349, 2017.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. 1. ed. São Paulo: Ubu Editora, 2018.
- MELGAÇO, L. **Securização Urbana: da psicoesfera do medo à tecnosfera da segurança**. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 274. 2010.
- MONT’ALVÃO NETO, A. L. Tendências das desigualdades de acesso ao ensino superior no Brasil: 1982-2010. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 35, n. 127, p. 417-441, abril-junho. 2014

MORAES, A. C. R. **Território na Geografia de Milton Santos**. 1. ed. São Paulo: Annablume Editora, 2013

NAKANO, A. K.; KOGA, D. Os territórios da Urbanidade e a Promoção da Saúde Coletiva. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole. p. 143-172, 2013.

NEVES, A. V. Espaços públicos e políticas públicas: os riscos de despolitização da sociedade civil. In: DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. (org.) **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007, p. 395-420.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p. 207, 2015.

PAULA, W. K. A. S. et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista Da Escola de Enfermagem Da USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dezembro. 2011.

QUEIROZ, T. A. N. Espaço Geográfico, Território Usado e Lugar: Ensaio Sobre o Pensamento de Milton Santos. **Para Onde!?**, Porto Alegre, v. 8, n.2, p. 154-161, agosto/dezembro. 2014

PETITMENGIN, C. Towards the source of thoughts: the gestural and transmodal dimension of lived experience. **Journal of Consciousness Studies**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 54-82, 2007.

PEREIRA, L. C. B. Estado, sociedade civil e legitimidade democrática. **Lua Nova**, n. 34, p. 85-200, 1995

PLATÃO. **Diálogos. Crátilo**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2014.

RAMIRES, J. C. L. **Geografia e participação social: uma leitura dos Conselhos Municipais de Saúde**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2018.

RIBEIRO, A. C. T. Território Usado e Humanismo Concreto: O Mercado Socialmente Necessário. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina – 20 a 26 de março de 2005 – Universidade de São Paulo**. São Paulo, p. 12458-12470, 2005. *E-book* disponível em <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Ordenamientoterritorial/41.pdf>. Acesso em 7 de junho de 2021.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde Em Debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

SANTOS, J. D. V. As administrações petistas em Diadema (1983-1996): entre o poder político e as demandas sociais. 2014. 312 f. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. *E-book* disponível em <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12854>. Acesso em 2 junho 2021

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, 1999

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

SANTOS, M. O Território e o Saber Local: Algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, Ano XIII, n. 2, p. 15-26, 1999.

SANTOS, M. **Por Uma Outra Globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record; 2003a.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309- 314, 2003b

SANTOS, M. O Retorno do Território. **OSAL: Observatorio Social de América Latina**. Buenos Aires: CLACSO. Ano 6, n. 16, jun. 2005. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ppgdtsa/files/2014/10/Texto-Santos-M.-O-retorno-do-territorio.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2020.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, N. R. SUS de todos: O Legal e o Real. Política de Saúde de Estado e de Governo: A Gestão e o Controle Social. **Saúde Em Debate**, v. 35, n. 90, 2011.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1997.

SIMÕES, J. A. **O dilema da participação popular: a etnografia de um caso**. São Paulo: Editora Marco Zero, 1992

SOUZA, S. R. L.; FRANCISCO, A. L. O Método da Cartografia em Pesquisa Qualitativa: Estabelecendo Princípios... Desenhando Caminhos... **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 811-820, 2016

SOUZA, T. O. et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão”; no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 893–902, 2007.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14(Sup. 2), p. 7-18, 1998

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I.; PAULON, S. M. Cartografia: aproximação metodológica para produção do conhecimento em gestão de pessoas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 10, n. 4, artigo 4, p. 841–857, Rio de Janeiro, dezembro. 2012.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS**

### Parte 1 - Itinerário e representatividade

- 1) O que é o Conselho Municipal de Saúde e o que ele faz?
  
- 2) Há quanto tempo é conselheiro? Já teve outros mandatos como conselheiro municipal? O que te motivou a se candidatar?
  
- 3) Como foi seu período eleitoral para conselheiro? A sua candidatura foi uma vontade sua ou você foi indicado? Existiram reuniões, debates ou encontros para montar a sua candidatura ou a sua plataforma eleitoral - ou seja, as coisas pelas quais você luta ou defende junto ao conselho?
  
- 4) Quais foram a maior vitória e a maior derrota que você observou ou ouviu dizer que o conselho teve?
  
- 4) Você acredita que seu trabalho como conselheiro dependa dos outros moradores do seu bairro ou do município? Caso você acredite que sim, de que maneira se dá essa dependência?

5) Existe alguma forma de prestar contas ou comunicar aos moradores do seu bairro ou do município que tipo de discussão ocorre no Conselho? Caso exista, você acredita que ela seja eficiente? Caso não exista, você acredita que deveria existir?

6) Como você define suas opiniões e votos nas reuniões do conselho? Você se reúne com algum tipo de grupo para formar sua opinião? Caso se reúna, que tipo de grupo é? Caso não se reúna, você gostaria de se reunir? Que tipo de grupo seria?

## Parte 2 - Percepção sobre saúde, cidadania e participação.

- 1) O que você entende que seja saúde?
- 2) Que relação você vê entre acesso e garantia de saúde e o papel do Estado?
- 3) Como os participantes do conselho podem interferir no acesso e garantia de saúde?
- 4) Você sabe que é um conselho gestor local? Em caso afirmativo, qual é a função dele? Ele consegue cumprir essa função? Ele funciona de forma diferente do conselho municipal?
- 5) Você acredita que os conselheiros populares municipais deveriam participar dos conselhos gestores de seus bairros? Porquê?

**ANEXO A - LEI N° 1.211/92**

Dispõe sobre a criação do Conselho Popular de Saúde nos termos do inciso III, do Artigo 198 da Constituição Federal, do inciso VIII do artigo 7º da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e do artigo 6º e os seus incisos VI e VII da Lei Orgânica do Município.

Dr. José Augusto da Silva Ramos,  
Prefeito do Município de Diadema,  
Estado de São Paulo, no uso e gozo  
de suas atribuições legais,

Faz saber que a Câmara Municipal  
aprova e ele sanciona e promulga a  
seguinte Lei:

DA CONSTITUIÇÃO E OBJETIVO

ARTIGO 1º - Fica criado o Conselho Popular de Saúde com o objetivo de representar os interesses da população e ser um canal de participação direta do movimento e entidades populares na área de Saúde, nas decisões de vida político-administrativa do Município e nos Assuntos que forem de competência comum do Município, Estado e União.

#### DAS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO

ARTIGO 2º - São atribuições do Conselho Popular de Saúde:

- I - Trazer as propostas aprovadas em Assembléia da população, movimentos e entidades populares, para junto ao setor competente da Administração, definir as políticas e prioridades, necessárias à sua realização;
- II - Promover atividades que visem a conscientização, organização e mobilização da população objetivando a integração do trabalho com a Prefeitura e Câmara, na defesa dos interesses populares, no encaminhamento de soluções dos problemas na área de Saúde;
- III - Desenvolver estudos, debates e pesquisas sobre a problemática social de Saúde;
- IV - Elaborar Projetos de Lei, conforme artigo 51 da Lei Orgânica do Município, que promovam a melhoria das condições de vida da comunidade na área de Saúde;
- V - Estudar os problemas de Saúde de sua área, receber sugestões da comunidade e decidir sobre denúncias que lhe sejam encaminhadas;
- VI - Indicar entre os seus membros, os representantes junto ao Conselho Municipal de Saúde, através de regulamentação definida no seu Regimento Interno;
- VII - Traçar diretrizes para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, atendendo aos interesses populares e solução dos problemas na área de Saúde;
- VIII - Participar junto ao Conselho Municipal de Saúde e ao Departamento ou Secretaria Municipal de Saúde da elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- IX - Aprovar e acompanhar o desenvolvimento do Plano Municipal de Saúde elaborado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- X - Receber e apreciar relatórios da movimentação de recursos do próprio Município, além dos transferidos pela União e pelo Estado ao Município, e encaminhados pelo Conselho Municipal de Saúde;
- XI - Acompanhar o desenvolvimento de programas, projetos e atividades no âmbito da Saúde no município de Diadema;
- XII - Encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde, através de seus membros representantes, as decisões do Conselho

- popular de Saúde objetivando sua execução;
- XIII - Apreciar as matérias trazidas, por seus membros representantes, do Conselho Municipal de Saúde;
- XIV - Examinar deliberações do Conselho Municipal de Saúde, impugnando aquelas que contrariarem as diretrizes da política de saúde do município e os interesses da população;
- XV - Acompanhar e fiscalizar as ações e serviços de saúde do município;
- XVI - Apoiar a organização de comissões de saúde junto às unidades do Departamento ou secretaria de Saúde e Higiene;
- XVII - Elaborar e fazer cumprir seu Regimento Interno.

### DA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

ARTIGO 3º - O Conselho Popular de Saúde terá a seguinte composição:

- I - 01 (um) representante da Prefeitura Municipal;
- II - Representantes da comunidade, eleitos pela população, sendo 02 (dois) efetivos e 01 (um) suplente para cada Unidade Básica de Saúde.

PARÁGRAFO 1º - A designação do representante da Prefeitura Municipal recairá, sempre, no titular do departamento ou Secretária de Saúde e Higiene.

PARÁGRAFO 2º - O número de representantes da comunidade poderá ser ampliado, de acordo com o aumento de Unidades Básicas de Saúde, ou, por alteração regimental do Conselho, através de decisão de Dois Terços dos seus membros.

### DAS ELEIÇÕES E POSSE DO CONSELHO

ARTIGO 4º - A eleição dos representantes da população, dar-se-á por meio de voto direto, livre e secreto, conforme dispuser o regulamento eleitoral editado pelo executivo, até Sessenta dias antes do prazo fixado para instalação do Conselho.

PARÁGRAFO 1º - A eleição será num único dia, em data, locais e horário designados pela Comissão Eleitoral.

PARÁGRAFO 2º - Serão considerados eleitos e efetivos os Conselheiros que obtiverem o primeiro e segundo maior número de votos válidos apurados por UBS.

PARÁGRAFO 3º - Será considerado suplente o Conselheiro que obtiver o terceiro maior número de votos válidos apurados por UBS.

PARÁGRAFO 4º - A convocação de eleições subsequentes será objeto de regulamentação no Regimento Interno deste Conselho.

ARTIGO 5º - O quórum mínimo para a eleição ter validade será de 100 (cem) moradores da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, mediante comprovação na lista de vontades.

PARÁGRAFO ÚNICO - Não alcançando o quórum aludido neste artigo, será feita nova eleição no prazo de 15 (quinze) dias.

ARTIGO 6º - Terão direito a votar, todos os moradores maiores de 16 (dezesseis) anos e mediante os seguintes requisitos:

- I - Possuir título de eleitor ou documento de identidade;
- II - Ser morador da região.

ARTIGO 7º - São condições para concorrer ao cargo de Conselheiro:

- I - Ser maior de 18 (dezoito) anos;
- II - Possuir Título de Eleitor;
- III - Ser morador da região;
- IV - Não estar exercendo mandato eletivo, nem ocupar cargo de confiança na Administração;
- V - Apresentar um Programa mínimo conforme objetivos e atribuições previstos nesta Lei.

ARTIGO 8º - O ato de posse dos eleitos será 10 (dez) dias após as eleições, mediante entrega de um termo de posse assinado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, em lugar e horário designados pelo regulamento eleitoral.

ARTIGO 9º - O mandato do Conselho Popular de Saúde terá dois anos de duração, podendo seus membros serem reconduzidos através de eleições.

PARÁGRAFO 1º - Fica assegurado ao Conselho e à Comunidade que o elegeu, substituir qualquer Conselheiro, titular ou suplente, que não cumprir suas funções e atribuições ou ainda que faltar a Três reuniões ordinárias, consecutivas e não justificadas.

PARÁGRAFO 1º-A - Excepcionalmente, o mandato dos membros do Conselho Popular de Saúde, eleitos em 15 de agosto de 1.998, terá 03 (três) anos de duração, prorrogável por mais 90 (noventa) dias, admitida a recondução através de eleições. **(Parágrafo acrescido pela Lei Municipal nº 2.050/2001)**

PARÁGRAFO 2º - A substituição referida no parágrafo anterior ou outros afastamentos que vierem a ocorrer, serão regulados pelo Regimento Interno do Conselho, inclusive, o princípio democrático

de ampla defesa, quando se tratar de substituição.

§3º. Em caráter excepcional, devidamente justificado e mediante autorização do Conselho Popular de Saúde, o prazo de que trata o *caput* deste artigo poderá ser prorrogado em até 06 (seis) meses. **(Parágrafo acrescido pela Lei Municipal nº 3.314/2013).**

ARTIGO 9º-A - O mandato dos membros do Conselho Popular de Saúde, eleitos em 15 de março de 2008, terá 03 (três) anos de duração. **(Artigo acrescido pela Lei Municipal nº 2.960/2010)**

ARTIGO 9º-B. O mandato dos membros do Conselho Popular de Saúde, eleitos para o biênio 2013 a 2015, fica prorrogado até 31 de março de 2017. **Artigo acrescido pela Lei Municipal nº 3.557/2015**

#### DO EXERCÍCIO DO CARGO

ARTIGO 10 - Os cargos de Conselheiros serão exercidos sem remuneração.

PARÁGRAFO 1º - A Administração Municipal deverá criar mecanismos de apoio e incentivo para que o Conselho desenvolva plenamente suas funções e atribuições.

PARÁGRAFO 2º - É vedado ao Conselheiro o uso do cargo para interesses pessoais.

PARÁGRAFO 3º - No exercício do cargo, o Conselheiro responde cível e criminalmente pelos seus atos e decisões.

#### DO FUNCIONAMENTO E REGIMENTO INTERNO

ARTIGO 11 - O funcionamento do Conselho e seu relacionamento com os órgãos da Administração Pública e Legislativo, serão regidos por um REGIMENTO INTERNO, elaborado e aprovado por DOIS TERÇOS dos Conselheiros, no prazo de 60 (sessenta) dias.

PARÁGRAFO ÚNICO - O regimento Interno é um instrumento que assegura uma existência democrática e autônoma do Conselho e seu funcionamento com agilidade e eficácia junto à Comunidade, Administração e ao Legislativo e dele deverá constar:

- I - Os objetivos a que se propõe;
- II - Atribuições e deliberações de sua competência;
- III - Estabelecimento de funções dos Conselheiros;
- IV - Procedimentos para as discussões, votações e encaminhamentos.

ARTIGO 12 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Diadema, 09 de julho de 1992

Dr. José Augusto da Silva Ramos  
Prefeito Municipal

## **ANEXO B - REGIMENTO INTERNO DO CPS**

# **CONSELHO POPULAR DE SAÚDE – C.P. S.**

Instituído pela Lei Municipal nº 1.211 de 09/07/1992, alterada pela Lei 3.869/19 e 3.878/19

## **REGIMENTO INTERNO**

### **CAPÍTULO I DA NATUREZA E OBJETIVO**

**ARTIGO 1º** – O Conselho Popular de Saúde – C.P.S., instituído pela Lei Municipal nº. 1211 de 09 de julho de 1992, alterado pela Lei 3.868/19 e 3.878/19, é Órgão Colegiado específico do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município de Diadema em conformidade com inciso III, do Artigo 198 da Constituição Federal, do Inciso VIII do Artigo 7º da Lei Federal nº. 8080 de 19.09.1990 e do Artigo 6º e os seus incisos VI e VII da Lei Orgânica do Município e que tem por finalidade apresentar propostas para a Política de Saúde, com vistas a melhorando a resolutividade dos serviços prestados e atuar na linha da promoção da saúde; , objetivando defender os interesses da População e se constituir num canal de participação plena dos Movimentos e Entidades populares na área da Saúde.

### **CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO**

**ARTIGO 2º** – São atribuições do Conselho Popular de Saúde - C.P.S., aquelas expressas no Artigo 2º da Lei Municipal Nº.1.211 de 09 de julho de 1992 e alterada pela lei 3.869/2019, com destaque para.:

- I** – Trazer as propostas aprovadas em assembléias da população, movimentos e entidades populares, para, junto ao Conselho Municipal de Saúde, definir as políticas e prioridades, necessárias à sua realização;
- II** – Promover atividades que visem a conscientização, organização e mobilização da população, objetivando a integração do trabalho com a Prefeitura e a Câmara, na defesa dos interesses populares, no encaminhamento de soluções dos problemas na área da Saúde;
- III** – Desenvolver estudos, debates e pesquisas sobre a problemática social de saúde;
- IV** – Elaborar projetos de Lei, conforme artigo 51 da Lei Orgânica do Município, que promovam a melhoria das condições de vida da comunidade na área de Saúde;
- V** – Estudar os problemas de Saúde de sua área, receber sugestões da comunidade e decidir sobre denúncias que lhe sejam encaminhadas;
- VI** – Indicar, entre seus membros, os representantes junto ao Conselho Municipal de Saúde e demais unidades de saúde, através de regulamentação definida no seu Regimento Interno;
- VII** – Participar da Conferência Municipal de Saúde, incentivando a participação de sua comunidade;
- VIII** – A participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, podendo, se necessário, fazer apresentação de emendas, bem como acompanhar a execução do Plano Municipal de Saúde, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde;
- IX** – Acompanhar o desenvolvimento de programas, projetos e atividades no âmbito da Saúde no Município de Diadema;
- X** – Encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde, por meio de seus membros representantes, as decisões do Conselho Popular de Saúde, objetivando sua execução;
- XI** – Apreciar as matérias trazidas, por seus membros representantes, do Conselho Municipal de Saúde;
- XII** – Acompanhar e fiscalizar as ações e os serviços de saúde do Município;
- XIII** – Apoiar a organização de comissões de saúde junto às unidades da Secretaria de Saúde;
- XIV** – Elaborar e fazer cumprir seu Regimento Interno;

### **CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**

#### **SEÇÃO I DA COMPOSIÇÃO**

**ARTIGO 3º** – O Conselho Popular de Saúde – C.P.S., será composto por representantes da Comunidade, eleitos pela População, sendo 02 (dois) efetivos e 02 (dois) suplentes para cada Unidade Básica de Saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O número de representantes da Comunidade poderá ser ampliado de acordo com o aumento de Unidades Básicas de Saúde ou por alteração Regimental do Conselho, através de decisão de DOIS TERÇOS dos seus membros.

## **SEÇÃO II DA ORGANIZAÇÃO**

**ARTIGO 4º** - O Conselho Popular de Saúde tem a seguinte organização: **1.** Colegiado Pleno.  
**2.** Comissão Executiva.

**ARTIGO 5º** - o Colegiado Pleno do Conselho Popular de Saúde é órgão de deliberação plena e conclusiva, através da Reunião Ordinária ou Extraordinária dos membros eleitos do Conselho e que cumpra os requisitos de funcionamento estabelecido neste Regimento.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O Colegiado Pleno poderá criar Comissões permanentes ou provisórias, criadas e estabelecidas pelo Conselho Popular de Saúde, para atender as suas necessidades de funcionamento, sendo regidas por este Regimento, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a Saúde.

**ARTIGO 6º** – O Conselho Popular de Saúde terá uma Comissão Executiva, a ele subordinada, com a finalidade de coordenar as atividades do conselho.

**PARÁGRAFO 1º** - A Comissão Executiva terá a seguinte composição:

- a) P r esidência;
- b) Vice-Presidencia;
- c) 1ª Secretaria
- d) 2ª Secretaria ;
- e) 1ª Tesouraria;
- f) 2ª Tesouraria;
- g) Quatro coordenadores Regionais, 01 Norte, 01 Sul, 01 Leste e 01 Centro-Oeste.

**PARÁGRAFO 2º** - O Presidente e os demais membros da Comissão Executiva serão eleitos pelo Colegiado Pleno do Conselho Popular de Saúde – CPS através de Voto Aberto e Direto.

**PARAGRÁFO 3º** - A Comissão Executiva terá 04(quatro) coordenadores regionais, indicados pelo Colegiado Pleno, para um período de 01(um) ano, devendo ser avaliados sobre sua atuação a cada 06 (seis) meses. Dependendo da avaliação da atuação pelo o coordenador regional poderá ser reconduzido por mais um período de 01 (um) ano em sua atuação.

**PARAGRAFO 4º** - O Coordenador Regional deverá:

- a) acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos da sua região interagindo com os conselheiros e com as Unidades Básicas de Saúde ali existentes;
- b) receber as justificativas dos conselheiros de sua região que faltarem nas reuniões da sua respectiva unidade básica de saúde;
- c) apresentar relatório das suas atividades para a mesa executiva mensalmente;

**PARAGRAFO 5º** - Caso seja necessário, qualquer Membro da Comissão Executiva poderá ser substituído pelo Colegiado Pleno, através de Voto Aberto.

**ARTIGO 7º** - A Comissão Executiva cabe proceder ao encaminhamento e execução de todas as providências, recomendações e decisões determinadas pelo Conselho Popular de Saúde e se reunirá com periodicidade que se fizer necessária ao cumprimento de suas tarefas.

**PARAGRAFO 1º** - todo membro da mesa executiva quando não puder participar da reunião da mesa executiva deverá justificar-se junto ao Presidente.

**PARAGRAFO 2º** - a reunião da mesa executiva ocorrerá com os membros presente, não podendo ser questionada por nenhum membro, os encaminhamentos e deliberações por ela tomadas.

**ARTIGO 8º** - A Secretaria de Saúde através do núcleo de Apoio ao Controle Social proporcionará ao Conselho Popular de Saúde, as condições para seu pelo funcionamento e lhe dará o suporte técnico-logístico necessário.

### **SEÇÃO III DO FUNCIONAMENTO**

**ARTIGO 9º** - O Colegiado Pleno do Conselho Popular de Saúde reunir-se-á para realização das reuniões, ordinariamente com periodicidade mensal, por convocação da Comissão Executiva e, extraordinariamente quando convocação na forme Regimental.

**PARÁGRAFO 1º** - O Conselho Popular de Saúde reunir-se-á extraordinariamente para tratar de matérias especiais ou urgentes, quando houver:

- a. Convocação formal da Comissão Executiva do Conselho Popular de Saúde;
- b. Convocação formal de 1/3 de seus membros titulares
- c. Convocação formal do Poder Executivo Municipal.

**PARÁGRAFO 2º** - As reuniões serão públicas, exceto quando algum conselheiro solicitar o contrário, devendo a questão ser objeto de decisão do Colegiado Pleno.

**ARTIGO 10º** - O Colegiado Pleno do Conselho Popular de Saúde reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros ((50% + 1) dos conselheiros presentes considerando-se os suplentes que estiverem

substituindo os titulares, sendo as atividades dirigidas pelo Presidente

**PARÁGRAFO 1º** - Na ausência por algum motivo do Presidente o Vice Presidente assume a coordenação das atividades.

**PARÁGRAFO 2º** - Após verificação da presença, sendo constatada a não existência de quórum, mínimo (50% +1) dos conselheiros, aguardar-se-á **30 (trinta)** minutos para nova verificação. Não havendo confirmação de quórum (50% + 1), a reunião não será realizada, devendo ser marcada outra data .

**PARAGRAFO 3º** - a reunião do pleno terá duração de duas horas e trinta minutos (2h30min) iniciando-se as 14:00 horas.

**PARAGRAFO 4º** - será vedado de assinar a lista de presença, de votar e de ser votado, o conselheiro que chegar após o 30 (trinta) minutos da hora marcada para inicio.

**PARAGRAFO 5º** - O conselheiro que precisar se retirar da reunião antes do seu término deverá justificar-se ao pleno, caso isso não ocorra , será advertido.

**ARTIGO 11º** - O Conselho Popular de Saúde deliberará por maioria simples dos conselheiros presente considerando os suplentes que estiverem em exercício substituindo os titulares, devendo os assuntos serem votados em aberto.

**PARÁGRAFO 1º** - A votação será NOMINAL e cada membro EFETIVO terá direito A UM VOTO.

**PARÁGRAFO 2º** - O voto do Presidente do Conselho Popular de Saúde é igual ao dos demais conselheiros.

**PARAGRAFO 3º** - O voto do Presidente do Conselho Popular de Saúde não poderá ser o primeiro nem o último.

**PARAGRAFO 4º** - Em caso de empate, os suplentes terão direito a votar.

**PARAGRAFO 5º** - Fica assegurado a cada um dos participantes efetivos, suplentes e Convidados das reuniões do Conselho Popular de Saúde o direito de se manifestar sobre o assunto em discussão, porém, uma vez encaminhado para votação, o mesmo não poderá voltar a ser discutido no seu mérito.

**ARTIGO 12º** - O Conselho Popular de Saúde quando entender oportuno poderá através de seus membros, convidar para participar de reuniões e atividades, técnico ou representante de instituições ou da sociedade civil organizada, desde que diretamente envolvidas no assunto que estiver sendo tratado.

**ARTIGO 13º** - Será afastado do Conselho Popular de Saúde qualquer membro titular que faltar sem justificativa nas reuniões do pleno e gestor de suas UBS e equipamentos de grande porte ou especialidades de saúde ao qual foi eleito a compor o quadro durante o período de seu mandato.

**PARAGRAFO 1º** - O disposto no caput deste Artigo também se aplica ao Conselheiro que faltar sem justificativa as 03 (três) reuniões consecutivas ou intercaladas durante o ano do Conselho Gestor da sua UBS de origem e dos Equipamentos de Grande Porte e Especializados da saúde o qual foi eleito a compor o quadro gestor.

**PARAGRAFO 2º** - O Conselheiro poderá ser reconduzido à eleição (Lei 1211/92 Artigo 9º) desde que não tenha sido afastado por algum motivo disciplinar. Esta possibilidade, será disponível somente na 3ª (terceira) eleição subsequente ao afastamento.

**PARAGRAFO 3º** - Quando o conselheiro, por algum motivo não puder participar da reunião do Conselho Popular de Saúde, este deverá acionar o seu suplente para o representar.

**PARAGRAFO 4º** - o suplente ao comparecer a reunião fará representar o seu titular que terá sua falta justificada.

**ARTIGO 14º** - No caso de afastamento temporário ou definitivo de um de seus membros titulares, automaticamente assumirá o suplente.

**ARTIGO 15º** - A sequência dos trabalhos das reuniões do Colegiado Pleno será a seguinte:

- a. Verificação da presença e existência de quórum para instalação da reunião.
- b. Leitura e aprovação da Ata da reunião anterior.
- c. Ordem do dia, com aprovação da pauta, discussão e votação, quando se fizer necessário.
- d. Indicação dos assuntos a serem discutidos na próxima reunião.

**ARTIGO 16º** - As decisões do Conselho Popular de Saúde deverão ser encaminhadas ao Secretário de Saúde para adoção de providências pertinentes e terá prazo de 30 (trinta) dias, até a próxima reunião para informar ao pleno do Conselho Popular de Saúde as medidas adotadas.

**ARTIGO 17º** - As decisões do Conselho Popular de Saúde que dizem respeito ao aumento de despesas, reorganização administrativa e alteração de planos ou programas que são de alçada privativa do Secretário de Saúde, poderão ser apreciadas por este e não homologadas.

**PARAGRAFO 1º** - No caso das decisões não serem aprovadas como as descritas no caput deste Artigo, serão devolvidas ao Conselho Popular de Saúde, com os motivos pertinentes.

**PARAGRAFO 2º** - Cabe ao Colegiado Pleno a decisão de encaminhar as decisões não aprovadas pelo Secretário de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação.

**PARAGRAFO 3º** - As atas do CMS (Conselho Municipal de Saúde) ficarão a disposição do pleno do CPS e serão lidas em reunião do pleno, caso necessário.

#### **CAPÍTULO IV DA DISCIPLINA E MEMORIA**

## **SEÇÃO I DA DISCIPLINA**

**ARTIGO 18º** - Por ser imprescindível a tranquilidade e ordem nas reuniões, faz-se necessário complementar o Regimento Interno com algumas normas de DISCIPLINA, visando o melhor desenvolvimento dos trabalhos.

**PARAGRAFO 1º** - Os casos de indisciplina e desordem são passíveis de advertência aplicada pelo dirigente da reunião.

**PARAGRAFO 2º** - A advertência terá 02(dois) graus de avaliação, que são: ADVERTÊNCIA E ADVERTÊNCIA GRAVE, (itens IV e V do parágrafo seguinte).

**PARAGRAFO 3º** - São casos passíveis de advertência:

- I - Insistência em perturbar a ordem;
- II - Insistência em não acatar o pedido de ordem;
- III - Provocação de tumulto;
- IV -Agressão física;
- V - Agressão por palavra de baixo calão ou que afetem a integridade moral do(s) conselheiro(s).

**PARAGRAFO ÚNICO** – as advertências que se refere o paragrafo 3º ficam valendo para os membros do grupo de WhatsApp do Conselho Popular de Saúde .

**PARAGRAFO 4º** - Somando 04(quatro) advertências ou 01(uma) advertência grave, o conselheiro será afastado.

**PARAGRAFO 5º** - A **ADVERTÊNCIA GRAVE** afastará automaticamente o conselheiro, **MEDIANTE CONSULTA DA MESA EXECUTIVA AO PLENO**. O Conselheiro poderá apresentar sua defesa em reunião extraordinária do Conselho Popular de Saúde, convocada para este fim. O Colegiado Pleno poderá em votação, manter o afastamento.

**PARAGRAFO 6º** - A advertência é nominal e deverá constar em ata, tendo os presentes como testemunha.

## **SEÇÃO II DA MEMORIA**

**ARTIGO 19º** - A documentação do Conselho Popular de Saúde deverá ser mantida em arquivo de pastas e ou arquivo de computador, devidamente identificadas nas dependências da Sala do Apoio ao Controle Social.

**PARAGRAFO 1º** - As pastas ficarão dispostas em ordem lógica de localização e com identificação individual a disposição de todos os conselheiros CPS.

**PARAGRAFO 2º** - Entende-se por documentação toda papelada gerada ou recebida pelo Conselho, como fichas, comunicações diversas, relatórios diversos, descritivo de Leis em geral, correspondências diversas geradas e ou recebidas de qualquer origem e demais arquivos eletrônicos.

**PARAGRAFO 3º** - É necessário que o conselheiro apresente relatório sobre sua Unidade Básica de Saúde, em impresso do Conselho Popular de Saúde ou via correio eletrônico.

**PARAGRAFO 4º** - Será criado um site para informações a disposição de todos os conselheiros de saúde.

## **CAPITULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**ARTIGO 20º** - O presente Regimento Interno poderá ser alterado através de proposta expressa de qualquer um dos membros do Conselho Popular de Saúde.

**PARAGRAFO 1º** - As propostas de alteração deverão ser apreciadas em reunião ordinária do Conselho Popular de Saúde e aprovadas por maioria de seus membros.

**PARAGRAFO 2º** - As propostas de alteração entrarão em vigor imediatamente após a sua aprovação.

**ARTIGO 21º** - A convocação de eleição subsequente será objeto de Regulamento Eleitoral, elaborado por Comissão Especial, indicada pelo Colegiado Pleno e aprovado pelo Conselho Popular de Saúde 60(sessenta) dias antes do término do seu mandato.

**ARTIGO 22º** - Os casos omissos deste Regimento Interno serão resolvidos pelo Colegiado Pleno.

**ARTIGO 23º** - Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Popular de Saúde, conforme constam em ata de mesma data, ficando revogadas as disposições em contrário.

**Diadema, 14 de dezembro de 2019  
CONSELHO POPULAR DE SAÚDE  
MANDATO 2019-2021**