

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA-UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E
MEIO AMBIENTE

EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA EM CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O
CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS-SP

CASSÍRIA BRUNALDI

ARARAQUARA-SP

2009

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA-UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E
MEIO AMBIENTE

EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA EM CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O
CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS-SP

CASSÍRIA BRUNALDI

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Helena Carvalho de Lorenzo

Co-Orientador: Prof^º Dr^º Sergio Azevedo Fonseca

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário de Araraquara- UNIARA,
como parte das exigências para
obtenção do título de Mestre em
Desenvolvimento Regional e Meio
Ambiente.

ARARAQUARA-SP
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

B919e Brunaldi, Cassíria
Experiência participativa em conselhos de políticas públicas: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis-SP/Cassíria Brunaldi- Araraquara: Centro Universitário de Araraquara, 2009 159f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós –graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente – Centro Universitário de Araraquara-UNARA

Orientador: Profa. Dra.. Helena Carvalho de Lorenzo

1. Conselho Municipal de Saúde. 2. Instituições representadas. 3. Representantes de instituições. 4. Participação política. I. Título.

CDU 504.03

Ao meu Pai e minha Mãe;

Por me guiarem e servirem de exemplo de vida;

À minha Irmã

pela amizade e carinho:

OFEREÇO

Aos meus avós, já falecidos

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Realizar este estudo foi um sonho acalentado desde há muito tempo e bem antes de começar a fazê-lo. Dessa maneira, são muitos os sujeitos sociais anônimos que me fizeram despertar o interesse pela participação social, que não tenho como nominá-los, mas fica aqui meu profundo agradecimento.

Desde o início sabia o quão solitário seria a realização de um trabalho desta natureza, que exige extremo esforço e dedicação por parte de quem realiza. Dois anos de estudo, reflexão, reciclagem, aprimoramento. A produção da dissertação foi a atividade acadêmica mais importante deste período, mas o tempo também serviu para repensar o caminho percorrido desde a entrada no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, em 2007.

Agradeço à minha orientadora e amiga, Prof^ª Dr^ª Helena Carvalho de Lorenzo, que me recebeu de braços abertos e me forneceu bases fundamentais para que eu pudesse seguir nesse intento e pelo exemplo de competência, entusiasmo, honestidade e paciência, pela colaboração através das discussões e sugestões na construção deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Prof^º Dr. Sergio Azevedo Fonseca pela colaboração através das discussões e sugestões na construção desta dissertação de mestrado.

Aos professores e colegas do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, pelas trocas realizadas no trabalho de estudo.

Ao Prof^º Dr^º Luiz Manoel de Moraes Camargo de Almeida e à Prof^ª Dr^ª Márcia Teixeira de Souza pelas sugestões no Exame Geral de Qualificação e no Exame Geral de Defesa de Mestrado, que foram de grande importância na definição do caminho.

Aos colegas do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis pela contribuição.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram e me deram muita força, em todos os momentos e o apoio irrestrito ao meu crescimento intelectual.

Ao meu querido amigo Dr. Carlos Augusto Biella pela amizade e pela confiança que sempre pude ter quando precisei de ajuda.

Ao Prof^º Ms Clovis Mancineli pelo incentivo e apoio a essa nova etapa da minha vida.

Obrigada a todos os companheiros e companheiras que me incentivaram nessa caminhada.

Aos espíritos de luz que me guiaram nesta oportunidade de buscar alguns dos elementos essenciais para a evolução da alma humana : o valor, a paciência e o saber.

“Não devemos apenas passear pelos grandes espaços de nossa pátria, devemos participar da sua organização e criar uma nova vida”.

(Antenor Pasqual)

RESUMO

Com a Constituição Federal de 1988, o Estado centralizado se desregulamentou possibilitando que níveis subnacionais fossem os responsáveis pela gestão de suas políticas e que a comunidade participasse das decisões políticas no interior de espaços participativos institucionalizados. No caso da política de saúde, observou-se a organização de Conselhos de Saúde funcionando como espaços participativos que exercem influência nas decisões políticas. Apesar de serem concebidos como espaços de diálogos entre governo e sociedade, apresentam-se alguns limites no que se refere à capacidade dos atores, pessoas físicas e jurídicas, em influenciarem nas decisões. Essas influências participativas foram analisadas neste trabalho por meio de um estudo de caso que objetiva avaliar a estrutura e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis-SP no período de 2005-2008. Buscou-se especificamente estudar seu histórico e estruturação, avaliar as contribuições dos representantes e representados no Conselho. A metodologia foi um estudo exploratório e qualitativo, realizando-se pesquisa secundária e de campo com entrevistas semi-estruturadas com os dirigentes das instituições representadas e com seus representantes, os conselheiros. Os resultados obtidos revelam que as instituições participantes, com exceção da Secretaria Municipal de Saúde, não se envolvem nas atividades do Conselho e que a participação é apenas exercida apenas por seus representantes desta Secretaria que agem segundo seus próprios interesses, sendo o grupo dos gestores, o mais influente no processo deliberativo do Conselho no período estudado, referendam práticas políticas tradicionais. Conclui-se ainda que o Conselho Municipal de Saúde de Itápolis tem contribuição pequena enquanto espaço de ampliação de participação da sociedade, de incorporação de demandas na política de saúde do município e, portanto, não se configura como um espaço de co-gestão e de gestão compartilhada das políticas com o governo.

PALAVRAS-CHAVE: Conselho Municipal de Saúde, instituições representadas, representantes de instituições, participação política

ABSTRACT

According to Federal Constitution of 1988, the centralised State was deregulated allowing sub-national levels were responsible for the management of its policies and the community participation of political decisions within institutionalized participatory spaces. In case of health policy, was observed the organization of Health Advice operating as participatory spaces that prosecute influence on the political decisions . Although its was designed as spaces for dialog between government and society, show some limits as regards the capacity of the actors, individuals and legal people, in influence on decisions. These participative influence were analyzed in this work by means of a case study that aims to evaluate the structure and functioning of the Council Municipal health Itápolis-SP in period of 2005-2008. It was find specifically studying its historic and structure, to assess the representative contributions and the Council represented. The methodology was a explanatory and qualitative studying, performing research and secondary with semi-structured interviews with the leaders of the institution represented and their representatives, the advisers. The results show that the participating institutions, with the exception of Municipal Department of Health, not involved in activities of the Council and the participation is only exercised by their representatives of this Secretariat acting to their own interests, the group of the administrators, more influential in deliberative process of the Council in the period studied, concur practices traditional policies. Concludes that the Municipal Council of Health from Itápolis has a small contribution as an enlargement area for the society participation, of demands incorporation in health policy country, therefore, not represents a co-management area shared management policies with the government.

KEY -WORDS: Municipal Council of Health, represented institutions, institutions representatives, political participation

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Estrutura hierárquica da saúde no município de Itápolis até 1988.....73

FIGURA 02: Sistema local de saúde do município de Itápolis.....79

FIGURA 03: Representação das relações entre os conselheiros no CMS de Itápolis... 124

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Composição do CMS de Itápolis por grupos representados conforme Lei Municipal nº 1.471/91	82
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Quantidade de atores entrevistados, por grupo, que compõem o CMS de Itápolis	29
TABELA 02: Identificação dos conselheiros nas entrevistas semi-estruturadas	30
TABELA 03: Estrutura Institucional do SUS	71
TABELA 04: Unidades de atendimento do município de Itápolis.....	78
TABELA 05: Classificação e distribuição percentual das entidades que os conselheiros representam no CMS de Itápolis	88
TABELA 06: Grupos que compõem o CMS de Itápolis e sua forma de escolha	89
TABELA 07: Síntese das características da estrutura e funcionamento do CMS de Itápolis no período de 2005-2008.....	106
TABELA 08: Conhecimento prévio da pauta pela entidade que os conselheiros representam -em porcentagem.....	108
TABELA 09: Interesse das entidades sobre assuntos do Conselho - em porcentagem....	109
TABELA 10: Orientação de entidades sobre atuação dos seus representantes no Conselho –em porcentagem.....	109
TABELA 11: Participação dos representantes em reuniões promovidas pelas entidades - em porcentagem.....	109
TABELA 12: Conselheiros que mantém sua entidade informada sobre reuniões do Conselho - em porcentagem	110
TABELA 13: Grau de instrução - em porcentagem	111
TABELA 14: Quantidade de mandatos - em porcentagem	112
TABELA 15: Renda dos conselheiros - em porcentagem.....	113
TABELA 16: Freqüências nas reuniões do Conselho - em porcentagem	114
TABELA 17: Interesse dos conselheiros por política- em porcentagem	116
TABELA 18: Filiação partidária dos conselheiros - em porcentagem.....	117
TABELA 19: Conselheiros que participam de algum movimento social além da entidade representada do Conselho - em porcentagem.....	117

TABELA 20: Influência nas decisões do Conselho - em porcentagem.....	118
TABELA 21: Opinião dos conselheiros sobre o impacto das decisões do Conselho na gestão da SMS - em porcentagem	118
TABELA 22: Acompanhamento das decisões do Conselho - em porcentagem	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

APAE- Associação Pais e Amigos do Excepcional

CES- Conselho Estadual de Saúde

CIB- Comissão Intergestora Bipartite

CIT- Comissão Intergestora Tripartite

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONASS- Conselho de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS- Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DRS- Direção Regional de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FURP- Fundação Para o Remédio Popular

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MEDEX- Medicamentos Excepcionais

NOAS- Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

PBVS- Piso Básico de Vigilância Sanitária

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PP- Partido Progressista

PPI- Programação Pactuada Integrada

PSB- Partido Socialista Brasileiro

PSDB- Partido Social Democrático Brasileiro

PT- Partido dos Trabalhadores

PTB- Partido Trabalhista Brasileiro

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TFAM- Teto Financeiro de Assistência ao Município

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xiv
1.INTRODUÇÃO.....	19
1.1. O tema e o problema da pesquisa.....	19
1.2 Objetivos, hipótese e justificativa da pesquisa.....	23
1.3 A pesquisa: metodologia e fonte de dados.....	25
1.4 Limites do trabalho.....	33
1.5 Organização do trabalho.....	33
CAPÍTULO 1 TEORIA DELIBERATIVA, CULTURA POLÍTICA, CAPITAL SOCIAL E ASSOCIATIVISMO.....	35
1.1 As contribuições da democracia deliberativa	35
1.2 A perspectiva da cultura política e sua influência para a democracia.....	38
1.3 O conceito de capital social.....	41
1.4 O associativismo.....	42
CAPÍTULO 2- DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS: PARTICIPAÇÃO E NOVOS ATORES NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	44
2.1 Descentralização de políticas sociais e participação na gestão da política de saúde....	44
2.2 Novos atores participativos: a sociedade civil.....	52
2.3 Novos espaços de participação: os Conselhos de Saúde.....	54
CAPÍTULO 3- OS CONSELHOS: NOVOS FORMATOS DE PARTICIPAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	58
3.1 O surgimento dos Conselhos.....	58
3.2 Composição dos Conselhos.....	59
3.3 Seleção dos membros e infra-estrutura dos Conselhos.....	60

3.4 Funções dos Conselhos.....	60
3.5 A agenda.....	61
3.6 Tipos de Conselhos.....	61
3.6.1 Os conselhos setoriais de políticas públicas.....	62
3.7 Problemas apontados pela literatura sobre os desafios dos Conselhos exercerem suas práticas de controle social.....	65
CAPÍTULO IV-O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DE SAÚDE EM ITÁPOLIS: AMBIENTE INSTITUCIONAL DO SUS E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL.....	69
4.1 Ambiente institucional do SUS.....	69
4.2 Breve caracterização geral do município de Itápolis-SP.....	72
4.3 Principais características antes e após a Municipalização da Saúde em Itápolis.....	73
4.5 Representação do sistema de saúde no município de Itápolis.....	78
CAPÍTULO 5 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS: ESTRUTURA FUNCIONAMENTO.....	80
5.1 Histórico.....	80
5.1.1 A criação do Conselho.....	80
5.2 Estrutura.....	82
5.2.1 Composição e representação.....	82
5.2.2 Forma de escolha dos representantes das instituições.....	89
5.2.3 Competências.....	90
5.2.4 Estrutura.....	94
5.2.5 Permeabilidade.....	96
5.3 Funcionamento.....	97
5.3.1 Atividade e organicidade das reuniões.....	97
5.3.2 A formação da agenda.....	97
5.3.3 Os assuntos em pauta.....	100
5.3.4 Processo de deliberação.....	104

5.4 Avaliação da contribuição dos representantes e representados.....	107
5.4.1 Instituições representadas.....	107
5.4.1.1 As relações que os conselheiros mantêm com as entidades que representam.....	108
5.4.2 Representantes das instituições.....	111
5.4.2.1 Recursos individuais: perfil dos representantes das instituições.....	111
5.4.2.2 As relações entre os representantes das instituições.....	120
5.4.2.3 Posturas e interesses dos representantes das instituições no Conselho.....	125
5.4.2.4 Razões de maior ou menor participação.....	127
CAPÍTULO 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
ANEXO 1.....	146
ANEXO 2.....	147
APÊNDICE 1.....	151
APÊNDICE 2.....	152
APÊNDICE 3.....	156
APÊNDICE 4.....	157
APÊNDICE 5.....	158
APÊNDICE 6.....	159

1. INTRODUÇÃO

1.1. O tema e o problema da pesquisa

O cenário político contemporâneo tem sido marcado pela problemática da revitalização e do aprofundamento da democracia. Isso se deve ao processo do enfraquecimento da esfera pública influenciado pelo distanciamento dos cidadãos em relação à política e suas instituições tradicionais. A lógica de privatização das sociedades contemporâneas contribuiu nesse sentido para afetar a ação política, gerando uma espécie de cidadãos-consumidores, voltados exclusivamente para a satisfação pessoal e a busca de interesses particulares.

Em países de redemocratização recente, como é o caso brasileiro, estão ocorrendo novas formas de participação política dos cidadãos desde o início dos anos 90 em vários segmentos de políticas sociais. Neste trabalho, destaca-se o da saúde.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que trata do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu que:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; *participação da comunidade* (ênfases minhas).

Com essa premissa percebe-se que no segmento da saúde a participação da comunidade se dá no interior de espaços participativos do SUS, sendo os Conselhos de Saúde nos níveis federais, estaduais e municipais e as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) possuindo a responsabilidade de determinar os rumos da política amparadas pela Constituição Federal de 1.988.

As Comissões Intergestoras são constituídas pela participação de técnicos e gestores e os Conselhos de Saúde apresentam também a participação da sociedade civil. Desse modo, o objeto desse trabalho encontra-se nos Conselhos de Saúde, especificamente os municipais por ser o nível subnacional do SUS, sendo o *locus* onde são discutidas e decididas as diretrizes da política municipal de saúde, aproximando problemas e gestão.

Nesse espaço democrático institucionalizado ocorre o encontro entre o Estado e a sociedade civil. Esse instrumento de participação institucionalizado pelo Estado representa uma forma de exercício do poder político, que a partir da promulgação da referida Constituição tornou-se obrigatório aos municípios brasileiros, onde altas esperanças em torno dos Conselhos foram apostadas e em uma perspectiva mais ampla, para expansão territorial de uma experiência da democracia deliberativa que tem reunido um verdadeiro exército das organizações civis e da sociedade política (TATAGIBA, 2002).

Essas experiências adquirem *status* de novidade frente às condições político institucionais até então vigentes, marcadas pela centralização decisória e pelo autoritarismo por parte do Estado. Isso porque a participação da sociedade nesses espaços ocorre de maneira colegiada, atuando na discussão e elaboração de políticas públicas. O resultado das decisões adquire legitimidade democrática e vontade normativa capaz de parametrar a ação do Estado.

Nesse sentido, considera-se que o entendimento da esfera pública na atualidade exige o reconhecimento de um conjunto de questões relativas ao envolvimento dos cidadãos no processo de tomada de decisão, assim como à estrutura das instituições políticas na qual esse envolvimento ocorre. O que significa identificar os problemas que emergem quando essa participação institucionaliza-se num contexto político como o brasileiro, marcado por traços de uma tradição autoritária, clientelista e onde impera uma profunda desigualdade social.

Dessa forma, esperava-se que a participação da sociedade organizada no interior do Estado contribuísse para tornar as políticas mais transparentes e mais adequadas aos interesses dos setores afetados pelas decisões governamentais. Além disso, a sociedade poderia fiscalizar as ações da burocracia estatal, imprimindo uma lógica mais democrática às decisões. A tônica, portanto, era democratizar os processos de decisão e, ainda, garantir a eficácia dos resultados, ou seja, das decisões políticas.

Concomitante à implementação dos Conselhos ocorreu o processo de descentralização¹. Ambos, longe de representarem processos automáticos, demandaram por parte do Estado o estabelecimento de um conjunto de incentivos para a sua institucionalização. No que se refere aos Conselhos, a legislação estabeleceu para vários setores que o repasse de recursos da união aos estados e municípios estaria vinculada ao

¹ Esse processo encontra-se discutido no Capítulo 2.

estabelecimento do respectivo Conselho. Algo que demandou uma corrida por parte dos gestores governamentais pela regulamentação dessas instituições.

No que diz respeito ao processo de descentralização, Arretche (1999) afirma que este dependeu de estratégias de indução eficientemente implementadas por parte do Governo Federal, tendo em vista a existência de custos para os estados e municípios que, por um lado, estavam adquirindo novas competências e atribuições ao assumir a gestão de uma dada política e, por outro, deveriam assumir novos encargos fiscais e administrativos para desempenhar tal tarefa. Entretanto, diante da criação impositiva dos Conselhos, a estrutura social do município nem sempre estava preparada para participar no interior desses espaços, trazendo dentro deles resistências e mantendo características do passado e práticas autoritárias. Pergunta-se: Será que os Conselhos promovem práticas participativas ou concentram o poder em quem já tem poder? Os Conselhos Municipais de Saúde estão de fato contribuindo para a criação de capital social ou estão apenas reforçando práticas políticas tradicionais?

Apesar do seu estabelecimento formal, esse processo não foi automático como sugere a literatura. Entre os fatores apontados, são recorrentes as referências à postura das autoridades governamentais quanto à participação (CORTES, 1998), assim como ao grau de envolvimento das entidades interessadas no estabelecimento desses espaços institucionais (SOUZA, 2004). Será que as intervenções dos representantes não apontam os interesses das instituições representadas?

Todavia, é necessário salientar que a proliferação institucional dos Conselhos presentes no país não implicou de maneira direta a sua consolidação institucional enquanto espaço de compartilhamento de políticas públicas com o governo. Após ter analisado vários trabalhos voltados ao estudo das experiências conselhistas no país, Tatagiba (2002, p. 98, ênfases minhas) afirma que “uma das conclusões mais gerais a que foi possível chegar é que os Conselhos apresentam, no cenário atual, uma *baixa capacidade propositiva*, exercendo um *reduzido poder de influência sobre o processo de definição de políticas*”. De modo que as “ (...) avaliações mais comuns presentes na literatura são de que *os Conselhos não estão conseguindo cumprir sua vocação deliberativa* (idem, 2004, p. 365, ênfases minhas).

Cortês (2004) apud Pessanha, Figueiredo e Campagnac (2006) revela que a literatura mostra o impacto que esses colegiados exercem na gestão e na implementação

das políticas públicas, enfatizando que existe a possibilidade desses espaços serem capturados por determinados grupos em relação a outros, onde a presença do Estado e dos governos é muito acentuada no processo de participação.

Nogueira (2004) sustenta que esses espaços democráticos podem democratizar a tomada de decisão, mas podem ser também aproveitados por quem os administra, impedindo que a participação seja de fato exercida.

Nesse sentido, o elevado poder dos representantes das instituições dos gestores coloca dúvidas destes virem a exercer sua função deliberativa (WEIGELT, 2006).

Foram essas constatações que motivaram a realização da pesquisa cujos resultados são expostos nesta dissertação. A curiosidade acadêmica que orientou a condução das atividades investigativas pode ser expressa nas seguintes questões norteadoras, que compõem o problema de pesquisa mais geral: *Quais os papéis desempenhados por um Conselho Municipal de Saúde? Quais são as motivações, as responsabilidades e as atividades das instituições representadas, e dos seus representantes, do mesmo modo que as respectivas contribuições, em um Conselho Municipal de Saúde?*

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi considerado a trajetória do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis (CMS de Itápolis), no período que vai de janeiro de 2005 a dezembro de 2008 porque nesse espaço de tempo observou-se que não foi ratificado o papel preponderantemente reivindicativo e fiscalizatório dos grupos que constituem a sociedade civil representados neste Conselho e também, porque chamou-se a atenção para a participação ativa que o grupo do Governo Municipal desempenhou nesse período. Ressalte-se que o Secretário Municipal de Saúde que dirigiu a pasta da saúde durante todo o governo municipal de 2005-2008 foi o Presidente do CMS de Itápolis e, também durante todo esse espaço de tempo integrou o Grupo Governo Municipal.

Quanto à posição que os grupos da sociedade civil assumem no processo decisório do Conselho, não se observou, no período estudado, divergências de interesses, o que pode caracterizar alianças com o poder público local. Entretanto, esta não deveria ser uma postura normal desses representantes. Nesse sentido, o problema da paridade relaciona-se com um problema maior, que é o da autonomia do próprio Conselho para decidir independentemente dos estímulos e pressões do Poder Executivo local.

Conforme nos esclarece Albuquerque (1994, p. 168) “se conseguirem manter uma interdependência na tomada de decisões e na defesa de seus interesses, pode vir a ser um instrumento de promoção da igualdade e da cidadania”.

Localizado esta limitação na dimensão societária da representação no CMS de Itápolis no período destacado é necessário questionar: Por que isso acontece? O que leva os conselheiros a apresentarem esse comportamento?

Embora o estudo esteja voltado para a compreensão da estrutura e da funcionalidade de um Conselho particular, julga-se que seus resultados possam fornecer elementos para uma posterior ampliação da abrangência da reflexão acadêmica em torno dos aspectos particulares abordados, relativos aos CMSs.

1.2 Objetivos, hipóteses e justificativa da pesquisa

A legislação intenciona que o papel dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas seja implementar na política local decisões que foram aprovadas de maneira participativa, sendo o Conselho, o *locus* de interlocução de interesses plurais e, também, articular-se com o governo no sentido de influenciar a formulação e controlar a execução das políticas de saúde do município, contribuindo para potencializar as ações dos atores envolvidos. Mas será que, tendo como base a problemática observada no local nesse período, as decisões implementadas no município não são resultado de uma participação ativa dos atores (pessoas jurídicas e físicas) que fazem parte do CMS de Itápolis e que o Conselho não exerce influência nas decisões governamentais?

Lembram Fuks e Perissinotto (2006), que quando discutimos uma política pública e como uma instituição funciona, no caso aqui discutido, o CMS, ou os diversos sentidos da democracia, a intenção é sempre saber qual ator (ou segmento de atores) tem o poder, entendido por esses autores como a capacidade de exercer influência no processo deliberativo e, também, como nos aconselha Ramos (1996), devemos pensar o funcionamento dos Conselhos como “instâncias de poder” para abandonarmos a idéia autonomista de movimentos sociais dos anos 70/80 bem como de Estado monolítico, de elites, distanciado da ação da sociedade civil.

Agora, a questão apresenta-se com mais relevância, observando, no campo da legislação, a intenção de que essas instituições participativas têm a finalidade de maximizar a participação popular e melhorar a qualidade da democracia brasileira. Assim,

essa maximização só seria capaz de produzir o efeito desejado caso os atores do Conselho sejam capazes de exercer o poder em seu interior, seja realizando interferências no processo decisório ou definindo a agenda pública (FUKS e PERISSINOTTO, 2006).

Dessa maneira, a contribuição deste trabalho foi avaliar se o Conselho estudado cumpria com as determinações legais no que dizia respeito a sua estruturação e a efetiva participação no que dizia respeito ao exercício da política.

Tendo em vista a importância desses espaços o objetivo geral deste trabalho foi avaliar a estrutura e o funcionamento do CMS de Itápolis no período de 2005 a 2008.

Os objetivos específicos deste trabalho foram: estudar o histórico da estruturação do Conselho; avaliar as contribuições de cada uma das instituições representadas no Conselho; avaliar as posturas e interesses das instituições no Conselho; investigar as razões pelas quais os representantes das instituições apresentam uma maior ou menor participação no Conselho.

As hipóteses levantadas foram as de que:

- A participação é distinta entre os grupos representados no Conselho;
- O poder de representação dos segmentos potencializados no Conselho é influenciado por um grupo que possui vínculo político com o sistema político partidário local.

Este estudo avaliou a estrutura e o funcionamento do CMS de Itápolis como segmento de análise por várias razões. Em primeiro lugar, por entender que a saúde é um serviço essencial do ponto de vista da defesa da vida, sendo considerado, inclusive no próprio texto constitucional, dever do Estado e direito dos cidadãos - em particular daquele que, por razões econômicas, está impedido dos direitos mais elementares da cidadania, pela lógica do mercado. Em segundo lugar, porque foi na área da saúde onde mais se avançou o processo de descentralização da oferta de serviços públicos, seja pela organização marcante dos profissionais da área, que acabou resultando no movimento da Reforma Sanitária, já a partir dos anos 70².

² Movimento da sociedade civil organizada em nosso país, comprometido com uma melhor qualidade de assistência à saúde e que buscava uma efetiva participação política nas decisões sobre os rumos dessa política a serem trilhados (GONÇALVES, 1999).

A pesquisa foi justificada, também, pela totalidade dos estudos acadêmicos ocupar-se em identificar as percepções dos conselheiros tanto societais como governamentais sobre o desempenho dos Conselhos, analisar suas estruturas organizacionais e quantificar a participação dos atores. No entanto, havia uma lacuna onde nunca se observou as contribuições, as atividades, as motivações e as responsabilidades das instituições representadas e de seus representantes no Conselho. Este trabalho, então, dedicou-se a realizar essa avaliação.

1.3 A pesquisa: metodologia e fonte de dados

No plano teórico a pesquisa encontrou apoio nos seguintes referenciais: nas contribuições da teoria da democracia deliberativa, na cultura política e no capital social; na literatura acerca da descentralização das políticas sociais com ênfase no segmento da saúde e sobre os Conselhos.

Esta pesquisa foi tipo estudo de caso, onde privilegiou uma unidade mais significativa que foi considerada suficiente para analisar um fenômeno. Conforme Gil (1994), o estudo de caso se caracteriza por um estudo profundo e exaustivo de um objeto, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo, sem pretender generalizações dos resultados obtidos. Gonsalves (2007) explica que o estudo de caso realiza um exame minucioso de uma experiência, objetivando colaborar na tomada de decisões sobre o problema estudado, indicando possibilidades para que seja modificado, privilegiando essa pesquisa um caso particular, o CMS de Itápolis, onde essa opção é coerente com a busca de um método que permita enfatizar as especificidades do fenômeno que se estuda considerando aspectos dinâmicos e de sua estrutura e o funcionamento desse Conselho, com várias unidades de análise (incorporadas), desde as questões institucionais mais amplas (estrutural: sistemas normativo, de regulação, padrões históricos), até os diferentes atores, tanto representados como representantes das instituições envolvidas e do Estado.

Conforme Yin (2001), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro de seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidências.

Dessa forma, continua explicando o mesmo autor, um estudo de caso deve seguir as seguintes etapas: proposição de questões e respectivas hipóteses, variáveis a

serem consideradas em consonâncias com as questões e os sujeitos envolvidos, a relação lógica entre os métodos investigativos utilizados e as variáveis consideradas, e por fim uma interpretação das descobertas realizadas.

Segundo os objetivos do trabalho, esta pesquisa foi caracterizada como exploratória, pois se caracterizava pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, objetivando oferecer uma visão panorâmica sobre a estrutura e o funcionamento do CMS de Itápolis. Gonsalves (2007) explica que esse tipo de pesquisa é também chamado de “pesquisa de base”, porque oferece dados elementares que vão possibilitar realizar estudos mais profundos sobre o tema pesquisado.

Os estudos caracterizados como exploratórios, segundo Tripodi *et al* (1975, têm por objetivo “fornecer um quadro de referência que possa facilitar o processo de dedução de questões pertinentes na investigação de um fenômeno” e, familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias (BARDIN, 1977).

A pesquisa empírica realizou-se junto ao CMS de Itápolis, que é composto por um conjunto de atores institucionais, pessoas jurídicas, e pelos seus respectivos representantes, pessoas físicas³.

Como forma de estabelecer validade do construto e a confiabilidade deste estudo de caso, foram observados alguns princípios defendidos por Yin (2001), sendo:

- Utilização de várias fontes de evidência, como por exemplo: registros em atas, documentos da SMS de Itápolis, observação direta e entrevistas;
- Criação de um banco de dados para o estudo de caso: como uma maneira de documentar, organizar e armazenar formalmente os dados coletados;
- Desenvolvimento do estudo mantendo um encadeamento de evidências, citando documentos, entrevistas ou outras fontes de dados.

As técnicas de investigação utilizadas foram a análise documental das atas e relatórios arquivados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) local (Apêndice 5), entrevistas diretas com roteiro semi-estruturado com os representantes das instituições (Apêndice 2) e com os dirigentes das instituições representadas (Apêndice 4), e a

³ Essa distinção reveste-se de extrema importância no contexto da pesquisa, como será melhor explicitado adiante.

observação direta com roteiro (Apêndice 6) onde a pesquisadora participou apenas como ouvinte nas reuniões deste colegiado.

Inicialmente, não se intencionava utilizar a observação do desenvolvimento de reuniões do Conselho para análise. No entanto, com o desenvolvimento da pesquisa ocorreu a necessidade de coletar informações nas mesmas porque concluiu-se que era necessário observar o andamento das plenárias porque só a leitura das atas não possibilitava chegar a conclusões tão consistentes e completas de acordo com os objetivos do estudo. Portanto, observou-se o desenvolvimento das 30 reuniões do Conselho que aconteceram durante o período de 2007-2008.

Quanto à análise documental sobre o histórico do CMS de Itápolis, esta foi realizada nos arquivos da SMS do município e nas atas do Conselho no período de 1991 até 2008. E quanto à identificação dos temas e questões que estiveram presentes nas reuniões do Conselho estudado, consultou-se as atas de todas as reuniões dos mandatos de 2005-2006 e 2007-2008 (54 atas analisadas). Então, do período de 1991-2008 totalizaram-se 227 atas analisadas.

Conforme Trivinos (1995), a entrevista semi-estruturada é um importante instrumento que o pesquisador pode usufruir para coletar dados na pesquisa qualitativa porque ela valoriza a presença do pesquisador e possibilita que o respondente tenha liberdade e seja espontâneo, fazendo a investigação ficar muito rica em informações.

O entendimento do objeto de estudo não se daria, senão pela abordagem qualitativa, porque esta trabalha com o nível mais profundo da vida social, que não se mede, mas se interpreta (hábitos, valores, atitudes, opiniões) como explicam Minayo e Sanches (1993) e possibilita compreender fenômenos e fatos de pequenos grupos, como também, realizar a compreensão das relações que se dão entre os atores tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais (MINAYO, 1996).

Aplicar entrevistas aos dirigentes das instituições representadas no Conselho foi necessário para poder caracterizar as instituições e verificar se a entidade possuía alguém que decidisse questões a serem discutidas no Conselho. Inicialmente apresentou-se uma carta de apresentação da pesquisa (Apêndice 3) e, em seguida com o consentimento dos dirigentes em participar da entrevista procedeu-se a elas, o que totalizou 11 dirigentes

entrevistados⁴. As entrevistas foram conduzidas com dificuldades porque os dirigentes pareciam não estar dispostos a prestar tantas informações. Todas as informações que se possibilitou obter foram descritas no trabalho e quando observou-se que as instituições, com exceção do Governo Municipal, não possuíam ninguém que decidisse assuntos que comporiam a pauta do Conselho, sentiu-se a necessidade de entrevistar os conselheiros para verificar se mais informações pudessem ser obtidas quanto a essas contribuições das entidades no Conselho.

Assim, os representantes das instituições que compõem os CMS de Itápolis entrevistados, foram divididos por grupos, sendo:

- o grupo que representa o Governo Estadual constituído por 01 servidor, funcionário este integrante da Direção Regional de Saúde III (DRS) de Araraquara. Entretanto, como esse conselheiro não participa de nenhuma reunião, nada tem a contribuir sobre as questões de investigação da pesquisa;
- o grupo do Governo Municipal constituído por 02 servidores, funcionários da SMS de Itápolis;
- o grupo dos Trabalhadores da Saúde formado por 04 conselheiros, sendo 02 médicos e 02 enfermeiros, sendo funcionários de carreira da administração municipal;
- o grupo dos Usuários é representado por 08 conselheiros, sendo formado por representantes de entidades que potencialmente representam os usuários do sistema local de saúde. No entanto, esse grupo sofreu alteração na sua composição, no início do mandato de 2007-2008, sendo trocados 04 conselheiros;
- E finalmente, o grupo dos Prestadores de Serviços de Saúde é formado por 01 representante dessa classe, sendo que no início do segundo mandato analisado este conselheiro foi substituído por outro.

Baseando-se nestes 05 grupos de segmentos que possuem assento no referido Conselho, foi determinado os atores entrevistados na pesquisa referente ao período pesquisado. A Tabela 01 agrupa os grupos e a quantidade de atores que os compõem.

⁴ Cabe aqui esclarecer que o dirigente da DRS III não foi entrevistado porque não foi possível agendar uma reunião com ele para aplicar a entrevista. Depois de várias tentativas de tentar agendá-la, decidiu-se caracterizar a instituição com dados obtidos no site www.saude.sp.gov.br.

TABELA 01: Quantidade de atores entrevistados, por grupo, que compõem o CMS de Itápolis

GRUPO DE ATORES	QUANTIDADE
Prestadores de Serviços	2
Trabalhadores da Saúde	4
Usuários	12
Governo Municipal	2
Governo Estadual	0
TOTAL	20

FONTE: dados de pesquisa (2008)

A definição de quais conselheiros seriam entrevistados visou garantir a representatividade e a paridade entre os grupos. De acordo com Trivinos (1995), o pesquisador deve escolher os sujeitos a serem entrevistados de acordo com o que têm em mente, objetivando obter as informações necessárias para a sua pesquisa.

Para Minayo (1996), a amostragem da pesquisa deve:

- Privilegiar os sujeitos que possuem as informações que o pesquisador necessita conhecer;
- Considerá-los suficientes para que seja possível a reincidência de informações, onde o potencial explicativo deve ser considerado.

A informação aos conselheiros que era necessário entrevistá-los para confeccionar o presente trabalho, se deu da seguinte maneira: em primeiro lugar, enviou-se uma carta ao Presidente do CMS de Itápolis, antecipadamente, pedindo autorização para realizar uma visita a uma reunião do colegiado para que fosse possível informar aos conselheiros sobre a pesquisa e aplicá-la (Apêndice 1). Logo após, a resposta que o Presidente do Conselho forneceu foi de consentimento a realizá-la. Dessa maneira, a pesquisadora compareceu à reunião do dia 18 de setembro de 2008, porque esta foi a primeira reunião realizada logo após o consentimento do Presidente do Conselho.

Quando a reunião teve início, entregou-se a mesma carta que foi apresentada ao Presidente do Conselho a cada conselheiro presente, apresentando a

pesquisa e seus objetivos. Em seguida, esclareceu-se algumas dúvidas que os conselheiros apresentaram sobre o sigilo de suas identidades nas informações que seriam por eles prestadas.

Considerando que os conselheiros presentes na reunião não garantiam a totalidade da composição de todos os que seriam entrevistados, sendo encontrados na reunião visitada os 15 conselheiros que compõem o CMS estudado no mandato 2007-2008. Os outros 05 que integravam o colegiado no período 2005-2006 foram entrevistados em suas residências depois de permitirem a realização da entrevista por contato telefônico e nenhum recusou-se a se submeter a ela.

As falas destacadas nas entrevistas foram identificadas como mostra a Tabela 02:

TABELA 02: Identificação dos conselheiros nas entrevistas semi-estruturadas

IDENTIFICAÇÃO	REPRESENTANTES	INSTITUIÇÕES REPRESENTADAS
A	Representante do Governo Municipal (Secretário Municipal de Saúde) (1º e 2º mandatos)	SMS de Itápolis
B	Representante do Governo Municipal (1º e 2º mandatos)	SMS de Itápolis
C	Representante Usuários (1º e 2º mandatos)	Rotary Club de Itápolis
D	Representante Usuários (1º e 2º mandatos)	Associação Pais e Amigos do Excepcional (APAE)
E	Representante Usuários (1º e 2º mandatos)	Associação de Moradores do Bairro Itauera
F	Representante Usuários	Associação São Pelegrino

	(1º e 2º mandatos)	de Itápolis
G	Representante Usuários (2º mandato)	Clube da Terceira Idade de Itápolis
H	Representante Usuários (2º mandato)	Clube das Mães de Itápolis
I	Representante Usuários (2º mandato)	Lions Club de Itápolis
J	Representante Usuários (2º mandato)	Pastoral da Criança de Itápolis
K	Representante Usuários (1º mandato)	Clube da Terceira Idade de Itápolis
L	Representante Usuários (1º mandato)	Clube das Mães de Itápolis
M	Representante Usuários (1º mandato)	Lions Club de Itápolis
N	Representante Usuários (1º mandato)	Pastoral da Criança de Itápolis
O	Representante dos Trabalhadores de Saúde (1º e 2º mandatos)	Associação dos Profissionais de Saúde de Itápolis
P	Representante dos Trabalhadores de Saúde (1º e 2º mandatos)	Associação dos Profissionais de Saúde de Itápolis
Q	Representante dos Trabalhadores de Saúde	Associação dos Profissionais de Saúde de

	(1º e 2º mandatos)	Itápolis
R	Representante dos Trabalhadores de Saúde (1º e 2º mandatos)	Associação dos Profissionais de Saúde de Itápolis
S	Representante dos Prestadores de Serviços (1º e 2º mandatos)	Associação Santa Casa de Itápolis
T	Representante dos Prestadores de Serviços (1º mandato)	Associação Santa Casa de Itápolis
TOTAL	20	11

FONTE: dados da pesquisa (2008)

A pesquisadora apresentou comportamento não-diretivo, permitindo que os entrevistados respondessem às perguntas da forma como se sentissem mais a vontade, sem qualquer tipo de restrição de tempo e de linguagem. Em nenhum momento os entrevistados foram interrompidos na sua exposição ou chamados a alinhá-la com a pergunta formulada.

Após o término da entrevista, transcreveu-se as falas e quantificou-se algumas respostas e, em seguida dividiu-se todos os dados obtidos em unidades temáticas para que fosse possível tirar conclusões sobre o conteúdo das mesmas conforme os objetivos propostos no início deste trabalho.

Como técnica de análise dos dados utilizou-se a confrontação e a análise do conteúdo com ênfase na análise temática. Esse processo constituiu-se de várias fases, sendo a primeira fase a do tratamento dos dados, realizando-se a seleção dos documentos, das atas e dos relatórios da SMS do município (Apêndice 5) que foram usados como fonte

primária e, em seguida procedemos à transcrição das fitas contendo as entrevistas, onde cada entrevistado foi identificado conforme a Tabela 02.

O próximo passo foi realizar exaustivamente uma leitura, objetivando identificar conteúdos convergentes contidos nas entrevistas e nos documentos consultados, que foram agrupados e conformaram as unidades temáticas utilizadas como fio condutor para a fase seguinte que é a interpretação dos dados. Nesta fase, realizou-se a confrontação entre as falas dos entrevistados, com as atas das reuniões do CMS de Itápolis analisadas e os documentos da SMS analisados. A partir daí, as unidades temáticas foram sendo conformadas e apresentam-se no final como sendo:

- Estruturação do Conselho;
- Funcionamento do Conselho;
- Contribuição dos representantes e instituições representadas no Conselho.

Dentro de cada unidade temática foram novamente identificados núcleos temáticos e dentro destes, as unidades de fala, a partir das quais realizou-se as análises e interpretações da presente investigação.

Outros critérios de cientificidade foram observados no desenvolvimento deste trabalho como objetivação, tentando reproduzir a realidade como ela é, ou de forma mais aproximada possível. A coerência, utilizando a argumentação de forma estruturada, desdobrando o tema de forma progressiva facilitando o entendimento (DEMO, 1995).

1.4 Limites do trabalho

É importante declarar algumas limitações do presente trabalho. Este estudo consistiu em uma avaliação das contribuições das instituições representadas e de seus representantes no CMS de Itápolis, além de avaliar sua estrutura e seu funcionamento. Tratou-se de um retrato limitado no tempo, entre os mandatos de 2005-2006 e 2007-2008 deste Conselho, referentes ao governo municipal do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB) na gestão 2005-2008 e, como tal, um corte que não permitia uma extrapolação para além do universo pesquisado não permitindo uma análise abrangente da cultura cívica que poderia ser concretizada quando devidamente enquadrada no contexto histórico, social e político específico do grupo que se pretende estudar. É evidente, entretanto, que as limitações de tempo desta dissertação de mestrado inviabilizam tal dimensão de análise.

Preocupou-se, então, em tentar concretizar, em termos de cultura cívica, alguns comportamentos dos conselheiros e relacioná-los a sua participação no CMS de Itápolis.

1.5 Organização do trabalho

O texto desta dissertação de mestrado encontra-se estruturado da seguinte forma:

No Capítulo 1 desenvolvem-se os conceitos-chave de democracia deliberativa, cultura cívica, capital social e associativismo constante na literatura pertinente, apreendendo dessa literatura alguns componentes para subsidiar o estudo.

No segundo capítulo abordou-se, de forma sintetizada, a história sobre a descentralização das políticas sociais, realizando um enfoque no segmento da saúde. A importância desse resgate histórico permitiu compreender a reorganização dessa política e o papel das instâncias de governo, os novos espaços e os novos atores participativos dessa política.

Em relação ao Capítulo 3, a partir da importância percebida no Capítulo 2 que discorreu sobre o caráter administrativo, técnico, fiscal e também político da descentralização, expondo os novos espaços e os novos atores que participam das políticas, mostrando a participação da sociedade civil e sua influência nas decisões referentes à política de saúde local, no interior dos espaços participativos, os Conselhos gestores de políticas públicas, esse capítulo é dedicado a discorrer sobre o surgimento dos Conselhos, como são estruturados e como funcionam e alguns desafios que enfrentam.

No Capítulo 4, a preocupação foi retratar o processo de municipalização da política de saúde do município de Itápolis-SP, juntamente com seu histórico e com sua caracterização. Apresenta-se também, o ambiente institucional do SUS, considerado elemento importante nessa análise, uma vez que descreve as instituições participativas do SUS e a reorganização da política com o processo de descentralização ao qual a política de saúde foi submetida.

O Capítulo 5 apresenta os resultados da pesquisa sobre CMS de Itápolis, discorrendo sobre sua estrutura e funcionamento.

Finalmente, o Capítulo 6 é dedicado a apresentar as conclusões e as considerações finais do presente trabalho.

CAPÍTULO 1

TEORIA DELIBERATIVA, CULTURA POLÍTICA, CAPITAL SOCIAL E ASSOCIATIVISMO

Este capítulo é dedicado a discorrer sobre os conceitos teóricos da democracia deliberativa, cultura cívica, capital social e associativismo apreendendo da literatura alguns componentes para subsidiar o estudo.

1.1 As contribuições da democracia deliberativa

Formulada por Junger Habermas, durante os anos 90, a teoria da democracia deliberativa aponta que a democracia não pode ser limitada a um sistema de seleção de governantes, restringindo a participação dos cidadãos ao momento do voto (HABERMAS, 1995 e 1997). Para Habermas, o Estado não deve tomar decisões políticas sozinho, elas devem ser compartilhadas com as demandas oriundas da comunidade, concedendo uma fundamental importância ao processo discursivo de conciliação das opiniões dos cidadãos, como explicam Habermas (1997), Luchmann (2002) e Nobre (2004).

Para Habermas, a sociedade civil é entremeada por diferentes interesses, sendo enganoso imaginar que os possíveis consentimentos, consensos e aprovações unânimes representem seus desejos gerais que trazem benefícios e aplicabilidades a toda a comunidade.

Avritzer e Costa (2004) descrevem que:

A fonte de legitimidade política não pode ser, conforme Habermas, a vontade dos cidadãos individuais, mas o resultado do processo comunicativo de formação da opinião e da vontade coletiva. É esse o processo que, operado dentro da esfera pública, estabelece a mediação entre o mundo da vida e o sistema político, permitindo que os impulsos

providos do mundo da vida cheguem até a instância de decisão do sistema democrático (AVRITZER e COSTA, 2004, p. 708-709).

O que Habermas acredita, procurando defender em sua teoria, é que tanto o Estado como a sociedade civil desempenham papéis políticos importantes no debate. É nesse sentido que o conceito desenvolvido por Habermas de esfera pública, introduz uma possível relação crítica de argumentação com a organização política em detrimento da relação participativa direta, abrindo espaço para uma nova maneira de racionalidade e participação de se relacionarem (AVRITZER e COSTA, 2004).

Para que possa ocorrer essa relação crítica de argumentação à qual esses 02 autores se referem de maneira que traga satisfação, é preciso que a relação entre o Estado e a sociedade civil seja medida por uma esfera pública que consiga realizar a separação das demandas sociais de caráter essencialmente público e agitar e fortalecer as instituições estatais no sentido de democratizar as decisões políticas.

A democracia deliberativa emprega temas como “esfera pública” e “sociedade civil”, sendo conveniente que os sentidos dos mesmos sejam destacados e compreendidos.

Habermas define o termo “esfera pública” como:

Uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posições e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos (HABERMAS, 1997, p. 62).

No entanto, Habermas não se aprofunda no conceito de “sociedade civil”, mas ele pode ser notado nos trabalhos que Cohen e Arato (1992), os quais possuem conceituações mais elaboradas sobre o termo. Esses 02 autores aproveitaram a diferenciação proposta por Habermas entre o mundo da vida (onde se encontra a sociedade civil) e o sistema (o mundo das instituições políticas e econômicas) para oferecerem conceituações mais completas sobre o termo. Então, os citados 02 autores compreendem a sociedade civil como um conjunto de instituições de caráter não-econômico e não-estatal que é composta por um conjunto de associações voluntárias e movimentos sociais. Diferenciando-se da sociedade política, composta de partidos, organizações e parlamentos, e da sociedade econômica composta por organizações de produção como empresas e cooperativas.

É importante analisar também o termo “deliberação” para se compreender melhor a relação imaginada entre o Estado e a sociedade civil no contexto da democracia deliberativa. Nobre (2004) revela que existem 02 sentidos para o mesmo termo: a deliberação no primeiro termo é entendida como discussão e no segundo termo é entendida como uma tomada de decisão.

Com a consequência de fragilizar a legitimidade de seu poder, seria necessário que o Estado se mantesse permeável às demandas da esfera pública, fazendo penetrar novos temas em sua agenda política e fazendo com que seu processo decisório fosse responsivo aos anseios públicos da sociedade civil.

Segundo Habermas, estes anseios só se consolidam através da discussão e do diálogo entre indivíduos, capaz de desenvolver as diferenças e de orientar a construção de demandas coletivas independentemente do Estado.

Conforme Avritzer e Costa (2004, p.9), a democracia deliberativa, atualmente, deve “conectar os processos de decisão e deliberação pública, de sorte a permitir que o debate político gere não apenas possibilidades de consenso, mas transparência no exercício do poder”. Nessa concepção, a análise da teoria deliberativa deve estender a racionalidade comunicativa aos processos decisórios e assegurar, institucionalmente, a existência de fóruns deliberativos.

A compreensão do funcionamento dos novos espaços de participação criados na contemporaneidade, destacando os Conselhos Gestores de Políticas Públicas (objeto desse trabalho) observado a idéia básica dessa corrente da democracia deliberativa é a de que:

Somente podem ser ditas válidas (isto é, vinculantes moralmente) aquelas normas (isto é, regras gerais de ação e arranjos institucionais) que poderiam receber a anuência de todos aqueles afetados por suas consequências, se tal acordo fosse alcançado como resultado de um processo de deliberação que tenha as seguintes características: 1) a participação na deliberação é regulada por normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o debate; 2) todos têm o direito de questionar os tópicos fixados no diálogo; e 3) todos têm o direito de introduzir argumentos

reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas e conduzidas (NOBRE, 2004, p. 34).

No caso dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, a observação de Ugarte (2004, p. 98) de que as decisões coletivas podem ocorrer quando todos os atingidos ou pelos seus representantes participam é a mais apropriada.

Apresenta-se algumas críticas sobre as fraquezas da teoria deliberativa da democracia que Ugarte (2004, p. 99) realiza quando expõe que:

A debilidade da teoria deliberativa está em apostar tudo em uma ‘opinião pública livre, culta, responsável, informada e disposta a participar, capaz de exercer uma função propositiva inteligente e de controle do poder público’ que além de inexistente, parece utópica.

Deixando de lado as críticas desse assunto, as proposições da teoria deliberativa sobre a necessidade da democracia incorporar a participação dos cidadãos nos processos decisórios são importantes para esse trabalho.

Esta participação, no Brasil, deve ser olhada como livre da interação do Estado, mas como uma participação que em muitos casos foi criada e teve a colaboração na sua gênese do sistema político, o caso dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Apostar democraticamente nesses espaços é apostar nas potencialidades de democratização do Estado nesses espaços e de incorporação na agenda política de demandas democratizadas da sociedade. Mas para que as pessoas possam participar da política, é preciso disposição dos atores e senso de responsabilidade cívica.

1.2 A perspectiva da cultura política e sua influência para a democracia

Para defender uma visão ampliada da participação é necessário partir do princípio de que a participação ativa dos cidadãos nas questões políticas é essencial para a democracia. Entretanto, para que as pessoas possam participar da política, além dos atores estarem dispostos a isso, é necessário o senso de responsabilidade cívica.

Pateman (1992), após ter analisado a obra “*The civic culture*” de Almond e Verba na qual os autores realizam um estudo intercultural de atividades e comportamentos políticos em 05 países (Estados Unidos, Alemanha, Grã-Bretanha, Itália e México) analisando o senso de competência política e seu desenvolvimento, chegou a conclusão de que existe uma relação positiva entre o senso de competência com a participação política,

explicando que as pessoas com senso de eficiência política têm mais probabilidades de participar da política do que as que não possuem tal sentimento: “a convicção na própria competência é uma atitude política decisiva” (ALMOND e VERBA, 1965, p. 206-207 apud PATEMAN, 1992, p. 66).

Todavia, é de importância perceber quais os constrangimentos para o desenvolvimento deste sentimento de eficiência política. Pateman (1992) indica que a participação nos níveis mais altos da administração tende a se concentrar nas classes com nível socioeconômico mais elevado e com um maior grau de instrução, tendo o sentimento de competência política uma relação forte com o nível educacional porque fornece motivações específicas ao indivíduo interferindo no seu interesse de fazer parte no processo decisório, apresentando um sentimento de ter o dever de se tornar um cidadão mais ativo.

O mesmo autor também explica que é necessário considerar a relação que o governo e o sistema político estabelece com os cidadãos podendo contribuir para a participação e para um papel mais ativo deles, ou realizar o bloqueio do desenvolvimento de uma relação mais simétrica, sendo menos explicado quando coloca-se que apesar dos grandes obstáculos enfrentados pelas diferenças socioeconômicas e educacionais, a atividade do sistema político e do governo em direção à inclusão do cidadão comum nas decisões governamentais pode contribuir para sua competência política. Complementa colocando que os fatores como experiência e socialização em ambientes participativos podem reverter as atitudes dos indivíduos em relação às questões políticas, possuindo a idéia de que se aprende a participar participando.

Putnam (1996) também apresenta uma inquietação semelhante sobre a relação entre as mudanças produzidas pelo governo e a cultura política, quando em seu trabalho pesquisou as variáveis que explicam a diferença no desempenho institucional. Para ele, as instituições são moldadas pelo contexto social em que atuam, tendo relação direta com a cultura cívica de participação dos cidadãos.

Quando na Itália foram introduzidos os Conselhos regionais ocorreu uma mudança na cultura política das elites que os representavam, no sentido de uma despolarização ideológica e uma tendência à abordagem mais pragmática das questões públicas. A descentralização administrativa deu mais liberdade, acesso aos cidadãos e

líderes comunitários ao governo e aumentou a satisfação em relação ao desempenho do governo regional (PUTNAM, 1996, p. 43-68).

Ressalta Putnam (1996, p. 75) que não obstante a positividade da reforma em aproximar as instituições representativas do povo, a eficiência administrativa não se verificou em algumas regiões e não foi simétrica na região Norte em relação ao Sul. Essa diferença de desempenho é explicada pela diferença de capital social.

O capital social seria constituído por 03 importantes elementos: a confiança interpessoal é responsável pela promoção da cooperação e associada às regras de reciprocidade (certeza de que a confiança será retribuída) leva a um intercâmbio mais provável. O terceiro fator é a participação cívica sendo imprescindível para a existência do capital social e pode ocorrer em uma diversidade de associações voluntárias ou não, caracterizando-se por uma intensa interação horizontal (PUTNAM, 1996, p. 180-183).

Dessa maneira, se explicaria o desempenho do Norte da Itália pela diferença histórica de participação cívica. O desempenho de suas instituições foi ajudado pela cultura cívica dos cidadãos. Diferentemente na região Sul do país onde a permanência de práticas clientelistas se traduziu numa permuta vertical, onde apenas os grupos próximos à elite local têm acesso aos bens públicos, excluindo da representação vários segmentos da sociedade.

Para que se possa aferir a conduta cívica, algumas características são importantes. Uma delas é a participação cívica, que Putnam (1996) define como uma busca incansável do bem público à custa de todo o interesse puramente individual e particular. É também característica de uma comunidade cívica a participação cívica nos negócios públicos, tendo os cidadãos um interesse esclarecido e que não sofra de miopia, sendo sensível ao interesse dos outros.

Outra contribuição para a definição de uma comunidade cívica são essas características:

- *Igualdade política*: na comunidade cívica, a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos. A comunidade cívica deve manter-se unida por relações horizontais de reciprocidade e cooperação, e não por relações verticais de autoridade e dependência. Os cidadãos devem interagir como iguais (PUTNAM, 1996). Deve-se esperar que uma comunidade cívica apresente um ideal de

igualdade política entre cidadãos que seguem regras de reciprocidade e participam na resolução de assuntos públicos;

- *Solidariedade, confiança e tolerância*: os cidadãos de uma comunidade cívica são mais do que meramente atuantes. Eles costumam ser prestativos, solidários, respeitosos e confiantes uns nos outros, mesmo quando divergem em relação a assuntos importantes. Ela não está livre de conflitos, mas seus cidadãos são mais tolerantes com os oponentes. A confiança mútua é muito importante na comunidade cívica permitindo até superar com mais facilidade quando os interesses comuns não prevalecem porque o indivíduo, por desconfiança, prefere agir isolada e não coletivamente (PUTNAM, 1996).

Putnam (1996, p. 193) revela que “mudando-se as instituições formais pode-se mudar a prática política”. Por meio da instituição de governos descentralizados mais próximos da participação do cidadão foi possível verificar uma mudança no comportamento da elite, modificação das antigas estruturas de poder e uma certa autonomia subnacional. Para Putnam (1996, p. 194) a criação do capital social é de extrema importância para o funcionamento da democracia. Vamos, então, apresentar esse conceito.

1.3 O conceito de capital social

Conforme Putnam (1996, p. 170) o capital social é um conjunto de características da organização social, como normas, regras e confiança, que facilitam as ações coordenadas, aumentando a eficiência da sociedade. Ele é produtivo, possibilitando a realização de certos objetivos coletivos. Continua o mesmo autor a explicar que grupos sociais onde membros desenvolveram confiabilidade e possuem relações baseadas na confiança um com os outros terão maior capacidade de desenvolver ações que exijam a participação da comunidade, do que outros que não possuem essas características (p. 171), contribuindo para melhorar o funcionamento das instituições democráticas, porque estimula o interesse dos cidadãos pelo seguimento e avaliação de políticas públicas.

O capital social se constitui um bem público, sendo contrário ao capital convencional, que é um bem privado. Por se tratar de um atributo da estrutura social em que o indivíduo se insere, não é propriedade particular de nenhuma das pessoas que dele se beneficiam. Tem que ser gerado como sub-produto de atividades sociais.

Um componente muito produtivo do capital social são as regras de reciprocidade, que em comunidades que obedecem essas regras, têm melhores condições de cobrir o oportunismo e solucionar os problemas de ações coletivas (PUTNAM, 1996). Nas comunidades em que as pessoas acreditam que a confiança será retribuída, sem que venham a abusar delas, existe maior probabilidade de ocorrer intercâmbio (PUTNAM, 1996).

De acordo com esse mesmo autor, essas formas de capital social são “recursos morais”, ou seja, recursos cuja oferta aumenta com o uso, ao invés de diminuir, e que caso não sejam usados, se esgotam.

Até o momento, foi exposto de maneira sucinta o conceito de capital social, tendo como elemento básico a confiança. No entanto, observou-se como as regras de reciprocidade contribuem para reforçar a confiança, e para aumentar o capital social. Agora resta levar em consideração outro elemento essencial para o surgimento e esforço da confiança social - a participação cívica. No que segue, far-se-á referência às associações de interesses, por representarem o meio pelo qual a participação cívica pode ser efetivada.

1.4 O associativismo

Conforme Tocqueville (1998, p. 155) as associações voluntárias compreendem o coração da sociedade civil. Um longo período se passou sem que muita importância fosse dada ao papel das associações de interesses e os cientistas políticos vêm redescobrimo sua relevância para o processo de consolidação da democracia. Para Schmitter (1993, p. 10), por exemplo, todas as propostas que objetivam a reforma do Estado que detenham maior participação da sociedade civil nas decisões políticas levam em conta o papel dessas instituições.

Os governos estão sendo obrigados a enfrentar assuntos cada vez mais complexos e diversificados, obrigando a descentralização do processo decisório para instâncias subnacionais e aumentando a influência das associações de interesses. Também, os cidadãos de hoje não estão tão dispostos a identificar-se com símbolos e ideologias partidárias e defendem interesses muito mais hegemônicos do que no passado. Isso não quer dizer que os partidos políticos percam seu papel hegemônico na representação dos grupos sociais, mas quer dizer que precisarão enfrentar uma maior concorrência por parte das associações de interesses e movimentos populares nos processos de decisão política como explicam Schmitter (1993, p. 6) e Cohen e Rogers (1995, p. 2).

Elas contribuem para a eficácia e a estabilidade da governança democrática não só por seus efeitos internos sobre o indivíduo, mas devido a seus efeitos externos sobre a sociedade e sobre a ação do Estado. No seu interior, as associações injetam em seus membros hábitos de tolerância, cooperação e solidariedade, e também o senso de responsabilidade comum nos empreendimentos coletivos. No âmbito externo, a articulação e a agregação de interesses se intensificam por uma densa rede de associações secundária (SCHMITTER, 1993; COHEN e ROGERS, 1995; PUTNAM, 1996).

Para Cohen e Rogers (1995, p.165) esses valores e normas adquirem estabilidade quando emergem da própria experiência. Dessa maneira, a participação nessas organizações promove prática política, facilita o acúmulo de capital social e concorre para o surgimento de comunidades cívicas. Olhando por outro lado, as associações desempenham papel importante na produção de grupos tradicionalmente excluídos, que podem desejar incluir na agenda pública as questões que lhe interessam (COHEN e ARATO, 1995).

CAPÍTULO 2

DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS: PARTICIPAÇÃO E NOVOS ATORES NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

O presente capítulo visa abordar, de maneira resumida, a história sobre a descentralização das políticas sociais, realizando um destaque no segmento da saúde. Esse resgate histórico é importante para permitir compreender como a política se reorganizou e o novo papel das instâncias de governo, os novos espaços e os novos atores participativos dessa política.

2.1 Descentralização de políticas sociais e participação na gestão da política de saúde

O regime da Ditadura Militar levantou nos anos 70 vários movimentos populares e sindicais no Brasil. Esses movimentos são destacados por reivindicações por maiores participações nas decisões políticas e pela democratização do Estado (LUCHMANN, 2002).

Até 1988, conforme Ábilla (2001), o poder decisório e financeiro ficava nas mãos do poder central. Weigelt (2006) argumenta que essa centralização do poder nas mãos do Regime Militar conduziu a sociedade brasileira a apostar esperanças na descentralização e democratização, ocorrendo a partir dos anos 90, a implementação de um amplo programa de descentralização, principalmente na área da saúde, onde essa dinâmica que teve origem num processo histórico de centralização, utilizada como estratégia para aliviar a crise do Estado do Bem- Estar Social, o *Welfare State*, que essa autora explica que esse Estado se desenvolvia por meio da regulação do Estado na organização e produção de bens e serviços, intervindo nas relações sociais e regulando atividades econômicas.

Mendes (2001, p. 16) apud Weigelt (2006, p. 27) esclarece que

Esse Estado intervencionista, no período pós-guerra com sua extensa e centralizada burocracia, começa nos anos 70 a apresentar sinais de esgotamento. Então conjuntamente a uma série de reformas econômicas,

a descentralização foi utilizada como uma alternativa de racionalização de um Estado estruturalmente amplo, centralizado e onipresente.

Ábilla (2001) menciona que nesse contexto muitos consideram que a descentralização promove a participação social, quando esse processo apenas possibilita uma melhor canalização de demandas sociais, efetivando-se na política em locais que expresse a vontade política do poder local e que a população tenha consciência de seus direitos como cidadãos e estejam dispostos a reivindicá-los.

Essa luta pela queda do Estado autoritário, fez com que a descentralização significasse para muitos democracia (ÁBILLA, 2001), como se a descentralização fosse o bastante para segurar o autoritarismo, democratizar a sociedade e aumentar a participação dos cidadãos.

A participação, embora prevista em vários dispositivos constitucionais, nem sempre se concretiza na administração das políticas públicas de saúde, conforme explica Weigelt (2006), acrescentando que “oligarquias e grupos de interesses utilizam-se de manipulação para intervir nas decisões”, explicando que nas arenas decisórias a administração da política é exibida

aos diferentes interesses organizados da sociedade e se torna ainda mais difícil sua organização descentralizada, na medida que é vista como uma espécie de ‘perda’, abdicação, ou ‘roubo’ de poder do centro para autoridades periféricas, do Estado federal para instâncias subnacionais” (NOGUEIRA, 1997, p. 9 apud WEIGELT, 2006).

Geraci (2002) também explica que apesar da descentralização contemplar a idéia de uma participação popular mais ampla nas decisões políticas, sendo associada à democracia, não é muito sustentada nesse processo, porque essa participação se apresenta em decisões locais e está associada, de maneira constante, aos interesses de uma minoria que detém o poder visando a seus benefícios próprios.

O período destacado era uma época onde liberdades eram censuradas, e os cidadãos lutavam pelo direito de se associarem livremente em organizações participativas, esperando fundar bases de organização social e política no Brasil objetivando a garantia de novos direitos. Ainda que existisse grande diversidade entre os atores que integravam esses movimentos, de maneira uniforme reivindicavam creches, redução do custo de vida e eleições diretas (LUCHMANN, 2002).

A crise das condições onde o poder era exercitado na sociedade brasileira, causada pela cultura autoritária, fortalecida pelo poder executivo através das elites, explicando suportes institucionais democráticos enfraquecidos, resultando num ambiente onde havia reduzida democracia, menos participação e menor governabilidade (DINIZ, 2001; TATAGIBA, 2005).

Esse problema estava na reduzida capacidade de fazer vigorar decisões porque a construção e a implementação de políticas públicas exigem coordenação e legitimidade, e a necessidade de arenas decisórias⁵ em que processos de negociação acontecem é necessário (DINIZ, 2001).

Para Diniz (2001), essa nova proposta de reforma do Estado influenciaria a democracia, sendo que a governabilidade do Estado está na sua capacidade de inserir diferentes espaços de negociação e incluir diferentes atores representando um aumento da participação, revelando-se como uma política eficiente de combate à pobreza, e o crescimento desta é traduzido num risco à governabilidade e à estabilidade econômica.

Nesse contexto, onde o nível de investimentos na área social é reduzido e é elevado o combate à pobreza, a reestruturação das políticas sociais é baseada em 03 estratégias, sendo: a *focalização*, onde o gasto é direcionado para setores de maior pobreza; a *privatização*, onde entende-se como resposta à crise fiscal, evitando gastos públicos irracionais e aumentando o progresso; e a *descentralização*, entendida como uma maneira de aumentar a eficiência e a eficácia dos gastos públicos por aproximar problemas e gestão (WANDERLEY, 2000).

A descentralização da política de saúde teve início nos anos 80 e se estendeu até meados dos anos 90, com o processo de distribuição de responsabilidades⁶ entre os 03 níveis de governo: federal, estadual e municipal (DALLARI, 1995).

Pode ser traduzida, segundo Médice (1996, p. 304) apud Ábilla (2001, p. 17) como:

⁵ Espaços onde os atores se mobilizam em torno da política, discutem e fazem escolhas para colocar a mesma em ação ou não. As arenas decisórias do SUS são a CIT, a CIB e os Conselhos de Saúde nos níveis federais, estaduais e municipais (WEIGELT, 2006).

⁶ Quanto a questão de responsabilidade, cabe ressaltar que a análise histórica revela, a nem sempre clara distinção entre responsabilidade civil e penal dando origem a reparação e pena, respectivamente (DALLARI, 1995).

A transmissão do comando, execução ou financiamento desta política do nível central para o estadual ou municipal; pode se dar em uma mesma esfera de governo, ou seja, a passagem da administração ou execução de uma determinada política social da administração direta (ministérios ou secretarias) para administração indireta (autarquias ou fundações), também tem sido entendida como descentralização; quando esta é feita de cima para baixo, sem que haja aceitação ou participação ativa dos níveis locais no processo, ela simplesmente reorganiza a forma pela qual exerce poder, sem no entanto, desmontar o controle dos níveis centrais neste processo; quando esta ocorre por pressões das esferas estaduais e municipais, a natureza do poder se altera, aumentando a autonomia das esferas subnacionais, reduzindo efetivamente a capacidade de mando dos níveis centrais (...).

A descentralização possibilita a canalização das demandas sociais, promovendo a participação social. Na prática, pode se efetivar em locais que expresse vontade política do poder local e que a população seja conscientizada dos seus direitos como cidadãos e os exerçam (ÁBILLA, 2001).

De acordo com Ábilla (2001):

A Constituição de 1988 impulsionou e formalizou um processo de descentralização que, grosso modo, logrou ampliar a autonomia administrativa, política e financeira dos municípios, uma vez que estes passaram a ser tratados e reconhecidos como entes federativos. A partir de tal mudança constitucional, o poder local vem sendo submetido a transformações no que diz respeito ao seu papel, assumindo novas responsabilidades e experimentando a exploração de novas potencialidades na busca de equacionar, quase que de forma independente, os desafios impostos pelas necessidades de desenvolvimento social, político e econômico. Acrescenta-se a esse cenário o fato de que além da ampliação de competências e deveres, a descentralização preconizada por essa Constituição possibilitou a instauração paulatina de condições institucionais e políticas para uma atuação governamental mais democrática no nível local.

A estratégia de reorganização do sistema de saúde brasileiro inicia-se em 1983 com as Ações Integradas de Saúde (AIS)⁷. Foram implementadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), constituindo-se em uma estratégia de integração programática entre instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais, no contexto de cada unidade de federação, objetivando o desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, através da coordenação das secretarias estaduais de saúde em consonância com a Política Nacional de Saúde (ÁBILLA, 2001).

O papel das AIS teve continuidade até o advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que também objetivava a descentralização do sistema de saúde. Considerava as seguintes prerrogativas: valorização do setor público na execução de política de saúde; a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário e, a priorização de contratos com serviços filantrópicos para atender as necessidades de complementação da cobertura assistencial prestada por serviços próprios fundamentados por normas de decreto público e qualidade de serviços (ÁBILLA, 2001).

O SUDS vigorou até 1990, com a implantação do SUS que para sua implementação foram estabelecidos, pela Constituição Federal de 1988, a descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera de governo; integralidade no atendimento, com prioridade para as atividades preventivas; participação da comunidade, como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

Os entes federados que resolvessem aderir ao processo de municipalização deveriam instituir um órgão local encarregado da gestão da política de saúde, o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde, o que viabilizaria a realização das transferências “fundo a fundo” (GERACI, 2002).

Os estados deveriam habilitar-se sob duas formas de gestão:

- *Gestão Parcial*: o Estado assumiria a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, através do cadastramento, programação e pela coordenação e gestão dos sistemas de alta complexidade;

⁷ As políticas de saúde implementadas no município de Itápolis estão discutidas no Capítulo 4 do presente trabalho.

- *Gestão Semi-plena*: a Secretaria Estadual de Saúde (SES) assumiria a completa gestão sobre os serviços de saúde do Estado. Além das atribuições da gestão parcial, o Estado deveria assumir o planejamento da rede pública e privada, controlando e pagando os prestadores ambulatoriais e hospitalares.

Aos municípios cabiam as seguintes habilitações conforme a gestão a que os mesmos assumissem:

- *Gestão Incipiente*: a SMS deveria assumir o credenciamento e a contratação, além da autorização do cadastramento dos prestadores de serviços médicos e também deveria controlar os serviços ambulatoriais e hospitalares em seu território, mas não responderiam pela qualidade dos serviços oferecidos;
- *Gestão Parcial*: além das atribuições da gestão incipiente, a secretaria municipal de saúde deveria gerenciar todas as unidades ambulatoriais públicas existentes no município. Caberia ao município a responsabilidade pública pelo gerenciamento de todos os serviços de atendimento básico em seu território, o que significaria gerenciar inclusive os serviços ambulatoriais estaduais;
- *Gestão Semi-plena*: a SMS assumiria a gestão do sistema municipal de saúde, além do gerenciamento de todas as unidades públicas de saúde do município e a execução e controle de todas as ações básicas de saúde e de todos os atos e procedimentos médicos nos limites do município, inclusive o pagamento da rede hospitalar conveniada;
- *Gestão Plena da Atenção Básica*: o município assume a gestão dos serviços de atenção básica, incluindo a gestão das unidades prestadoras públicas o controle e o pagamento dos serviços de unidades controladas, conveniadas e externas ao município. O município também tem uma lista de atividades que inclui ações como execução das ações básicas de vigilância sanitária e procedimentos individuais de caráter ambulatorial nas especialidades básicas como a clínica médica, ginecologia e pediatria. Mas, os serviços mais complexos como internações hospitalares e ambulatoriais especializados seriam pagas pela SES ou pelo Ministério da Saúde;
- *Gestão Plena do Sistema Municipal*: a administração municipal é responsável por todas as ações prestadas ao município. Assim, a SMS conta com as transferências

do Teto Financeiro de Assistência ao Município (TFAM)⁸, do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), dos recursos das ações de epidemiologia e controle de doenças e com a remuneração de serviços de vigilância sanitária.

Para que o município se enquadrasse na gestão plena da atenção básica ele deveria entre outras exigências comprovar o funcionamento do conselho municipal de saúde, a operação do fundo municipal de saúde, a existência do plano municipal de saúde, capacidade administrativa para contratação, para pagamento, para controle e auditoria dos serviços sob sua gestão, comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas na lei e na capacidade de desenvolvimento das ações de vigilância sanitária.

Quando o município se enquadrar nessa condição de gestão, o gestor municipal tem autonomia para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território, podendo até mesmo alterar os valores de procedimentos médicos, mas tendo que usar a tabela nacional como referência mínima. O município, então, fica responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, seja qual for o provedor.

Assim, com o início desse processo de descentralização das políticas sociais, Weigelt (2006, p. 13-14) explica que esse processo não se limitou apenas à natureza

Administrativa, ou técnica e fiscal, e adquire uma natureza política com a participação dos entes federados (União, Estados e Municípios) e da sociedade. Portanto, envolve por definição, relações intergovernamentais em um Estado federativo, com regime democrático, constituído por instâncias subnacionais com autonomia e independência no plano político-institucional aberto a interesses diversos.

Percebe-se, que os movimentos sociais sofreram mudanças com a abertura política em 1985, deixando de apontar para questões reducionistas, que deterioravam o Estado e passando, com a Constituição de 1988, a novos contornos para a sociedade civil, que passa a desempenhar um papel mais cheio de proposições junto ao Estado, apostando em atuar de maneira mais conjunta (DAGNINO, 2002).

Essa atuação possibilitou à sociedade a apresentação de sugestões em encontros, possibilitando que vários atores com projetos políticos diferentes atuassem em

⁸ Maiores informações sobre o TFAM e o PBVS em www.datasus.gov.br.

plenárias e colegiados, ampliando-se o espaço de participação e ocorrendo uma conjunta atuação entre o Estado e a sociedade civil (DAGNINO, 2002). Esses espaços participativos funcionavam como espaços de participação institucionalizados, deixando a sociedade civil a posição de combate diante do Estado para passar a uma posição dissolvida em espaços participativos institucionalizados (LUCHMANN, 2002).

Os entes federativos que mais se destacavam em interações com a sociedade civil foram os municípios por se encontrarem numa proximidade maior com a população (LUCHMANN, 2002), sendo que em decorrência da Constituição de 1988, inúmeros espaços de participação política foram institucionalizados em municípios, que na década de 90, observam-se os conselhos gestores de políticas públicas (AVRITZER, 2002), estando presentes em praticamente todos os municípios brasileiros, criando grandes expectativas na construção de políticas públicas em vários setores, como educação, assistência social e saúde.

Assim, é o resultado de um processo demorado que envolve diferentes interesses, divergências e negociações entre várias instâncias e entre atores que fazem parte dela e discutem a política e quanto mais atores fizerem parte desse curso político, mais amplo ele será, sendo a política pública o resultado das relações que eles estabelecem entre si. Dessa maneira, compreende um conjunto de atores que possuem interesses e que se mobilizam em torno da política.

Lembra Weigelt (2006) que como qualquer política pública, a política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontos entre a burocracia pública, profissionais de saúde, partidos políticos, grupos de interesses e sociedade civil.

Essa autora ainda explica que a reforma sanitária possibilitou a ampliação das formas representativas definindo modalidades representadas da sociedade civil, tendo como exemplo os conselhos de saúde nos níveis federais, estaduais e municipais, complementando que nessa arena colegiada do SUS é a responsável por definir os rumos da política.

A Constituição Federal de 1988 incorporou em seu conteúdo um conjunto de princípios e conceitos conquistados pela sociedade e considerados norteadores da Reforma⁹ Sanitária (WEIGELT, 2006).

⁹ Para maiores informações sobre esse movimento consultar Arretche (1999).

Esses conceitos são descritos no artigo 198 da mencionada Constituição, onde ficou estabelecido que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

Esses princípios organizam um sistema de forma regionalizada, hierárquico e descentralizado, dando ênfase à participação social sobre decisões de políticas de saúde, executando e fiscalizando serviços e recursos aplicados na saúde.

2.2 Novos atores participativos: a sociedade civil

O período acima citado mostra a atuação de novos atores institucionais no processo de democratização das decisões em políticas públicas, inserindo a democracia no processo de mudança estatal, que segundo Avritzer (1995), esses novos atores compreendem a sociedade civil como vocalizadora da política democrática.

Dagnino (2000) considera, também, que esses novos atores venham a exercer um democrático controle sobre o Estado, desenvolvendo uma noção de democracia que vai além dos limites das instituições públicas e busca a democratização da sociedade como um todo, constituindo sujeitos sociais ativos que definem o que consideram ser seus direitos e lutando pelo reconhecimento deles. Mostra também, que a ênfase na sociedade reivindica uma transformação radical do Estado.

O papel da sociedade civil nos processos democráticos está em harmonia com a deliberação, onde debates entre a esfera pública e transformações no processo decisório e nas relações entre Estado e sociedade acontecem (AVRITZER e COSTA, 2004).

A ampliação da participação entre os atores representantes de inúmeras instituições nos processos de tomada de decisão, revelam-se objeto de disputas políticas acentuadas, quando são integrados em contextos institucionais que lhe roubam o seu potencial democrático e transformam as relações de poder (SANTOS e AVRITZER, 2003).

A contribuição para democratização do sistema político que a sociedade civil oferece, trata-se de um inovado processo na sociedade brasileira, sendo que a participação da sociedade civil nos espaços participativos brasileiros é contraditória e fragmentada, porque o risco de manipulação por outros grupos políticos está presente (SANTOS e AVRITZER, 2003).

Outro problema, segundo Dagnino (2000), é a dificuldade do Estado em dividir o poder e o isolamento desta na estrutura administrativa do Estado.

Como explica Boschi (1987), os novos atores coletivos expressam suas reivindicações e precisam que ocorra a regulamentação de seus direitos na esfera política por meio da institucionalização das demandas, onde a canalização delas poderá ocorrer, esclarecendo o autor que esse processo resultou da interação entre o Estado autoritário, que já estava em processo de abertura pela redemocratização e pelas demandas da sociedade civil.

O maior objetivo desses movimentos feitos pela sociedade civil foi buscar melhorias urbanas através do desenvolvimento de estratégias junto ao poder político, se relacionando continuamente com o Estado, integrando movimentos que estão sempre dispostos a negociar, apresentando uma visão dos interesses que estão em jogo (BOSCHI, 1987), podendo apresentar-se como um mecanismo potencialmente capaz de democratizar o Estado, onde setores populares bem organizados podem ser incorporados no processo decisório de políticas públicas urbanas (AZEVEDO e PRATES, 1991).

A participação desses novos atores atua em parceria com o Estado, porque a sociedade possibilita uma maior intervenção do Governo, potencializando informação e recursos (TATAGIBA, 2005). A mesma autora continua a destacar que os novos atores inovam os processos, os conteúdos das políticas, possibilitando diálogo entre os públicos e as instituições no que se refere à democratização do processo decisório.

Azevedo e Prates (1991) destacam os conceitos de envolvimento participativo, sendo:

- *Participação Instrumental*: esse conceito é caracterizado quando a comunidade envolve-se diretamente em um projeto específico do âmbito local, formulando mão-de-obra, que pode ser sub-remunerada ou voluntária, e alocando recursos e equipamentos de consumo coletivo, proporcionais à iniciativa governamental;

- *Participação Ampliada ou Neocorporativa*: caracteriza-se pela capacidade dos grupos de interesse de exercer influência, de maneira direta ou indireta na formulação, implementação e diretrizes de políticas públicas.

Essa participação, que geralmente ocorre em órgãos colegiados do tipo Conselhos (objeto de pesquisa desta dissertação) apresenta várias dificuldades de enquadramento em razão de inúmeros e possíveis arranjos envolvendo os atores da sociedade e do governo, sendo: a composição dos atores, sem processo de seleção e definição da agenda.

Esses autores destacam, ainda, que esse pode ser um mecanismo com grande potencial de democratização do Estado e incorporação de várias instituições populares no processo deliberativo da política.

2.3 Novos espaços de participação: os Conselhos de Saúde

De acordo com Huntington (1994), o final da década de 70 revitalizou a sociedade aflorando novos atores políticos que estavam dispostos a controlar as ações do Estado, o que esse autor chamou de “terceira onda de redemocratização”¹⁰, onde desse processo surgiu uma sociedade civil com mais autonomia, que apresentava uma forte noção de participação ao processo de democratização.

Ao vocabulário político dessa época foi introduzido o conceito de sociedade civil¹¹, resultado de uma luta por um regime civil mais democrático, objetivando a fabricação de políticas públicas que atendessem às demandas da população (TATAGIBA, 2005). Sendo, para Diniz (1985), impossível negar a influência que a sociedade civil exerceu sobre o sistema político e o processo de abertura do Estado autoritário, não sendo a cúpula do Estado a única dirigente. O processo de descentralização era adequado às demandas da sociedade para penetrar no instrumento do Estado e guiá-lo e também amenizava a crise fiscal e racionalizava os gastos compartilhando-os com as esferas estaduais e municipais (NOGUEIRA, 2004).

Tatagiba (2005) explica que foram positivos os resultados desse processo de descentralização no que se refere ao processo decisório de políticas públicas, ocorrendo no

¹⁰ Esse autor observou os acontecimentos do século XX que se desencadearam simultaneamente em vários países, sendo: a primeira ocorreu após a I Guerra Mundial; a segunda após a II Guerra Mundial; e a terceira inaugurada com a Revolução dos Cravos em Portugal em 1974.

¹¹ Conceito definido no Capítulo 1 dessa dissertação.

período após a Constituição de 1988, o surgimento de inúmeros espaços de participação, em que a sociedade civil podia reivindicar, prestar serviços e influenciar nos processos decisórios de políticas públicas, corroborando a efetivação da democracia num processo decisório descentralizado. Para Borja e Castells (1996), o processo de descentralização do Estado na década de 80, revalorizou o papel dos governos locais, porque os municípios oferecem respostas mais rápidas aos problemas, pois estão vivenciando os mesmos.

Entretanto, é necessário esclarecer: quem são os atores que participam dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas?

O retrato da participação revela uma diversidade de segmentos (instituições governamentais, sindicais, patronais, sociedade civil organizada e usuários) a representação social está atrelada a segmentos com capacidade de organização e presença na esfera pública.

Os conselheiros apresentam, em geral, ensino médio completo ou alta escolaridade (curso superior e pós-graduação). Nesse aspecto, os segmentos da sociedade civil apresentam níveis educacionais mais baixos que os conselheiros governamentais, o mesmo ocorrendo com o rendimento dos conselheiros (ALMEIDA, 2006).

A cultura cívica e associativa se manifesta através da participação em entidades de caráter social e político. Reflete-se também pela filiação a partidos políticos, estando a sociedade altamente informada dos fatos sociais em geral, através de meios de comunicação. O associativismo também se nutre por meio da capacitação técnica através de atividades como cursos e seminários (ALMEIDA, 2006).

Geralmente, a literatura sobre o assunto destaca que o perfil dos participantes dos Conselhos difere muito dos dados da população brasileira em relação à escolaridade, renda, associativismo e engajamento político (FUKS, 2002 e 2004; PERISSINOTTO, 2004). Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003) realizaram uma pesquisa em 05 capitais brasileiras e concluíram que os Conselhos estudados apresentaram-se como verdadeiras “comunidades cívicas”.

Cortês (2004) apud Pessanha, Figueiredo e Campagnac (2006) informa que a literatura aborda a questão do impacto desses participativos na gestão de políticas públicas de 02 maneiras: alguns defendem a idéia que os Conselhos favorecem a democratização possibilitando deliberações participativas, aumentando a eficiência da

gestão. Outros autores, como observou-se na Introdução deste trabalho, são mais céticos em relação a tais possibilidades de que esses espaços são capturados, burlados e manipulados por determinados grupos em relação a outros, aumentando a presença dos gestores na participação.

Santos Jr., Ribeiro e Azevedo (2004) não assumem como pressuposto o argumento elitista de incapacidade das massas e superioridade das elites. Escolher extratos médios da população parece refletir a extrema carência de desigualdade de nossa estrutura social em que os cidadãos ou preferem escolher os mais capazes, ou não se envolver ou simplesmente permanecerem alheios à participação cívica por não terem condições de reconhecerem as oportunidades.

É necessário considerar que uma “elite social” que participa dos Conselhos não significa uma homogeneidade entre os segmentos ali representados no que se refere à cultura política. Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003) vão destacar a importância de prestar atenção para as diferenças entre os grupos em termos de cultura política e as consequências de uma distribuição de recursos desigual para participação política dos indivíduos que compõem os Conselhos.

Esses autores, para compreender a relação de poder que se estabelece nos Conselhos de Saúde, Assistência Social, Trabalho e Criança e Adolescente de Curitiba, analisam as variáveis que costumemente se apresentam de forma agregada (interesse por política, ativismo eleitoral, associativismo, filiação partidária, competência política subjetiva em geral e dentro do Conselho) considerando os diferentes grupos (Trabalhador, Usuário, Prestador e Gestor).

No que se refere aos Prestadores, nota-se a autonomia do interesse em relação ao envolvimento com a política. Apesar deste ser o segundo grupo com maior nível de escolaridade e o que mais se informa sobre política, apresenta menor engajamento eleitoral e filiação partidária. Na maioria dos casos são vindos de entidades filantrópicas que buscam nos Conselhos recursos políticos destinados a ações assistenciais, estão mais voltados para interesses corporativos do que para questões mais amplas da política. São os atores que apresentam um grau maior de competência política subjetiva.

Os Trabalhadores e o Governo possuem recursos de cultura política equilibrados. Os 02 apresentam um elevado índice de informação sobre a política e engajamento político eleitoral. No caso dos Trabalhadores o grande número de filiação

sindical e o ativismo, que normalmente está associado a essas entidades explicam, em parte, a participação eleitoral. O Governo, a própria natureza do grupo, formado por quadros do funcionalismo público que mantém uma relação de confiança com o Executivo local, os obriga a ter uma participação ativa nos movimentos eleitorais. Quanto á competência subjetiva prevalece a opção “grande força” nos 02 grupos.

Os Usuários assim com os Prestadores apresentam desempenho menos uniforme em relação à dimensões da política. Ocorre uma completa inversão quando se passa do interesse por política para o ativismo eleitoral. Este grupo apresenta um envolvimento emocional intenso pela política como atividade, mas o seu interesse por política é o menor entre os demais, confirmado pela menor freqüência em que se dedicam á leitura de leituras políticas no jornal. Para os autores, a pouca procura por informação pode estar associada à diferença em relação à renda e escolaridade dos Usuários, menor que os demais grupos, e, em associação com estes 02 fatores, menor tempo disponível.

No que se refere à filiação partidária, o destaque dos Usuários é grande em relação aos outros grupos. Para os autores, isso apresenta-se como variável-chave para explicar a capacidade diferenciada de atuação política dos grupos.

Para analisar pequenos grupos, como os Conselhos, é preciso considerar “a cultura política como um recurso desigualmente distribuído entre os grupos que compõem as comunidades analisadas, e que, portanto, pode ser uma das bases da desigualdade política” (FUKS, PERISSINOTTO e RIBEIRO, 2003, p. 24).

Diante da importância percebida em relação a esses novos espaços participativos, o capítulo seguinte é dedicado a discorrer sobre esse assunto.

CAPÍTULO 3

OS CONSELHOS: NOVOS FORMATOS DE PARTICIPAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Este capítulo realiza uma revisão da literatura sobre os Conselhos, discorrendo sobre seu surgimento, como é estruturado, como é composto, a formação de sua agenda e é finalizado com uma apresentação dos desafios que os Conselhos enfrentam para exercerem suas práticas de controle social.

3.1 O surgimento dos Conselhos

Conforme Tótora e Chaia (2004), os Conselhos não são novos, aparecendo pela primeira vez na história na França, logo após a Revolução Francesa, sendo o Conselho Revolucionário Municipal organizado pela Comuna de Paris.

Os Conselhos entram na arena política brasileira nos anos 90, sendo instituídos pela Constituição de 1988 e a Lei Orgânica dos Municípios de 1990, combinando mecanismos de participação direta da sociedade civil como formas tradicionais de participação, surgindo como canais de participação política para gerir direitos sociais coletivos nos níveis federados.

Tótora e Chaia (2004) reconhecem os atores sociais como interlocutores legítimos dos poderes estabelecidos, mas considerando que nos anos 90, esses colegiados foram apresentados como estratégia do Estado e ampliação da participação política, inserindo-se num projeto de responsabilidade para administrar bens públicos.

Para esses autores, os Conselhos potencializaram suas forças para legitimar a ordem vigente e descuidaram da promoção de políticas sociais, inserindo-se num contexto onde o governo monopoliza os recursos e os aparatos burocráticos.

Como explica Côrtes (2002), esses colegiados, por lei, devem participar estabelecendo estratégias, decidindo sobre a alocação de recursos financeiros e monitorando a implementação de políticas.

Apesar da grande maioria dos Conselhos terem sido criados por exigência federal para repasse de recursos, a consolidação dos Conselhos obrigatórios deu espaço para demandas de novos Conselhos ligados à defesa de direitos de grupos específicos.

No âmbito municipal, tanto os Conselhos de Educação, como os de Saúde, estiveram extremamente ligados à criação de uma política no nível federal para garantir ao público o acesso a essas políticas, sendo que no caso da área da saúde, pela criação do SUS, em que municípios que aderiram a esse convênio teriam recursos transferidos a eles para que fosse possível manter esses serviços.

Os Conselhos de Saúde existentes em municípios brasileiros podem ser considerados embriões do formato dos Conselhos Municipais que se disseminaram no Brasil pós-constituente (ALMEIDA, 2006).

A Reforma Sanitária no Brasil garantiu que a saúde fosse a primeira política social a ser regulamentada após a Constituição de 1988. Os integrantes desse movimento o sistematizaram e mobilizaram em torno do projeto do SUS, e defenderam também a criação, a partir dos anos 90, de uma extensa rede de Conselhos de Saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional (SANTOS JR., RIBEIRO e AZEVEDO, 2004). O mesmo autor observa que é o único Conselho composto, em sua maioria, por membros da sociedade, seguindo o princípio da paridade, no qual os representantes da sociedade civil ocupam 50% das cadeiras e os representantes do Governo, Trabalhadores da Saúde e Prestadores de Serviço ocupam os outros 50%.

3.2 Composição dos Conselhos

De acordo com Silveira (2008), os Conselhos devem possuir uma composição plural, para que seja possível expressar forças e interesses de uma política, demandando uma atenta fiscalização dos que estão representados, devendo manifestar interesses divergentes, permitindo que interesses de caráter egoísta sejam afastados podendo chegar a formar compromissos mais igualitários.

Os Conselhos são constituídos por representantes do governo e da sociedade civil. Da parte do governo, estão representados os órgãos do Executivo. Da sociedade civil, participam várias associações, organizações e também aquele cidadão que não tem ligação com nenhuma associação, que participa do conselho através de eleição por sua comunidade para que ele a represente no conselho. O cidadão comum tem a familiaridade com os

problemas do seu entorno, onde pode ser uma alternativa para democratizar o conselho que faz parte.

Para determinar os segmentos, é necessário saber sua proporção. Deve-se levar em conta alguns critérios:

- Representantes com interesses conflitantes;
- Favorecimento da inclusão de grupos em minoria;
- Incluir grupos mais vulneráveis.

3.3 Seleção dos membros e infra-estrutura dos Conselhos

Existem inúmeras maneiras de selecionar os conselheiros, onde é comum adotar distintos processos para cada segmento de representantes. O segmento da sociedade civil, por exemplo, é escolhido através do voto em assembleias próprias ao segmento representado no Conselho.

Há ainda, outros critérios para escolha de conselheiros com reduzida democracia, onde grupos chegam ao colegiado através de vínculos que tinham com atores do Estado, criando relacionamentos com menos transparência, com uma tendência a ser mais intensa no âmbito municipal.

Conforme Tatagiba (2004), os Conselhos estão estruturados da seguinte forma:

- *Plenário*: é formado pelos conselheiros titulares;
- *Mesa diretora*: é o órgão que dirige e executa o Plenário, sendo responsável pelo funcionamento do conselho;
- *Secretaria Executiva*: tem a função de auxiliar e organizar o trabalho do colegiado
- *Comissões Permanentes*: fornecem auxílio técnico para que os conselheiros possam realizar sua atuação, tendo a função de prestar auxílio ao Plenário resultando em pareceres que é o Plenário que fornece para decisões finais.

Precisa de orçamento e Secretaria Executiva e nem sempre os colegiados possuem condições para seu funcionamento, mostrando um grau reduzido de institucionalização e bastante dependente do poder Executivo.

3.4 Funções dos Conselhos

Conforme Tatagiba (2004), as funções que os Conselhos devem exercer são as deliberativas, abrindo possibilidade de participação nas discussões e decisões sobre seus temas, no intuito de transformá-los em programas e políticas para a população (usuários), nos limites que a lei estabelece. Deixa claro que, os Conselhos precisam respeitar as competências que a lei os estabelece, não lhe sendo permitidos extrapolar as competências a eles ligadas, promovendo também, a articulação entre Estado e sociedade civil sobre as políticas públicas, sendo específicos em seus contextos.

3.5 A agenda

Souza (2006) destaca a definição da agenda e pergunta por que algumas questões entram na agenda e outras não. Cada participante (ator social) pode atuar como um incentivo ou como um veto.

Os governos definem suas agendas observando os problemas, como se constrói a consciência coletiva para enfrentar esses problemas, sendo um fator significativo na construção da agenda. E quanto aos problemas, é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito, e é quando os *policy making*¹² do governo prestam atenção em algumas questões em detrimento de outras (SOUZA, 2006).

3.6 Tipos de Conselhos

Tatagiba (2002, p. 49) divide os Conselhos em 03 tipos principais para caracterizar a multiplicidade desses espaços. Eles são discriminados a seguir:

- *Conselhos Setoriais de Políticas*: geralmente esses Conselhos são previstos na legislação nacional, sendo ou não de caráter obrigatório e possuem funções estabelecidas legalmente na formulação e implementação de políticas na respectiva esfera governamental, planejando e fiscalizando ações. Representam um espaço onde ocorre a negociação dos diferentes grupos sociais. Fazem parte desse grupo os Conselhos de Saúde, Assistência Social e Educação;
- *Conselhos de Programas*: são ligados a programas governamentais concretos e estão associados a ações emergenciais delimitadas quanto ao escopo e clientela. São exemplificados com os Conselhos Municipais de Alimentação Escolar, de Habitação e Emprego;

¹² Processos pelos quais as políticas são produzidas (WEIGELT, 2006).

- *Conselhos Temáticos*: surgem na esfera local por iniciativa municipal ou estimulados pela esfera estadual e se associam a temas gerais, peculiares ao perfil político ou social do município. São eles: os Conselhos de Transportes, os Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, de Cultura, de Esportes, e ainda outros.

Allebrandt (2004) acrescenta mais 02 tipos de Conselhos a seguir:

- *Conselhos Territoriais*: são Conselhos presentes em muitos municípios, têm atuação no processo de formulação e gestão de políticas com um caráter universalizante, mas no âmbito territorial, onde exerce várias funções executivas. São eles: os Conselhos Distritais, Conselhos de Regiões Administrativas, Conselhos de Bairros;
- *Conselhos Globais*: são Conselhos que possuem um caráter mais generalista, envolvendo vários temas transversais. São eles: Conselhos de Desenvolvimento Municipal, Conselhos de Desenvolvimento Urbano.

Por fim, ressalta que esses espaços possuem composição plural e paritária, permitindo aos diferentes atores envolvidos nesses processos de deliberação expressarem publicamente suas diferenças, de modo que todos influenciem os resultados.

3.6.1 Os Conselhos Setoriais de Políticas Públicas

Os Conselhos são definidos como sendo espaços públicos institucionalizados pelo Estado, com o objetivo de promover a participação popular na formulação e no controle de políticas públicas, como explica Tatagiba (2002 e 2004). Essa autora salienta que, são espaços plurais nos quais representantes tanto da esfera estatal quanto pública, fazem negociações, estabelecem disputas e produzem políticas públicas compartilhando responsabilidades.

São órgãos amparados pela legislação nacional, que apresentam caráter obrigatório, ligados e atuantes nas 03 esferas de governo, possuindo ligações com as políticas públicas, com atribuições estabelecidas legalmente na formulação e implementação de políticas (LEI 8.142/90).

Os Conselhos Setoriais de Políticas Públicas, como explica Tatagiba (2004, p. 348),

Não são espaços do governo, tampouco da sociedade civil. São espaços públicos plurais, nos quais representantes da sociedade civil e do Estado, disputam, negociam e, ao mesmo tempo, compartilham a responsabilidade pela produção das políticas públicas em áreas específicas.

São entendidos como espaços públicos onde demandas e interesses específicos de grupos sociais são captados e a participação dos segmentos que possuem menos acesso às ações do Estado são ampliados (LUCHMANN, 2002).

Tatagiba (2002) também denomina esse tipo de Conselho como Conselhos Gestores de Políticas Públicas, onde explica que:

São espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais.

Constitui-se também numa participação cidadã, que se dedica a compartilhar decisões governamentais, garantindo direitos e obtendo resultados (NOGUEIRA, 2004). Essa participação cidadã compreende a intenção de determinados atores de interferirem no processo político, revelando seus interesses (TEIXEIRA, 2001).

No entanto, Nogueira (2004) sustenta que a abertura desses espaços democráticos podem democratizar a tomada de decisão, mas podem também serem aproveitados por quem os administra, impedindo que a participação seja de fato exercida.

Para Tatagiba (2004), a principal força dos Conselhos é essa sua competência legal de deliberar sobre políticas públicas, fazendo com que representantes da sociedade civil compartilhem a responsabilidade pela produção de políticas públicas.

As experiências conselhistas que se observa no Brasil nas décadas de 70 e 80, se diferenciam dos conselhos setoriais de políticas públicas, quando Tatagiba (2002) explica que sua composição plural e paritária consegue mostrar não somente as clivagens tradicionais entre o poder público e a sociedade, mas também diferenças internas a cada um desses campos; para privilegiar a resolução de conflitos resultantes da diversidade dos jogos de poder adotando um processo de diálogo transparente como instrumento; e sua garantia legal de instância paritária para formular e fiscalizar as políticas públicas, concorrendo para a garantia da democratização da gestão.

Teixeira (2001) aponta para o fato da democratização da agenda pública relacionando-a com o papel dos Conselhos, onde estes devem possibilitar que seja construído uma maneira de processar demandas baseada no interesse público, na negociação e na representação social que fazem parte do Conselho, resultando num processo de decisão que representaria uma democratização do poder.

Os Conselhos seriam os responsáveis em cumprir um importante papel na construção de políticas públicas, porque possibilitam o aparecimento de novos temas para a agenda pública e também aos gestores, tomar decisões políticas mais democráticas (CARVALHO e TEIXEIRA, 2000).

Em relação ao papel dos Conselhos, Teixeira (2001) revela que a introdução da sociedade civil no Estado para democratizar a agenda pública possibilita confeccionar políticas apoiadas no interesse público e formadas não só por entidades representadas no conselho, mas pelo processo onde discussões públicas e processos de negociação estão presentes.

Tatagiba (2002 e 2004) explica que os Conselhos apresentam-se como espaços institucionalizados extremamente promitentes em realizar uma reforma que democratizaria o Estado. Esperando que, através da participação cidadã nesses fóruns, houvesse a possibilidade de realizar uma reversão na maneira de planejar e executar as políticas públicas, onde a participação tornaria o Estado mais transparente e mais vulnerável ao controle pela população.

Com o processo de mudança institucional que emergiu com o processo de redemocratização do Estado, nos anos 90 introduziu-se novos espaços participativos no nível municipal, mas essa possibilidade de democratização das decisões políticas chama a atenção para as condições do local e de sua capacidade em influenciar a dinâmica das políticas locais (SANTOS JR., *et al* 2004).

Para Côrtes (2002), a dinâmica dos gestores municipais influencia na dinâmica de como esses conselhos funcionam, colocando que no caso dos Conselhos Setoriais de Políticas Públicas, o formato institucional diverso da dos demais Conselhos, influencia o peso político que é atribuído aos atores, sendo que nos Conselhos da área de saúde, os usuários possuem participação paritária em relação aos demais segmentos, o que os possibilita exercer maior influência nesses espaços do que, por exemplo, os de

assistência social, onde grupos como prestadores, profissionais e trabalhadores compõem 50% do número de conselheiros e outros 50% é composto por representantes do governo.

3.7 Problemas apontados pela literatura sobre os desafios dos Conselhos de exercerem suas práticas de controle social

Os Conselhos são os canais de participação coletiva, onde a criação de uma nova cultura política e relações políticas entre governos e cidadãos são potencializadas (TATAGIBA, 2002).

A verificação de que os Conselhos vêm exercendo um poder reduzido de influência sobre o processo de implementação de políticas tem levado os pesquisadores a investigar os vários problemas e desafios que estes órgãos apresentam.

Tatagiba (2004) argumenta que os segmentos de representação da sociedade civil nos colegiados é muito maior do que aqueles que demonstram maior capacidade de organização e que possuem maior nível de escolaridade e maior renda.

Outro ponto de significativa importância encontrado na literatura acadêmica é a ligação frágil entre os conselheiros e seus colegiados, onde segundo a autora, a definição das pautas dos Conselhos quase sempre são discutidas com os demais membros do colegiado e a posição do Conselho quase sempre não chega ao conhecimento de todos os representantes, sendo esse distanciamento fator preocupante por que representa um isolamento do colegiado com relação à sociedade e pela baixa qualidade da representação da mesma.

Durante mais de uma década acumulou-se estudos e pesquisas demonstrando as dificuldades dos Conselhos realizarem efetivamente o controle social. Muitos dos desafios que atualmente relacionam-se ao contexto adverso que os Conselhos foram implantados, como o esvaziamento das responsabilidades do Estado, a falta de qualificação das instâncias de representação coletiva, o espaço público fragmentado e despolitização da política, são processos que dificultam a capacidade da sociedade exercer influência sobre os rumos das políticas públicas (TATAGIBA, 2005).

Para Weigelt (2006), os desafios constituem em trabalhar para alterar a cultura autoritária que está presente nas relações entre os gestores e a sociedade civil. Essa autora analisa o segmento dos Conselhos de Saúde concluindo que é necessário “superar a insuficiente formação, capacitação e qualificação dos conselheiros e das entidades que

disputam a hegemonia dos conselhos de saúde”, sendo preciso trocar mais informações entre os conselhos em todos os níveis de governo.

Apresenta ainda, algumas dificuldades quanto ao funcionamento desses Conselhos, que exigindo práticas democráticas, encontram dificuldades devido á inconsistência de uma cultura política democrática que persiste na realidade nacional.

Nesse processo de produção de políticas públicas, Weigelt (2006) explica que a resistência dos governos à fiscalização, ao controle e à participação da sociedade é um pouco acentuada e, finaliza citando que “os encontros entre Estado e sociedade civil nos Conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão (TATAGIBA, 2002 apud WEIGELT, 2006).

Também a literatura apresenta a baixa capacidade dos conselheiros para o exercício de suas funções deliberativas e fiscalizatórias. Todos os estudos analisados por Tatagiba (2002) mostram a falta de preparo do conselheiro para deliberar sobre assuntos referentes ás políticas públicas.

Para Tatagiba (2002), os problemas que os Conselhos enfrentam são: baixa qualificação dos conselheiros, reduzida representatividade dos conselheiros que integram o segmento do Governo e reduzida capacidade de proposição dos Conselhos.

Essa autora explica que os Conselhos que apresentam maior capacidade de organização são aqueles que possuem entre seus membros pessoas com maior renda e que apresentam um nível de escolaridade maior.

Salienta também, que as pautas das reuniões dos colegiados nem sempre são discutidas com as entidades, que quase não conseguem se posicionar frente ao Conselho. As entidades apresentam os seus representantes, mas existe uma considerável tendência destes se afastarem do dia-a-dia dos Conselhos, onde esse distanciamento seria o responsável em isolar o Conselho em relação à sociedade, sendo que os conselheiros apresentariam posições fragilizadas em debates com o Governo.

Lembra a autora, que outros problemas que os Conselhos têm enfrentado dizem respeito às condições de funcionamento, onde vários não possuem salas próprias para realizar suas reuniões e nem materiais administrativos e tecnologia necessária.

Ressalta sobre o funcionamento das reuniões, onde na sua dinâmica destacam-se iniciativas do Governo em controlar a agenda dos colegiados, e o não

consentimento dos órgãos do Governo em dividir o poder decisório sobre as políticas públicas, e que certos autores que integram o segmento do Governo utilizam-se de boicotes e manipulações para garantir sua sobrevivência frente aos conselheiros que integram os segmentos da sociedade civil.

Cita-se também, a pesquisa de Gonçalves (1999) que analisa a experiência da gestão e do controle social do CMS de Ribeirão Preto, na década de 90, enquanto espaço de participação para a construção da cidadania, observado identificar qual a percepção dos membros do Conselho sobre a participação, seu direito à saúde e o exercício da cidadania. Conclui que há muito deixou de ter apenas um papel institucional formal, para ser parte viva do gerenciamento dos serviços de saúde desse município.

A pesquisa sobre o CMS de Vitória-ES, elaborada por Oliosia (1999) explora as estratégias de funcionamento deste Conselho, isto é, de articulação com o governo no sentido de influenciar a formulação e controlar a execução da política de saúde do município, contribuindo para potencializar as ações dos atores sócio-políticos envolvidos. De acordo com os resultados da pesquisa, verificou-se uma baixa capacidade do CMS de Vitória influir na agenda pública da saúde, tendo seu potencial de ação voltado para os interesses do governo.

O trabalho realizado por Sampaio (2006) dedica-se a investigar, de forma sistemática, a visão dos atores governamentais envolvidos nesse espaço participativo, compreendendo o autor que a compreensão dos obstáculos vivenciados pelos Conselhos não pode ficar restrita apenas à investigação da percepção e da atuação dos atores societários. Como estudo de caso, esta pesquisa baseou-se na investigação dos representantes governamentais que estiveram no CMS de São Paulo no período de 2001-2004 e teve como conclusões que:

- É necessário que exista uma compreensão dos papéis deste órgão pelos conselheiros e o estabelecimento de limites entre esses espaços públicos e o Estado;
- Delimitação dos papéis entre o Conselho e o governo referindo-se ao foco de atuação dos Conselhos devendo, estes órgãos, evitar entrar dentro da lógica governamental e se intrometer nos aspectos cotidianos da gestão pública.

O trabalho de Débora Almeida (2006) estuda o CMS de Juiz de Fora- MG mostrado: quem participa e decide dentro do Conselho, como se dá a participação dos diferentes atores e os temas da pauta nas reuniões e quantifica a intervenção dos grupos. Conclui que o governo tem presença ativa no debate e na deliberação, utilizando todos os recursos que dispõe. Nesse sentido, diante do poder de controle dos governos de interferirem nos Conselhos de Saúde, coloca dúvidas destes virem a exercer seu papel deliberativo.

Apesar das diversas contribuições apresentadas acima pela literatura em relação à problemática dos Conselhos, não há relatos de estudos que tenham avaliado as contribuições, as atividades, as motivações e as responsabilidades das instituições representadas e de seus representantes no Conselho. É nesta lacuna que o presente trabalho se insere. Com base na avaliação realizada no CMS de Itápolis no período de 2005-2008 pretende-se contribuir para a construção de um diagnóstico orientado para a compreensão dos problemas vivenciados pelos Conselhos.

CAPÍTULO IV

O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DE SAÚDE EM ITÁPOLIS: AMBIENTE INSTITUCIONAL DO SUS E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

Este capítulo é dedicado a apresentar os antecedentes da criação do Conselho e o desenvolvimento do processo de municipalização da saúde no município de Itápolis e, ainda apresentar o ambiente institucional do SUS no qual o município está inserido.

4.1 Ambiente institucional do SUS

O segmento da saúde brasileira sofreu uma grande reestruturação no decorrer das décadas 80 e 90. Com o processo de desintegração do Estado onipresente e centralizador que nos anos 70 apresentou sinais de esgotamento, a descentralização foi vista como uma esperançosa estratégia para aumentar a eficiência e a eficácia dos gastos públicos por aproximar problemas e gestão. Dessa maneira, atribuiu-se responsabilidades entre as 03 esferas de governo e novos atores surgiram no processo de implementação das políticas. A Reforma Sanitária possibilitou ampliar as formas de representação para além das já existentes (parlamento). Nesse processo, no sentido de definir o papel de cada esfera do sistema, que tal implementação ocorra através da criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamentos entre os gestores do SUS e destes com a sociedade, conforme Norma Operacional Básica (NOB) 01/93.

Esse aumento da responsabilidade incentivado pela NOB 01/93 serviu como mecanismo de aceleração da adesão municipal às funções propostas pelo SUS. O processo de descentralização proposto por essa NOB foi ampliado pela NOB 01/96 que promoveu e consolidou a função municipal do poder público na atenção à saúde e definiu as responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União; assegurou que as transferências intergovernamentais acontecessem de fundo a fundo; fortaleceu a gestão compartilhada entre as esferas governamentais por meio das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite; estabeleceu a direção em cada nível de governo; fortaleceu a função gestora das

secretarias estaduais, buscando redefinir as bases de coordenação do SUS no âmbito estadual e regulamentou as relações entre os sistemas municipais e desses com as instâncias estaduais e federais através da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

As NOB's 01/93 e 01/96 contém em sua formulação para implementação, conteúdos relacionados a distribuição dos recursos e do poder, o que caracteriza uma descentralização focada em municípios, onde a NOB 01/96 estimulou a competitividade entre os municípios porque estabeleceu inventivos financeiros e o aumento da produtividade ampliando a responsabilidade sobre a produção de serviços (WEIGELT, 2006).

Dessa maneira, a nível federal, o gestor do SUS é o Ministro da Saúde exercendo através do Ministério da Saúde, a função de gerir o SUS a nível nacional, definindo estratégias, controlando e executando a política nacional de saúde, através de suas portarias e normas ministeriais, transferindo recursos financeiros para estados.

O desenvolvimento dessa política de saúde no âmbito nacional depende da viabilização de negociações com diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o funcionamento¹³ do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT, que é formada por representantes do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), constituindo-se no principal órgão diretor do SUS e relacionando-se com o CNS, sendo que esse pode influenciar nas decisões.

A nível estadual, o SUS é formado pelas SESs, que têm a função de traduzir em táticas, as estratégias do nível federal, exercendo a gestão do SUS a nível estadual e controlando a política de saúde nessa âmbito. No entanto, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 têm o papel de estimular o papel das SES's na coordenação do processo de regionalização da assistência e organização de sistemas microrregionais de saúde (WEIGELT, 2006)

Sendo assim, a divisão administrativa da SES de São Paulo se faz por meio dos DRSs , atendendo ao Decreto nº 51.433¹⁴, de 28 de dezembro de 2006. Através deste decreto, o Estado foi dividido em 17 departamentos de saúde, que são responsáveis por

¹³ Essa pesquisa não se preocupou em obter informações sobre o funcionamento dessas instituições porque o objeto desse trabalho se encontra em Conselhos Municipais de Saúde. Informações sobre essas instituições podem ser encontradas em: www.datasus.gov.br.

¹⁴ Decreto disponível em: www.portalsaude.sp.gov.br.

coordenar as atividades da SES no âmbito regional e promover a articulação institucional com os mecanismos e organismos da sociedade civil (www.portalsaude.sp.gov.br).

As regionais de saúde do Estado de São Paulo são, conforme Anexo I: DRS I- Grande São Paulo, DRS II- Araçatuba, DRS III- Araraquara, DRS IV – Baixada Santista, DRS V- Barretos, DRS VI- Bauru, DRS VII- Campinas, DRS VIII- Franca. DRS IX- Marília, DRS X- Piracicaba, DRS XI- Presidente Prudente, DRS XII- Registro, DRS XIII- Ribeirão Preto, DRS XIV- São João da Boa Vista, DRS XV- São José do Rio Preto, DRS XVI- Sorocaba, DRS XVII- Taubaté (www.portalsaude.sp.gov.br).

A DRS III- Araraquara é composta por 23 municípios, sendo: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lucia, São Carlos, Tabatinga e Trabiçu (www.portalsaude.sp.gov.br).

O desenvolvimento dessa política no âmbito estadual depende de negociações entre os atores presentes no Conselho Estadual de Saúde (CES) e na CIB. No Estado de São Paulo, a CIB é constituída por representantes do gestor estadual, o Secretário Estadual de Saúde e dos gestores municipais, os Secretários Municipais de Saúde.

A nível municipal, o SUS é formado pela SMS que tem como função formular e executar a política de saúde no âmbito municipal, tendo o Secretário Municipal de Saúde, seu gestor municipal ou local, passando a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde dos munícipes, tendo o CMS o órgão constituído por representantes do governo municipal, estadual, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e sociedade civil, tendo a função de controlar e fiscalizar a política de saúde municipal.

Dessa maneira, observa-se a estrutura institucional do SUS após a Constituição Federal de 1988, conforme Tabela 03:

TABELA 03: Estrutura institucional do SUS

Unidade Federada	Gestor	Comissão	Colegiado
------------------	--------	----------	-----------

		Intergestora	Participativo
Nacional	Ministério da Saúde	Com. Tripartite	Cons. Nacional
Estadual	Secretaria Estadual	Com. Bipartite	Cons. Estadual
Municipal	Secretaria Municipal		Cons. Municipal

FONTE: adaptado Weigelt (2006)

Como observado na descrição do ambiente institucional do SUS, foram definidas modalidades representativas ampliadas da sociedade civil, como exemplificando nos vários níveis de gestão. A legislação do SUS buscou acrescentar as Comissões Intergestoras, as quais predominam, conforme Labra (1999), Secretários de Saúde, acumulando via de regra os seguintes recursos: poder político (cargo de confiança do Chefe do Executivo); nomeação com critério político partidário; poder técnico (na sua esfera é a autoridade máxima em decisões técnicas e financeiras); e poder profissional (maioria médicos).

Percebe-se, então, que a CIT e a CIB são compostas pela participação de técnicos e gestores, diferentemente dos Conselhos de Saúde que apresentam, além desses, a participação da sociedade civil. Com essa idéia, as Comissões Intergestoras abrigam uma seletiva de representantes que podem ser consideradas elites verdadeiras “oligarquias”, nas palavras de Labra (1999) e nas de Weigelt (2006) “arenas de governo”.

Portanto, esse trabalho dedica-se a analisar os Conselhos de Saúde por apresentarem composição também dos membros da sociedade civil, porque com a inclusão desses participantes buscou-se abrir os restritos vínculos burocráticos de decisão e incorporar a sociedade de forma indireta, através de seus representantes, pois observa Labra (1999), as decisões tomadas de maneira plenamente participativa constituem-se em idéias de impossível alcance.

4.2 Breve caracterização geral do município de Itápolis-SP¹⁵

O município de Itápolis é integrado à Região Administrativa Central do Estado de São Paulo a 360 Km da capital do Estado, possuindo uma extensão de aproximadamente 999 km². Sua economia é assentada sob uma antiga e forte base agrícola, na qual se destaca a cultura da laranja, tendo a peculiaridade de ser uma grande

¹⁵ Uma descrição geral e detalhada do município de Itápolis pode ser obtida em: www.pmitapolis.com.br

economia de pequenos produtores: possui mais de 70% das propriedades com até 50 hectares, uma espécie de reforma agrária natural. Na economia agrícola, além da laranja, o município está apoiado na produção de limão, manga, melancia, goiaba e no crescente cultivo da cana-de-açúcar, que hoje ocupa com a cultura de citrus o maior parque de plantio do município (www.pmitapolis.com.br).

No ano de 2007, a Taxa de Alfabetização atingia a cifra de 90,27%, o Grau de Urbanização era de 91,93% e o município conta com 100% de água tratada e 100 % de rede de esgoto totalmente tratado. O lixo industrial (não contaminado) é depositado em um “lixão” municipal (www.seade.gov.br).

A energia elétrica é encontrada em 100 % dos domicílios e 99% das vias urbanas são pavimentadas e iluminadas. Apresenta uma quantidade de 890 m³/h de captação de água e possui clima temperado de inverno seco, constitui uma média anual de precipitação pluviométrica de 1300 mm (www.seade.gov.br).

4.3 Principais características antes e após a Municipalização da Saúde em Itápolis

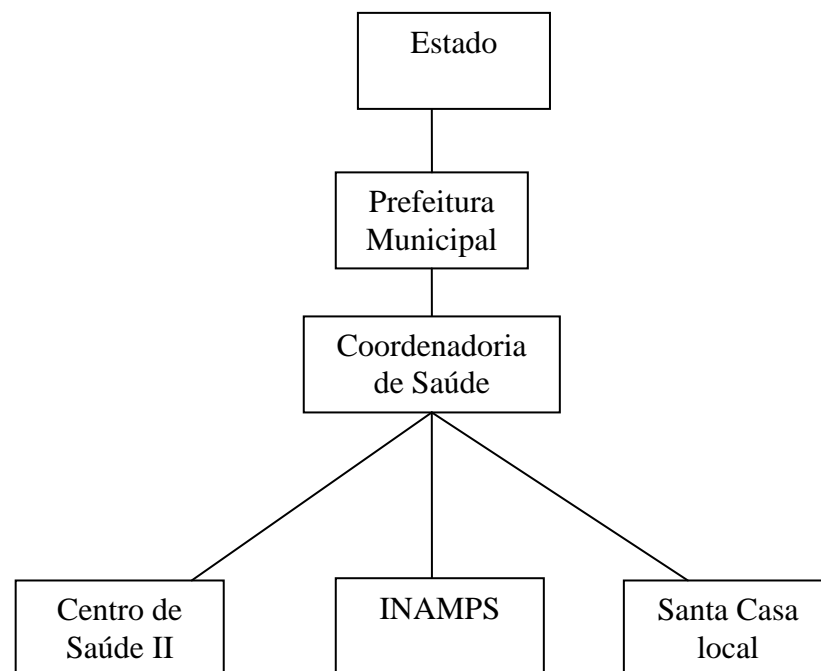
Até o final dos anos 70, a oferta pública de serviços de saúde, no município de Itápolis, fundamentava-se em um sistema constituído pelo INAMPS e um Centro de Saúde II. Contava também com os serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia de Itápolis. Nesse período, a saúde apresentava uma estrutura hierárquica com conexões fortes entre o Estado centralizador, a Prefeitura Municipal de Itápolis, a Coordenadoria de Saúde Municipal de Itápolis¹⁶, a unidade do INAMPS, o Centro de Saúde II¹⁷ e a Santa Casa local¹⁸, como mostra a Figura 01:

FIGURA 01: Estrutura hierárquica da saúde no município de Itápolis até 1988

¹⁶ Setor que se encontrava acoplado ao Centro de Saúde II e que era responsável por monitorar a saúde local.

¹⁷ Estabelecimento complexo, destinado a prestar assistência médico-sanitária sem internação a uma população, contando com assistência médico-permanente.

¹⁸ Trata-se de um hospital particular filantrópico.



FONTE: pesquisa de campo (2008)

A trajetória do controle social na área da saúde em Itápolis iniciou-se em 1983, com a assinatura do convênio AIS, o município de Itápolis começou gradativamente a assumir a responsabilidade pelo gerenciamento da política de saúde no âmbito municipal, enfrentando dificuldades de financiamento e de decisões centralizadas, o município acabou registrando seus primeiros ofícios de assinatura do termo financeiro ao Convênio de Adesão ao SUDS a partir do ano de 1989.

Porém, a documentação que apresentava as prerrogativas e responsabilidades dos municípios que se interessassem em ingressar na condição de Gestão Semi-plena, cristalizaram-se a partir de 1993 através da NOB-SUS 01/93.

Cabe, entretanto, ressaltar que o processo decisório acerca do enquadramento nas condições de Gestão Incipiente e Parcial se desenvolveu no âmbito estadual, pelos Conselhos de Saúde e pelas CIBs, compostas em cada estado por representantes das SMSs. No caso da Gestão Semi-plena, a decisão final cabia a CIT, composta no plano nacional por representantes dos gestores SUS nas 03 esferas de governo.

A condição de Gestão Semi-plena atribuiu às SMSs a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços, cabendo portanto a CIB avaliar as condições técnico-operacionais do município para enquadramento nesta situação de gestão e controlar o alcance das metas expressas em termos de compromisso a ela submetido após a aprovação do CMS.

Segundo relatório¹⁹ emitido pela SES, a Coordenadoria de Saúde de Itápolis, não apresentou um modelo de gestão referente a sua estrutura organizacional, o que se observou foram traços acentuados de elementos emocionais, nenhum planejamento das atividades, e elevado grau de informalidade.

A ausência da estrutura organizacional foi detectada principalmente pelo desempenho profissional da Coordenadoria de Saúde na solução dos problemas, desde os mais complexos até aqueles mais simples, existindo uma divisão de trabalho que ocorria de maneira informal, muito mais pela ligação afetiva das pessoas do que pela competência profissional, não sendo necessária a observação do grau de especialização do funcionário.

Verificou-se ainda que, no período precedente a Constituição de 1988, o serviço de saúde local contava somente com a Santa Casa e o Centro de Saúde II, conforme mencionado anteriormente, pois o INAMPS havia se dissolvido, sendo que os seus servidores, médicos e demais funcionários foram absorvidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ou pelo Centro de Saúde II que agora passava a ser responsabilidade municipal, porque o município havia aderido à gestão parcial.

¹⁹ Este relatório trata-se de uma avaliação organizacional dos serviços de saúde no município de Itápolis encomendado pela SES. A documentação foi obtida na documentação analisada na SMS do município.

A Coordenadoria de Saúde deveria promover uma integração entre os serviços prestados pela Santa Casa e pelo Centro de Saúde II, garantindo o acesso à população mais carente do município.

A maior parte dos problemas apresentados tanto pela Santa Casa de Misericórdia quanto pelo Centro de Saúde II eram em sua maioria relacionados a falta de organização de carreiras funcionais integradas com vistas ao desenvolvimento de recursos humanos, ao aprimoramento dos serviços e da capacidade de gerência e, ao aperfeiçoamento das políticas de gestão de empregos.

A crise fiscal do Estado acabou refletindo de maneira negativa nos municípios, que ficaram inseguros (ÁBILLA, 2001), onde essa insegurança no município de Itápolis foi percebida com o receio de assumir equipamentos estaduais sucateados e funcionários estaduais com nível salarial tão diferente dos que estavam sendo praticados no município. Para solucionar esses problemas, o município aderiu à prática de complementação salarial utilizando recursos próprios para evitar a evasão do funcionalismo.

Em 1990, o município adere ao SUS, passando a ser o responsável por gerir a política de saúde local. Com a adesão do município à Gestão Semi-plena criou-se, em 1991, o Fundo Municipal de Saúde, pela Lei Municipal 1.471 de 20 de maio de 1991, em seu Art. 1º, onde este permitiu o acesso do município a recursos financeiros para o investimento e manutenção dos serviços no setor e, em seu Art. 3º criou o CMS de Itápolis, possibilitando o município receber os repasses de recursos.

Também como consequência da adesão do município a esta modalidade de gestão, criou-se a SMS de Itápolis em 1995, resultante da dissolução da Coordenadoria da Saúde que o município apresentava até então, possuindo o município um setor que gerenciaria a saúde local através de seu gestor municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

Os serviços de saúde prestados pelo município de Itápolis continuaram apresentando as mesmas dificuldades mencionadas, ou seja, contando com a Santa Casa de Misericórdia de Itápolis, possuindo 117 leitos para internação e um Centro de Saúde II.

Desde sua inauguração até o momento a SMS de Itápolis foi equipada com todos os recursos organizacionais necessários para gerir a política de saúde local, possuindo sala de reuniões, computadores, *internet*, impressoras, fax, telefones e materiais de escritório estacados em armários na secretaria e mão-de-obra especializada com servidores que apresentam vários conhecimentos técnicos na área da saúde.

A superlotação, resultante da universalização do atendimento desenvolvida pelo SUS, da unidade do Centro de Saúde II, localizada no centro da cidade, fez com que a SMS de Itápolis realizasse ampliações de seus locais de atendimento à saúde.

O aumento da demanda por serviços de saúde fez com que se realizasse recrutamento de pessoal através de concurso público porque os funcionários do Estado que trabalhavam no município já estavam se aposentando e seu número não era suficiente para enfrentar a universalização do atendimento.

A época de sua ampliação coincidiu como início da regionalização²⁰ no atendimento da saúde, meta do Ministério da Saúde na gestão Fernando Henrique Cardoso. Foram então inauguradas uma Unidade Básica de Saúde (UBS)²¹ em 1995, uma em 1996, duas em 1998 e uma em 2000, distribuídas pelos bairros Jardim 2000, Jardim Redenção, Distrito de Tapinas, Distrito de Nova América, totalizando seis unidades de atendimento médico ambulatorial com consultas agendadas e funcionando em horário comercial, contando com o Centro de Saúde II, municipalizado, com funcionamento ambulatorial, também em horário comercial, e um Pronto Socorro, funcionando nas dependências da Santa Casa, prestando atendimentos de emergência/urgência.

Percebe-se uma ampliação da rede onde novas unidades de saúde foram inauguradas, mas seu atendimento restringe-se ao atendimento ambulatorial com consultas agendadas e horário de funcionamento no horário comercial, normas essas determinadas pela SMS.

Em 1998, foi inaugurado o posto de atendimento da Vigilância Sanitária e Epidemiológica²², o Controle de Vetores²³ municipais e a Farmácia Municipal de Itápolis.

Os pontos de atendimento não possuem agendamento informatizado sendo realizado e controlado através de agendas manuais. Não possuem qualquer tecnologia nem no atendimento ao público, nem na prestação de serviços de enfermagem. Possuem coordenadores, mas que apenas cumprem as determinações da SMS, sendo que todas as unidades de saúde funcionam uniformemente obedecendo às regras de funcionamento estabelecidas pelo gestor municipal.

²⁰ É a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades de diversos municípios da região, conformando uma rede hierarquizada de serviços de atenção à saúde da população local, podendo extrapolar o território de um município devidos às necessidades dos usuários estarem aquém das condições de recursos humanos, materiais e tecnológicos do município do usuário (WEIGELT, 2006).

²¹ Estabelecimento de saúde destinado à assistência ambulatorial.

²² Estabelecimento de saúde que se ocupa de atividades sanitárias e epidemiológicas.

²³ Estabelecimento de saúde que se ocupa de realizar ações de combate a doenças.

O mesmo acontece com os setores de Vigilância Sanitária e Epidemiológica municipais e o setor que dispensa medicamentos, a Farmácia Municipal, que distribui medicamentos com receita medicado SUS, abrangendo as listagens de medicamentos que o Estado envia ao município através dos programas²⁴ como o Dose Certa (medicamentos da Fundação para o Remédio Popular (FURP), Dose Certa Complementar 1 (contraceptivos), Dose Certa Complementar 2 (saúde mental), Atenção Farmacêutica Básica (antigo AR-HD), Medicamentos Excepcionais (MEDEX). Além desses, o município possui uma outra listagem medicamentos que é adquirida com recursos municipais próprios através de licitações públicas, de acordo com a Lei 8.666/93. Os itens dessa listagem são determinados pela SMS sem a participação dos servidores da Farmácia Municipal de Itápolis. A farmácia não possui controle de estoque informatizado e a alimentação de informações sobre os programas estaduais do Sistema de Informação em Saúde, que abrangem medicamentos é feito pela SMS.

Atualmente, o município conta com 10 unidades municipais de atendimento aos beneficiários dessa política, sendo: 05 UBSs, 01 Centro de Saúde II, 1 unidade de Farmácia Municipal, 1 unidade de Vigilância Sanitária, 1 de Controle de Vetores e 1 Santa Casa, os quais estão organizados na tabela a seguir:

TABELA 04: Unidades de atendimento do município de Itápolis

UNIDADE DE SAÚDE	HORÁRIO DE ATENDIMENTO
UBS Nova América	07h00 às 17h00
UBS Tapinas	07h00 às 17h00
UBS Jardim Redenção	07h00 às 17h00
UBS Jardim 2000	07h00 às 17h00
Centro de Saúde II	07h00 às 17h00
UBS Saúde da Família	07h00 às 17h00
Vigilância Sanitária	07h00 às 17h00
Controle de Vetores	07h00 às 17h00
Farmácia Municipal	07h00 às 17h00
Santa Casa	24 horas

FONTE: SMS de Itápolis (2008)

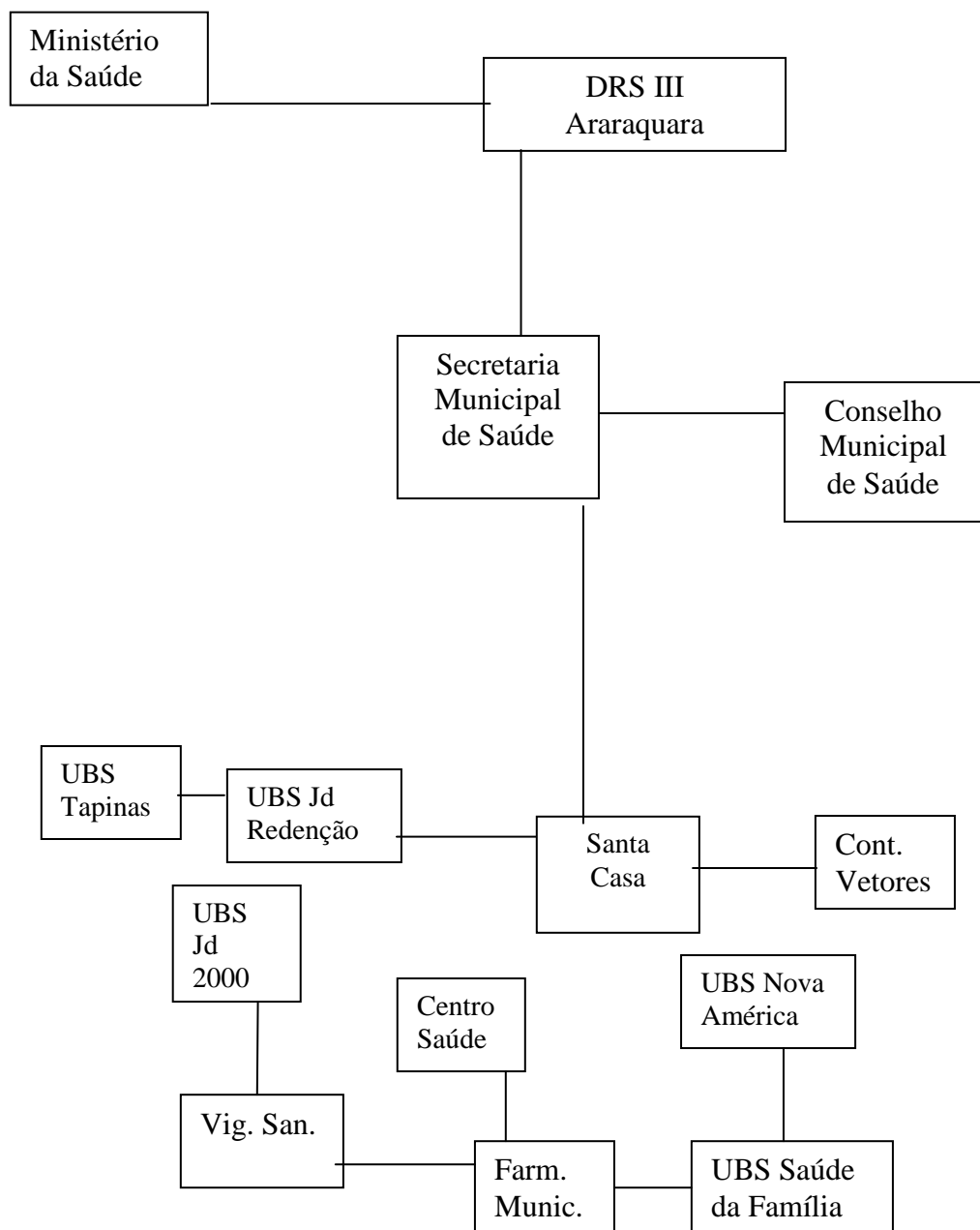
²⁴ Maiores informações sobre esses programas podem ser encontradas em: www.datasus.gov.br

O horário de funcionamento de todos os locais de atendimento de saúde do município é decisão apenas da SMS local, sem nenhuma participação local nas decisões.

4.4 Representação do sistema de saúde no município de Itápolis

Conforme descrita a evolução do sistema local de saúde anteriormente, esse item é dedicado a representá-lo.

FIGURA 02: Sistema local de saúde do município de Itápolis



FONTE: pesquisa de campo (2008)

CAPÍTULO 5

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Neste capítulo apresenta-se os resultados da pesquisa sobre a avaliação da estrutura e do funcionamento, juntamente com a contribuição dos representantes e representados no Conselho no período estudado.

5.1 Histórico

Este item objetiva discorrer sobre o histórico de criação deste Conselho mostrando sua trajetória e seu desenvolvimento ao longo do tempo.

5.1.1 A criação do Conselho

Até meados dos anos 80 somente os funcionários públicos, os militares e os trabalhadores que possuíam carteira assinada podiam usufruir dos serviços que a saúde pública prestava. Concomitantemente, movimentos de saúde que vigoravam na cidade de São Paulo pleiteavam a universalização do atendimento à saúde pública, onde também em diversos municípios ganhou força política, sendo que em 1986 na cidade de Brasília realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo considerada um dos marcos mais importantes da participação social na área de saúde.

Essa conferência propôs o atendimento integral, a universalidade, a descentralização dos serviços de saúde e a participação popular que passaram a integrar a Constituição Federal de 1988 e consolidados na Lei Federal nº 8.080/90, que institucionalizou o SUS, e na Lei nº 8.142/90 que definiu a participação da sociedade civil no SUS, onde em seu Art. 1º, as Conferências e os Conselhos de Saúde deveriam integrar cada esfera governamental do SUS. Assim, a proliferação dos Conselhos de Saúde iniciou-se a partir desse respaldo legal em nível federal.

No ano de 1991, quando o Prefeito que governava a cidade na época, Ubaldo José Massari Jr. (filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB), tendo a necessidade de deixar regular a situação do município frente à legislação do SUS para que o município pudesse receber os repasses financeiros do Estado e da União porque a legislação estabeleceu para vários setores que o repasse de recursos da união aos estados e municípios estaria vinculada ao estabelecimento do respectivo Conselho, então criou-se pela Lei Municipal nº 1.471 de 20 de maio de 1991, em seu Art. 1º o Fundo Municipal de Saúde e em seu Art. 3º o CMS Itápolis, onde este reúne instituições da sociedade civil organizada, governo municipal e estadual, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, funcionando continuamente até os dias atuais.

O referido Prefeito iniciou seu primeiro mandato em 1989 e governou o município até o ano de 1992. Nas eleições desse ano é vitorioso Engº Bento Ary Aparicido Belentani (filiado ao Partido Progressista – PP) cujo mandato vigorou de 1993 a 1996. Nas eleições que ocorreram no ano de 1996, é vitorioso o Prefeito do mandato anterior, Ubaldo José Massari Jr. (PMDB) e foi reeleito pelas eleições de 2.000 permanecendo mais 4 anos no poder.

As atas do Conselho referentes a essas gestões municipais revelam funcionamento regular do Conselho e obediência às diretrizes da Lei Municipal que o criou, observado que os mandatos dos Presidentes do Conselho, nesse período, alternavam-se entre os grupos dos Usuários, Prestador de Serviço e Trabalhadores da Saúde.

As eleições de 2004 elegeram o candidato Major Aviador Moacyr Zitelli (filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira- PSDB) que havia prometido em sua campanha política manter intensos canais de diálogo entre o Poder Executivo Municipal e as reivindicações dos munícipes.

O Prefeito eleito nomeou imediatamente um de seus cabos eleitorais para responder pela pasta da saúde e este imediatamente nomeou-se Presidente do CMS de Itápolis permanecendo em seu mandato de 2005-2006, sendo reconduzido ao cargo no mandato de 2007-2008.

O CMS de Itápolis nunca dispôs de recursos físicos e materiais para o desenvolvimento de suas atividades. Não tem sede própria, não apresenta salas para trabalho administrativo e atendimento ao público, computadores, linhas telefônicas, fax, armários, arquivos e funcionários.

Nunca se observou nas atas nenhuma menção ao Regimento Interno, sendo que o mesmo nunca foi elaborado. Segundo o Presidente do CMS de Itápolis no período analisado, a Lei Municipal nº 1.471/91 é bastante completa para nortear o funcionamento do Conselho e quando questionado sobre o motivo dele não ter elaborado o primeiro Regimento Interno do Conselho explicou que:

Na verdade, a maioria das normas que necessitamos para que este Conselho funcione estão na Lei Municipal que o criou. Sobre o quê ela não dispõe, eu disponho. Eu decido como proceder. Nessas horas o Regimento Interno sou eu (Presidente do CMS de Itápolis – Mandatos 2.005-2.006 e 2.007-2.008).

Desde 1.991 até o término desta dissertação, o CMS de Itápolis nunca foi impedido de funcionar, onde nesse período o município recebeu normalmente recursos federais e estaduais para a área de saúde. O marco legal da criação do CMS de Itápolis, a Lei Municipal nº 1.471/91 não se alterou ao longo dos governos municipais, continuando a vigorar até o momento. Aspectos relativos a atribuição e poderes deste Conselho, no âmbito municipal, são moldados pela referida Lei Municipal e no âmbito federal pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

5.2 Estrutura

Este item objetiva avaliar como o CMS de Itápolis está estruturado. Essa avaliação será feita a partir de análises referentes a: composição e representação, forma de seleção, competências, estrutura e permeabilidade.

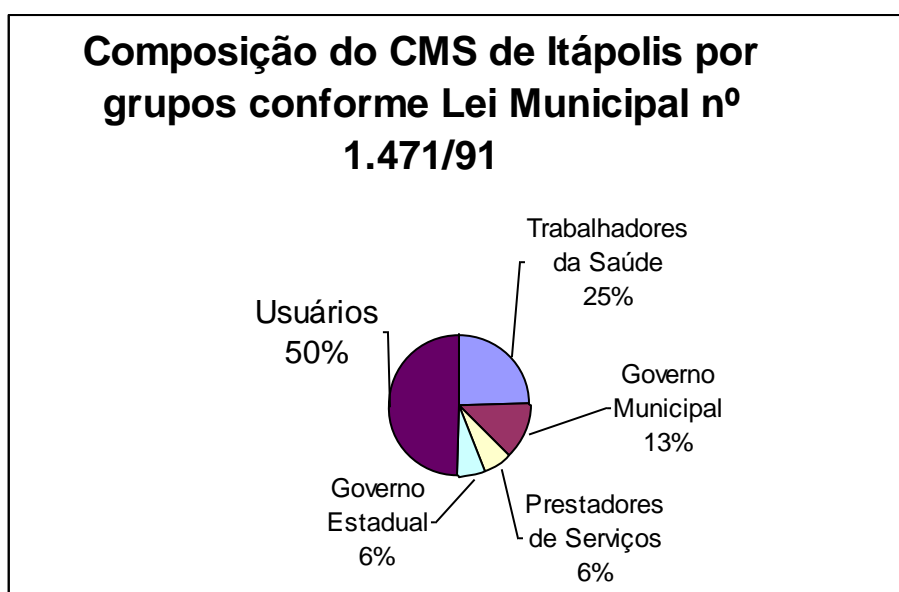
5.2.1 Composição e representação

Os instrumentos jurídicos institucionais que dispõem sobre a composição do CMS de Itápolis são constituídos dos seguintes dispositivos:

- Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1.990 em seu art. 1º, parágrafo 2º “o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (...)” (ênfases minhas) e no seu parágrafo 4º “ a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e conferências será *paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos*” (ênfases minhas).

- Lei Municipal nº 1.471 de 20 de maio de 1991 em seu art. 3º “Fica criado o Conselho Municipal de Saúde de Itápolis” composto pelos seguintes percentuais de grupos representantes conforme mostra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 01: Composição do CMS de Itápolis por grupos representados conforme Lei Municipal nº 1.471/91



FONTE: Lei Municipal nº 1.471/91

De acordo com a Lei Municipal nº 1.471 de 20 de maio de 1991, O CMS de Itápolis não é composto de forma paritária por 16 representantes das instituições que o integram, onde os representantes do grupo dos Usuários ocupam 8 assentos, sendo os outros 8 divididos de maneira diferente entre Prestadores de Serviços, Trabalhadores da Saúde e Governo Municipal e Estadual.

Conforme Lei Municipal nº 1.471/91, o grupo dos Usuários é o mais representativo configurando 50% do total de representantes. Esse grupo possui 08 assentos no Conselho destinados a representantes de entidades e associações populares e filantrópicas. Em seguida, a representação dos Trabalhadores da Saúde figura com 25% do total.

Em relação aos representantes do Governo Municipal este grupo figura em 13% do total da composição do CMS estudado. Os Prestadores de Serviços representam

6% da composição do colegiado, restando o grupo do Governo Estadual com apenas 6% do todo.

Observa-se, que o Conselho em estudo apresenta um considerado grau de disparidade quadripartite de representação em relação à paridade preconizada pela Lei nº 8.142/90, que mostra que a representação do grupo dos Usuários deve ser paritária com os demais grupos, sendo Prestadores de Serviços, Trabalhadores da Saúde e Governo Municipal e Estadual, onde o grupo dos Trabalhadores de Saúde é o mais representativo socialmente no Conselho depois dos Usuários, sendo sua representação exclusivamente classista, representada por médicos e enfermeiros, presenças comuns na maioria dos Conselhos de Saúde.

O grupo dos Prestadores de Serviços parece não ser tão representativo, pois está representado só o setor filantrópico, estando os setores privado e o público excluídos. Qual seria o motivo, então, de só o setor filantrópico estar representado? A resposta pode estar na questão de que na época de criação do Conselho havia só a Santa Casa local prestando serviços de saúde no município, portanto, outros setores não poderiam estar representados no colegiado. É provável que as conseqüências desta exclusão não tenham sido imaginadas no momento da composição do Conselho pela Lei Municipal. Seria preciso investigar quais as intenções que motivaram essa exclusão. E finalmente, o grupo dos Usuários é o que representa 50% dos membros.

No entanto, depois de analisar como se dá a composição dos grupos inseridos no Conselho, é de extrema importância definir quais instituições representadas no colegiado constituem os grupos citados acima. Segue-se, então, os grupos e as instituições que os compõem, sendo:

- **Grupo dos Prestadores de Serviços**

- a) **Santa Casa de Misericórdia de Itápolis**

É uma sociedade assistencial com objetivos filantrópicos fundada em 1.920. Sua finalidade é socorrer e tratar enfermos. Atende especialidades médicas como anestesiologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, traumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, pediatria, pneumologia, radiologia e urologia. Realiza exames de ultra-sonografia e radiológicos.

Sua mesa administrativa é composta por 15 mesários. A Diretoria Executiva é composta pelo Provedor e seu vice, pelo 1º e 2º Secretário, pelo 1º e 2º Tesoureiro e pelo Procurador. Essa instituição passou por uma reforma intensa, com muitas remodelações graças à intervenção que o Prefeito iniciou desde 2007 com o início desse processo, nomeando o interventor que tem assento no Conselho no grupo dos Prestadores de Serviços.

- **Grupos dos Usuários**

- a) **Associação Pais e Amigos dos Excepcionais de Itápolis**

Fundada em 1965 buscando atender crianças com deficiência e com o objetivo de realizar a inclusão de pessoas com deficiência intelectual na sociedade. Funciona em prédio próprio, atendendo 253 alunos de ambos os sexos na faixa etária de 06 meses e sem limites de idade, oferecendo os seguintes serviços: avaliação e diagnóstico, atendimento educacional e especializado e serviços para níveis ocupacionais. É apoiada por uma equipe de funcionários especializados que proporcionam suporte para as atividades curriculares e extra-curriculares se destacando pelos relevantes serviços.

- b) **Lions Club de Itápolis**

Fundado em 1954, o Lions Club de Itápolis participa de vários projetos importantes para sua comunidade. Esses projetos variam da limpeza de parques locais até o fornecimento de alimentos para pessoas carentes. São reconhecidos pelos serviços prestados aos cegos e deficientes visuais. Demonstram seu compromisso reciclando óculos, tendo parcerias com oftalmologistas e outros serviços relacionados à visão. Sua estrutura consiste em Presidente e vice, 1º Secretário e Tesoureiro.

- c) **Pastoral da Criança de Itápolis**

Fundada em 1994, a base de todo o trabalho da Pastoral da Criança são a família e a comunidade. Sua dinâmica consiste em capacitar líderes comunitários para mobilização das famílias nos cuidados com os filhos. Sua metodologia conta com 03 grandes momentos: visitas domiciliares mensais, dia do peso, reuniões mensais com os líderes de uma mesma comunidade. Sua estrutura é formada por Presidente e seu vice, o 1º Secretário e Tesoureiro.

Nas comunidades atendidas coloca-se em prática um conjunto de ações voltadas para atendimento integral da criança. Entre elas destacam-se: apoio integral às

gestantes, incentivo ao aleitamento materno, vigilância nutricional, alimentação enriquecida, remédios caseiros, estímulo à vacinação de rotina das crianças e das gestantes, saúde bucal e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

d) Rotary Club de Itápolis

É uma associação de líderes de negócios e profissionais, unidos no mundo inteiro, que prestam serviços humanitários, fomentando um elevado padrão de ética em todas as profissões e ajudam a estabelecer a paz e a boa vontade no mundo.

Fundado no município de 1961 e desde então tem contribuído bastante em benefício da população carente, mantendo cursos profissionalizantes (para eletrecista, encanador, pedreiro e outros) garantindo qualificação para vários alunos carentes, prestando serviços de assistência odontológica aos alunos, sobretudo a crianças e jovens, permitindo a longo prazo uma melhora na qualidade de vida nessa comunidade. É composto pelo Presidente e seu vice, pelo 1º e 2º Secretários e 1º e 2º Tesoureiro.

e) Clube das Mães de Itápolis

O Clube das Mães de Itápolis é uma entidade sem fins lucrativos e desenvolve vários trabalhos na área social e educacional no município desde 1992. Conta com apenas um núcleo e ao longo desses anos, cumpre com seu papel pelo qual foi criado, enfrentando dificuldades sem, no entanto, desistir de sua meta que é trabalhar em prol da família.

Possui uma oficina profissionalizante que “não procura dar o peixe e sim, ensinar a pescar”. Sua missão é: transformar mãos que pedem em mãos que fazem, ensinar aos jovens, de ambos os sexos, uma profissão para que dela possa tirar seu próprio sustento e construir nova vida. É estruturado pelo Presidente e seu vice, pelo 1º Secretário e pelo Tesoureiro.

f) Associação de Moradores do Bairro Itauera

O Itauera é um bairro bastante popular e conta com a Associação de Moradores do Bairro Itauera. É uma associação não-governamental que surgiu em 1993 por motivo de abandono do bairro pela Prefeitura local. O público alvo são indivíduos de população carente que estão á margem da sociedade. Conta com diversos serviços entre eles cursos, cultura e lazer, medicamentos, óculos e distribuição de sopas. Sua estrutura é composta pelo Presidente e vice, 1º e 2º Secretários, Diretor Jurídico e Tesoureiro.

g) Clube da Terceira Idade de Itápolis

Fundado em 1994 apresenta 50 sócios. Sua função é promover assistência, lazer e alegria às pessoas idosas, provando ao mundo que elas ainda podem ser felizes e também aos outros trazer felicidade. Sua diretoria é constituída pelo Presidente e vice, 1º Secretário e Tesoureiro.

O Clube promove atividades importantes para a Terceira Idade como palestras sobre saúde e encaminhamento médico/ odontológico aos departamentos competentes. Promove bailes e excursões, possui biblioteca, realiza festas comemorativas, conta com ginástica á Terceira Idade, natação, artesanato e jogos de salão.

h) Associação São Pelegrino de Itápolis

Fundada em 1994 a Associação São Pelegrino de Itápolis presta assistência a pacientes com câncer, distribuindo medicamentos, alimentação específica, roupas, equipamentos e sondas. Todos os cidadãos que recebem assistência da instituição são cadastrados e assistidos por ela em tudo o que possa necessitar por causa da doença. Realiza jantares e almoços com a intenção de arrecadar fundos para custear os tratamentos. É composta por Presidente e vice, Diretor Tesoureiro e Diretor Jurídico.

- **Grupo Governo Municipal**

a) Secretaria Municipal de Saúde de Itápolis

Foi criada em 1995 e possui a função de gerenciar o SUS no âmbito municipal. É composta pelo Secretário Municipal de Saúde e por mais 06 funcionários comissionados com conhecimento técnicos na área da saúde. Possui boa infra-estrutura com tecnologia como computadores e Internet. Sua estrutura é formada pelo Secretário Municipal de Saúde, pelo Diretor de Saúde e por mais 04 assessores.

- **Grupo Governo Estadual**

a) Direção Regional de Saúde III- Araraquara

A DRS III²⁵ – Araraquara, antiga DIR VII, é um dos 17 DRSs que compõem a divisão administrativa do Estado de São Paulo. O Estado exerce seu papel através dessas instituições, que é o de prestar apoio, cooperação técnica e investimentos

²⁵ Os municípios integrantes desta DRS III são descritos no Capítulo IV e o Anexo 1 traz o mapa da divisão do Estado segundo os DRSs.

nos municípios. Aos municípios cabe assumir todas as ações e serviços que possam ser por eles absorvidos e às DRSs cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas.

- **Grupo Trabalhadores da Saúde**

- a) **Associação dos Profissionais de Saúde de Itápolis**

Os profissionais que prestam serviços para a área de saúde municipal de Itápolis estão associados em uma organização que não é o Sindicato dos Funcionários Públicos. É uma associação específica que foi fundada em 1990 e que abrange todos os interesses dos profissionais desse segmento no município. Funciona acoplada ao prédio dos Sindicatos dos Funcionários Públicos Municipais, possuindo Presidente e vice, 1º Secretário e Tesoureiro. Tem em seu dirigente o Presidente da Associação e o seu vice e somente o 1º Secretário porque essa entidade é mantida pelo Sindicato dos Servidores e, portanto não apresenta Tesoureiro.

Apesar de anteriormente ter-se realizado uma caracterização das entidades como um todo, agora apresenta-se uma classificação das entidades segundo sua natureza. Realiza-se, então, a seguinte classificação: clube de serviços, associação de portadores de patologias, associação de moradores, associação de profissionais, instituições governamentais e associação assistencial. Sua distribuição percentual é apresentada na Tabela 05.

TABELA 05: Classificação e distribuição percentual das entidades que os conselheiros representam no CMS de Itápolis

TIPO DE ENTIDADES	NÚMERO	PORCENTAGEM
Clube de Serviços	4	33,33%
Associação de Portadores de Patologias/Deficientes	2	16,66%
Associação de Moradores	1	8,33%
Associação de Profissionais	1	8,33%
Associação Assistencial	2	16,66%
Instituição Governamental	2	16,66%

TOTAL**12****100**

FONTE: dados de pesquisa (2008)

Como foi possível observar, os Clubes de Serviços representam 33,33% constituindo grande representação de entidades com assento no Conselho estudado. Isso mostra que vários projetos importantes para a sociedade podem ser incluídos na agenda do gestor. Por outro lado, a representação das Associações de Portadores de Patologias/Deficiência 16,66% demonstram a capacidade corporativa desses segmentos, que veriam no Conselho a possibilidade de diminuir os custos com tratamento, normalmente onerosos. As Associações de Moradores e de Profissionais de Saúde representam 8,33%, cada uma, das representações no Conselho. E finalmente, as Instituições Governamentais com 16,66% e as Associações Assistenciais com a mesma porcentagem identificadas pelo estudo.

Apresentado, então, as instituições que compõem o Conselho estudado, o próximo passo é verificar como se dá a seleção de seus representantes para representá-las no CMS de Itápolis.

5.2.2 Forma de escolha dos representantes das instituições²⁶

Quanto a forma de seleção dos representantes das instituições, a Lei Municipal nº 1.471/91 não determina em momento algum como esta deve ser realizada, não apresentando qualquer dispositivo institucional que favoreça a publicitação e democratização do processo seletivo.

Uma vez concluída que não existem dispositivos legais que regulamentem a forma de seleção, cabe questionar como cada grupo, no período analisado, foi selecionado para o exercício da função. As análises realizadas nos conteúdos das entrevistas aos conselheiros, permitiram verificar que o processo de seleção se deu conforme Tabela 06:

TABELA 06: Grupos que compõem o CMS de Itápolis e sua forma de escolha

GRUPOS	FORMA DE ESCOLHA
Usuários	Eleições em suas bases
Prestador de Serviço	Indicado pelo Prefeito

²⁶ Esta avaliação excluiu o Grupo Governo Municipal por entender que de nada adianta verificar como se dá a seleção de um representante que nunca compareceu a nenhuma reunião do Conselho no período estudado.

Trabalhadores de Saúde	Eleições em suas bases
Governo Municipal	Indicado pelo Prefeito

FONTE: dados de pesquisa (2008)

Essa análise mostra que a maior parte dos conselheiros são selecionados por eleições realizadas em suas instituições e uma parcela reduzida é indicada pelo Poder Público. Assim, a eleição realizada (no caso dos Trabalhadores de Saúde e os Usuários) nas entidades para nomeação dos representantes é um processo democrático, constituindo um fator que possibilita a expressão de interesses públicos, podendo fazer com que questões de interesse da comunidade cheguem a fazer parte da pauta do Conselho. Será que esses grupos possibilitam que essas questões cheguem até o Conselho para discussão? Será que os conselheiros indicados e os selecionados por eleições em suas bases participam de maneira distinta no Conselho?

A próxima etapa consiste em analisar suas competências para observar se legalmente este Conselho cumpre com as exigências legais de monitoramento, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde.

5.2.3 Competências

As análises realizadas sobre o desempenho dos Conselhos de políticas públicas no Brasil são as de que estes espaços de participação da sociedade não estão conseguindo desempenhar a sua vocação deliberativa, onde acabam exercendo um reduzido poder de influência sobre o processo de construção de políticas públicas (TATAGIBA, 2002 e 2004). Este diagnóstico aponta para a fragilidade deliberativa dos Conselhos sentenciando que os mesmos não têm obtido sucesso em influenciar o processo de definição de políticas públicas carregando em si uma expectativa onde as deliberações destes órgãos de fato não afetem as decisões governamentais. No entanto, para este Conselho tem validade este pensamento?

Com este diagnóstico em mente e, tendo em vista o objeto deste trabalho, será apresentada a seguir uma análise dos instrumentos legais e normativos que constituíram a moldura institucional do CMS de Itápolis.

A Lei Federal nº. 8.142/90 em seu Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, com o Conselho de Saúde e em seu parágrafo 2º dispõe que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Em conformidade com a Lei Federal nº. 8.142/90, os instrumentos jurídicos do município atestam o caráter deliberativo do CMS Itápolis e reafirmam a atuação deste órgão na formulação de estratégias políticas e no controle da execução da política de saúde.

Segundo o Art. 4º²⁷ da Lei Municipal nº 1.471, compete ao CMS:

I- definição das estâncias e mecanismos de *controle, avaliação* e de *fiscalização* das ações e serviços de saúde;

O Conselho estudado possui o poder de definir instrumentos e mecanismos que possibilitem controlar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde do município. Elas validam a idéia de que esses colegiados exerçam certo poder de influência sobre os governos.

II- administração dos *recursos orçamentários e financeiros* destinados, em cada ano à saúde;

Cabe ao Conselho ajudar a gerir os recursos financeiros advindos das outras esferas de governo, validando suas competências e problematizando esse espaço com relação ao governo.

III- *acompanhamento, avaliação e divulgação* do nível de saúde da população e das decisões ambientais;

Ao Conselho cabe monitorar e divulgar os indicadores de saúde da população local, realçando sua competência de acompanhar os níveis de saúde da

²⁷ Todas as ênfases assinaladas nos tópicos são de minha autoria.

população local e das questões de poluições ambientais que poderão afetar a saúde dos municípios.

IV- *organização e coordenação do sistema de informação de saúde;*

Cabe também, a organização e coordenação dos Sistemas de Informação em Saúde municipais que organizam os indicadores de saúde locais da população, para realizar um acompanhamento de sua evolução e identificando pontos críticos.

V- *elaboração de normas técnicas estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;*

A concepção de normas técnicas que vão estabelecer padrões de qualidade e parâmetros para calcular custos de assistência à saúde caracterizando o poder de acompanhamento do desenvolvimento do setor.

VI- *elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;*

Como o parágrafo anterior, este parágrafo mostra o acompanhamento do Conselho nas condições de saúde dos trabalhadores tanto da iniciativa privada quanto pública.

VII- *elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde;*

Esse parágrafo dá ao Conselho estudado o acompanhamento na atualização e monitoramento no desenvolvimento do Plano Municipal de Saúde,

VIII- *participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;*

Mostra que o colegiado também influencia na formação e desenvolvimento de políticas referentes a recursos humanos, como capacitação e planos de carreiras para a mão-de-obra do setor.

IX- *elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde;*

Confecionar a proposta orçamentária do SUS, mostrar o mapeamento da aplicação dos recursos na saúde local.

X- *elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública;*

Esse parágrafo mostra a regulação que o Conselho deve exercer sobre os serviços privados de saúde, defendendo o interesse público nessa área.

XI- realização de operações externas de *natureza financeira* de interesse da *saúde*, autorizado pelo Senado Federal;

Esse parágrafo mostra a tentativa de captar recursos financeiros externos para a saúde local.

XII- para atendimento de *necessidades coletivas, urgentes e transitórias*, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes asseguradas justa indenização;

O Conselho pode solicitar a autoridade competente materiais e serviços para atender necessidades urgentes e transitórias de saúde da população local.

XIII- *implementar* o Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados;

Esse parágrafo mostra novamente a influência do Conselho em situações de saúde da população.

XIV- *elaborar* normas técnico-científicas de *promoção, proteção e recuperação de saúde*;

Mostra novamente a responsabilidade do Conselho no acompanhamento da saúde da população.

XV- *promover* articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a *definição e controle* dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

Promover o compartilhamento com órgãos fiscalizatórios, participando da definição e controle de padrões éticos de pesquisa. Destaca-se a articulação do Conselho com o setor de vigilância sanitária que atua na inspeção de estabelecimentos de saúde e com os demais estabelecimentos que oferecem produtos à população. Como exemplo citamos os supermercados e as padarias.

XVI- *promover* a articulação política e dos planos de saúde;

Busca a integração entre os setores público e privado no município tentando complementar a prestação de serviços em saúde contratando os serviços que a rede pública não possui.

XVII- *realizar pesquisas e estudos* na área de saúde;

Revela o papel do Conselho em constantemente aprimorar conhecimentos na área de saúde. Aqui encontra-se os indicadores municipais de saúde da população que o Conselho, de posse do conhecimento destes, deve pesquisar os motivos de suas alterações solicitando ao Poder Público local medidas de controle sobre tais motivos encontrados para flutuações.

XVIII- *definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização* inerentes ao poder de política sanitária;

Controlar, acompanhar e fiscalizar as ações de vigilância sanitária em instituições de saúde.

XIX- *fomentar, coordenar e executar* programas e projetos estratégicos de atendimento emergencial.

Coordenar e possibilitar programas de atendimento emergencial á população local.

Resumidamente, baseado na análise da referida Lei Municipal é possível concluir que o referido Conselho deve:

- atuar formulando estratégias, controlando e fiscalizando a execução da política de saúde;
- que esse Conselho possui um poder de deliberação baseado na discussão e na constituição de propostas de políticas de saúde local;

Um papel importante do CMS Itápolis é o controle das atividades do Poder Executivo. A aprovação, o acompanhamento e a apreciação do Plano Municipal de Saúde, da PPI²⁸ e do orçamento destinado ao SUS no município são competências que realçam o caráter importante desse espaço público em relação ao Estado, onde o municípios integrantes do SUS precisam ter esses relatórios devidamente aprovados pelos Conselhos de Saúde, mostrando que essas diretrizes foram discutidas entre o governo e a sociedade e que sua aprovação revela um compartilhamento de opiniões. Mostra que o CMS que deve

²⁸ Item discutido no tópico 5.3.3.

atuar pactuando a definição de políticas com a SMS local. Mas será que na prática isso acontece?

A próxima análise ocupa-se em descrever estrutura do CMS de Itápolis.

5.2.4 Estrutura

Conforme Art. 6º da Lei Municipal nº 1.47191 o CMS Itápolis é estruturado pelo Plenário, Secretaria Executiva e Secretaria geral. O Plenário do CMS é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado pelas reuniões ordinárias e extraordinárias. Fazem parte do Plenário todos os 16 membros do Conselho.

A Secretaria Executiva é composta por 03 membros do Conselho sendo 01 representante da SMS e 02 representantes dos Trabalhadores da Saúde (Art. 8º) e tem como objetivo a coordenação e o encaminhamento das atividades do Conselho, onde o Presidente dessa comissão é um membro do grupo do Governo Municipal que tem como função também, representar o Presidente quando este de ausenta (Art. 9º).

A Secretaria Geral é constituída por 05 membros sendo 03 representantes dos Usuários, 01 representante do Prestador de Serviço e 01 representante dos Trabalhadores de Saúde (Art. 10º), cabendo oferecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da Secretaria Executiva (Art. 11º). É um órgão vinculado ao gabinete do Secretário de Saúde. Entre suas funções está assessoramento ao Presidente, acompanhamento e a publicação das resoluções do plenário e apoio técnico às resoluções do Conselho.

O Presidente do CMS de Itápolis é próprio Secretário Municipal de Saúde, que como membro nato, ocupa um dos 02 lugares destinados ao Governo, tendo direito a voto. Nos impedimentos legais e eventuais assume a presidência do Conselho seu substituto legal e imediato da SMS, que também faz parte desse colegiado (Art. 5º, parágrafo 1º).

O Presidente tem a prerrogativa legal de indicar o Secretário Executivo do Conselho (Art. 8º parágrafo único), coordenar assunto do Conselho e fazer cumprir as resoluções do Conselho. Neste período, a indicação do Secretário Executivo tem privilegiado um ocupante de cargo em confiança da SMS que agrega mais esta função não tendo dedicação exclusiva. As atividades do Secretário Executivo, apesar de legalmente mais amplas (ver Art.9º), restringem-se, na prática no período analisado, ao momento de

secretariar os trabalhos da reunião elaborando as atas, sendo um secretário de reuniões e não do Conselho.

O Conselho não possui Secretaria Geral profissionalizada, tendo que consultar os técnicos da SMS para questões mais técnicas, como por exemplo, a PPI ou a Prestação de Contas. Também o CMS de Itápolis deve encaminhar cópias das atas para o CES, mas isso não ocorre. Suas deliberações devem ser formalizadas através de resoluções por maioria e assinadas pelos presentes.

A duração do mandato é de 02 anos e é exercido sem remuneração. A recondução do cargo é permitida por lei, sendo que o Presidente desse Conselho já se apresenta no seu segundo mandato consecutivo (Art. 3º).

Verifica-se, agora, como o CMS de Itápolis comunica-se com a comunidade e se absorve suas demandas.

5.2.5 Permeabilidade

Este item analisa a capacidade deste Conselho em detectar denúncias ou demandas da sociedade obtidos os dados através da observação direta e das atas do período em análise, sendo que se observa maior chance do Conselho em detectar denúncias ou demandas em relação à sociedade em geral do que em relação aos conselheiros que o integram.

Este colegiado não apresenta nenhum mecanismo de comunicação entre o Conselho e os usuários no período analisado. As reivindicações poderiam chegar ao Conselho ou por correspondência ou através dos conselheiros, o que nessa última não acontece porque no momento dos informes os conselheiros não fazem uso da palavra porque a maioria dos conselheiros ainda não chegou perdendo esse momento. É importante lembrar, também, que o Conselho não possui sala de atendimento ao público, o que não incentiva que essa prática de diálogo entre conselheiros e comunidade comece a ser realizada.

Observou-se nas atas, que as reivindicações chegam através de correspondências que a sociedade encaminha ao Conselho, e se referem ao que acontece nas UBSs e na Santa Casa local. As que são mais frequentes, durante os anos observados de atuação do Conselho foram: falta de medicamentos, insuficiência de fichas de atendimento médico, acesso dificultoso à ambulância e falta de vagas na Santa Casa local. Dessa maneira, essas reivindicações apresentam como problema, o acesso e controle dos serviços prestados.

Não se tomou contato com essas correspondências, mas na continuação da leitura das atas e das observações, não se observou providências tomadas em relação a essas reivindicações observando-se como nula a responsividade do Conselho. Só se notou que foram feitas a leitura dessas correspondências. Nota-se, então, que este Conselho parece não ser permeável às demandas da sociedade, onde as reivindicações não são compartilhadas entre os conselheiros, apresentando o Conselho uma capacidade nula de dar respostas.

Em síntese, fatores como os discriminados abaixo geram um baixo grau de permeabilidade do CMS de Itápolis:

- ausência de canal formal para recebimento de denúncias ou demandas;
- ausência de vocalização dos conselheiros da sociedade civil no momento dos informes; e
- monopólio do grupo Governo Municipal na definição dos temas da pauta.

5.3 Funcionamento

A avaliação do funcionamento do CMS de Itápolis será feita a partir das análises referentes a: atividade e organicidade, formação da agenda, assuntos em pauta, processo de deliberação.

5.3.1 Atividade e organicidade das reuniões

O registro formal de um Conselho não representa a garantia de sua efetividade como espaço político. Esse item analisa a capacidade deste Conselho em funcionar regularmente, sendo essas informações obtidas na observação e na análise das atas.

Os resultados mostram que este Conselho funciona com regularidade, apresentando uma periodicidade mensal de reuniões, além das extraordinárias, sendo que referente ao mandato de 2005 a 2006 realizaram-se 24 e no mandato de 2007-2008 30 reuniões.

Todas as reuniões são registradas em atas e na reunião seguinte, ocorre a leitura da ata da reunião anterior, onde é aprovada e assinada pelos presentes sem muita análise de seu conteúdo.

A reunião tem início com o Presidente do CMS de Itápolis dando os informes e logo após terminado, ele dá a palavra aos conselheiros presentes, onde nas

reuniões acompanhadas, nenhum conselheiro fez uso da mesma, sendo que esse momento seria destinado a vocalização de reivindicações por parte dos conselheiros. Em seguida, passa-se a discussão, pelo Presidente do Conselho, dos assuntos da pauta, que são comentados muito rapidamente pelo Presidente, aprovados e encerrada a reunião.

5.3.2 A formação da agenda

A pauta das reuniões deste Conselho, conforme resultados das entrevistas, é elaborada pelos representantes da instituição que integra o grupo Governo Municipal, ficando bem clara essa posição na resposta do Secretário Municipal de Saúde:

Por trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde consigo estar ligado diretamente com todos os setores e receber todos os problemas e demandas da pasta da saúde. Portanto, *quem define a pauta sou eu mesmo*. (Conselheiro A)

Com efeito, os conselheiros entrevistados acreditam que os representantes do Governo Municipal, especialmente o Secretário Municipal de Saúde, possuem todas as condições para definir as questões da política municipal de saúde a serem discutidas no Conselho. No entender desses conselheiros, esse grupo é o mais adequado para definir as questões a serem discutidas no Conselho.

“Quem faz a pauta é o Secretário de Saúde porque *ele sabe tudo que precisa ser feito. Ele conhece tudo na saúde e a gente não*”. (Conselheiro C)

“Nós do Governo Municipal decidimos a pauta porque *temos que construir uma agenda para a saúde com projetos prioritários*. Nós apresentamos os temas e discutimos nas reuniões”. (Conselheiro B)

“Deixamos a pauta para o Secretário de Saúde montar porque *ele já sabe o que o Conselho precisa decidir naquele mês*”. (Conselheiro E)

“O Governo, porque *nós nem entendemos nada sobre aqueles temas que eles ficam discutindo nas reuniões*”. (Conselheiro D)

“O Secretário de Saúde porque *a gente nem tem tempo para ver o que precisa ser discutido*”. (Conselheiro F)

“Meu serviço me ocupava. *Tinha que trabalhar. Não dava tempo de ver assuntos do Conselho*”. (Conselheiro K)

É unânime entre os conselheiros entrevistados que a responsabilidade em definir os assuntos que fazem parte da pauta é responsabilidade do Presidente do Conselho, o Secretário Municipal de Saúde de Itápolis porque ele apresenta vários recursos necessários: informações referentes ao setor de saúde, problemas do setor, conhecimento dos assuntos técnicos e também apresenta capacidade técnica e situação financeira tranqüila, qualidades que a maioria dos conselheiros não possuem.

“É o Secretário, porque *nele vem todos o problemas as saúde. Está lá pra isso. É para isso que ganha bem por mês. Tem que ficar disponível para isso mesmo. Nós não recebemos nada para participar do Conselho. Não podemos ficar atrás do Conselho, temos que trabalhar para viver*”. (Conselheiro G)

“As pautas deixamos para o Governo decidir porque *falta-nos preparo para discutir as políticas de saúde*”. (Conselheiro H)

“A pauta era definida de acordo *com a necessidade que a Secretaria de Saúde tivesse que discutir porque como eles corriam com isso o tempo todo para eles ficava fácil*”. (Conselheiro M)

Essa percepção de que o Governo Municipal é quem deve definir a pauta é extremamente condicionante das atitudes dos conselheiros, porque estes apesar de saberem

que podem realizar indicações sobre temas das pautas das reuniões mostram que isso não é uma prática muito usada.

“O Sr. Secretário de Saúde era quem decidia a pauta das reuniões. É evidente que qualquer de nós podia fazer isso, mas lá isso não acontecia. *Ele sabia o que tinha que ser feito*”. (Conselheiro L)

“Tudo é feito pelo Secretário e a gente já *recebe a pauta pronta*”. (Conselheiro O)

“Ela vinha pronta. Assim era melhor pra mim”. (Conselheiro T)

Também foi relatada o desinteresse por assuntos do Conselho em razão da atividade de conselheiro não ser remunerada, onde alguns relatos mostram a preocupação em relação ao tempo gasto nas reuniões, onde as atividades do Conselho podem interferir nas profissões dos conselheiros.

“O Presidente é quem tem que decidir a pauta, porque *como eu não ganho nada para ficar nesse Conselho. Prefiro ir atender meus pacientes e ganhar meu dinheiro*”. (Conselheiro Q)

“A Secretaria definia a pauta. Desde que eu era conselheiro era assim que funcionava. *Não podia deixar meu trabalho para pensar na pauta do Conselho*”. (Conselheiro N)

Essas respostas mostram que os assuntos discutidos não estão democratizados, ocorrendo um distanciamento deste Conselho e da sociedade e falta de tempo e de dinheiro de alguns conselheiros para participarem.

O Governo Municipal ao centralizar a elaboração da agenda do Conselho, na prática, privilegia assuntos que interessam somente a ele e deixando de lado o caráter reivindicativo da participação social no CMS de Itápolis.

5.3.3 Os assuntos em pauta

A influência que o colegiado deve exercer sobre o processo de definição da política municipal de saúde é possível desde que ele apresente propostas à instância governamental a que ele pertence. Nesse caso, deve propor diretrizes à SMS desenvolvendo uma agenda.

A apresentação dos assuntos que integram a pauta das reuniões do CMS de Itápolis foram obtidas nas análises realizadas nas atas do Conselho, porque elas apresentavam no início de sua redação todos os assuntos que integravam a pauta da reunião de maneira precisa, onde os mesmos assuntos foram ratificados nas entrevistas aplicadas, e verificado seu desenvolvimento em reuniões que a pesquisadora frequentou tentando identificar como esse colegiado funciona na prática.

Apresenta-se aqui, para discussão, os assuntos mais frequentes na agenda deste Conselho, que foram agrupados em núcleos temáticos, sendo: Financiamento, o Plano Municipal de Saúde, a PPI, Terceirização. Discute-se, agora, esses temas em separado:

- *Financiamento*: a maior preocupação no período estudado foi a questão do financiamento. Essa preocupação é justificada à medida que é cada vez maior a demanda por recursos frente ao estancamento dos investimentos e aos cortes orçamentários²⁹. Na verdade, o gestor busca definir como dividir o pouco dinheiro disponível. Essa questão presidiu todo o percurso do Conselho no período estudado. Explica o Presidente do Conselho, que o teto do Estado é calculado a partir dos dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que estão defasados por causa do tempo que o IBGE demora para calcular os censos populacionais. Isto se traduz em recursos financeiros cujo volume está aquém da demanda. Para contornar esta situação, o governo do Estado elaborou uma metodologia que relaciona o *per capita* com a complexidade do sistema de saúde de cada município, a fim de equilibrar as disparidades entre os mesmos. O *per capita*³⁰ não pode ser aplicado como único critério porque, por exemplo, se destinaria dinheiro para hemodiálise para onde não tem o serviço. Entretanto, a

²⁹ Esse trabalho não apresenta nenhum dado sobre esse assunto porque preocupa-se apenas em retratar os assuntos discutidos nas reuniões do Conselho, objeto da pesquisa. Informações a esse respeito podem ser encontradas no site www.datasus.gov.br.

³⁰ Idem.

complexidade também não pode ser único critério, porque do contrário, municípios pobres não receberiam nada, agravando as desigualdades existentes. Além do Estado ou município sofrer cortes orçamentários impostos pelo Ministério da Saúde, se a produção (composta por todos os procedimentos realizados pelo município nesse segmento) ficar abaixo do teto, pode haver perda de recursos. A respeito disso, o Secretário Municipal de Saúde, ao presidir uma reunião do Conselho estudado, esclareceu que a perda de dinheiro por falta de demonstração de gastos aconteceu no município de Itápolis porque não foi possível informar tudo o que produziu no ano de 2006 por problemas no sistema de informação e porque estavam sendo realizados alguns procedimentos que não eram remunerados. No entanto, anunciou medida de renovação da informatização do município para que esta deficiência fosse eliminada. A dificuldade para gerenciar um sistema tão complexo com insuficiência de recursos financeiros é um fato reconhecido pelo Secretário Municipal de Saúde nas reuniões observadas, tendo em vista a expansão da demanda sem investimentos significativos na oferta. Isso pode ser comprovado pela defasagem dos valores pagos pela tabela de referência nacional, que não são compatíveis com os preços do mercado. O Presidente do CMS de Itápolis revelou que o município não tem, capacidade instalada própria o suficiente para atender a demanda, e por isso tentou buscar complementar a oferta no setor privado, mas este se recusou por causa dos valores tão reduzidos que o SUS paga.

- *PPI*: é um instrumento para negociar o orçamento e envolve disputas cada vez mais localizadas, e um jogo acirrado entre os municípios para obtenção de recursos. Justamente, o objetivo da PPI é que os atores busquem um equilíbrio em todo o sistema visando a estabelecer uma política estadual mais equitativa. É considerada um avanço porque permite ao município controlar quem é atendido e por quem é prestado o serviço. A PPI deu início a uma pactuação institucional, de modo que os recursos, em lugar de ficar com a SES-SP fossem transferidos para o município mais próximo que detém os serviços. Na verdade, essa pactuação dá maiores garantias de assistência à população daqueles municípios com serviços insuficientes. É elaborada 01 por ano e observou-se que suas discussões no período estudado, não demorou nada, não ocorrendo reuniões com discordâncias. A partir daí elabora-se o Plano Municipal de Saúde, ratificando este pacto, inclusive promovendo as transferências dos tetos financeiros a ser avaliado a cada 04 meses.

- *Plano Municipal de Saúde:* também fez muito parte das pautas por definir metas a própria gestão da política de saúde no município, sendo também da SMS, onde o Secretário Municipal de Saúde também é o único responsável por sua formulação. O Conselho não atuou na proposição de diretrizes, metas e estratégias para sua composição final. O Presidente do Conselho passou 04 reuniões lendo e explicando seu conteúdo. No final, foi aprovado sem sofrer nenhum ajuste porque o Conselho não solicitou nenhuma modificação em seu conteúdo.
- *Terceirização da Santa Casa local:* outro ponto bastante discutido foi a Terceirização da Santa Casa local que antes era administrada pela Prefeitura Municipal. A Terceirização da administração da Santa Casa local mediante a contratação, via processo licitatório pela Prefeitura Municipal, de firma privada que proveria médicos e outros profissionais em substituição dos quadros existentes pertencentes ao funcionalismo público. A única manifestação de votação observada no período analisado refere-se a esse núcleo temático de discussão, quando 02 conselheiros do grupo dos Usuários se pronunciaram contra a Terceirização da Santa Casa local e a SMS se mostrou inflexível. A idéia de denunciar a situação ao Ministério Público partiu desses 02 conselheiros que começaram a discutir a questão sem muito sucesso por se perder em suas colocações e não conseguir argumentar tecnicamente com o Presidente do Conselho sobre as vantagens e as desvantagens desse processo de Terceirização e a ameaça de denúncia ao Ministério Público não se efetivou. Os benefícios da Terceirização foram enumerados pelo Presidente. Dessa maneira, 13 conselheiros votaram a favor da Terceirização e os outros 02 que eram contra a Terceirização votaram contra, depois de apresentar um comportamento muito desestabilizador nessa reunião. No entanto, como nesse caso a maioria estava a favor, a Santa Casa local foi terceirizada.

Todas as questões colocadas acima são elaboradas pela SMS e colocadas na reunião do Conselho para aprovação, mas cabe ressaltar que o Presidente do Conselho é quem explica e justifica a necessidade de serem dessa maneira por que os conselheiros não possuem treinamentos ou cursos de capacitação para avaliarem sozinhos o conteúdo desses documentos. Portanto, entendem a necessidade do ponto de vista do Presidente, que como membro do Governo Municipal consegue homologar seus interesses como deseja.

Percebe-se que esses assuntos apresentam uma natureza meramente formal e técnica, caracterizando-se como assuntos de fraca deliberação, pois é muito difícil compreender assuntos técnicos como a prestação de contas e demais assuntos dessa ordem discutidos no Conselho e estes conselheiros apresentam fragilidades em relação à posse de recursos cognitivos para melhorar a experiência.

Dessa maneira, é possível verificar que o CMS de Itápolis apresenta um desequilíbrio no que se refere à influência participativa dos grupos.

5.3.4 Processo de deliberação

Os conselheiros entrevistados responderam que é quase inexistente a votação no Conselho, sendo as decisões tomadas mediante o consenso. Também percebe-se na fala de alguns entrevistados que os conselheiros que não integram o grupo do Governo Municipal carecem de uma considerável qualificação técnica para que consigam manter um diálogo e negociar com o Governo Municipal no Conselho. Seria de muita importância se os conselheiros soubessem o que é a forma Conselho, se conhecessem como funciona o SUS no município e como o orçamento é aplicado na saúde pública local.

“Nós nem temos um conhecimento grande do que é o Conselho, nem entendemos os termos que o Secretário de Saúde coloca nas reuniões. Então é mais fácil não questionar nada”. (Conselheiro J).

“A maioria de nós conselheiros não tem preparo técnico para nada. A maioria das vezes não participamos do planejamento por causa disso. Se usassem uma palavras mais comuns podíamos entender o que se passa”. (Conselheiro O)

Essa capacidade reduzida dos conselheiros em discutirem sobre os assuntos integrantes da pauta gera uma fragilidade muito grande desse colegiado em relação á SMS, que segundo as falas de alguns entrevistados apostam muita confiança na capacidade e honestidade do Secretário Municipal de Saúde em controlar a política que peca por não debater assuntos, não cumprindo com seu papel de participação esperado por esse tipo de espaço de discussão.

“Consenso, porque a saúde na cidade *está indo bem*. O Secretário tem se esforçado, ele sempre sabe o que tem que fazer. *Temos só que concordar com ele em tudo. Ele sabe o que faz, por isso não precisa de votação. É só concordar*”. (Conselheiro C)

“Nós concordamos com o Secretário de Saúde, porque ele *sempre explica tudo pra gente* nas reuniões e *sempre mostra porque que precisa ser dessa maneira. Então é só concordar com ele, porque ele sabe mais do que a gente o que precisa ser feito*”. (Conselheiro D)

“Esse Conselho só decide por consenso. É difícil resolvemos algum assunto por votação. *Sempre concordamos com o que o Secretário Municipal de saúde coloca*”. (Conselheiro E)

Nota-se também, na fala de um entrevistado, que os conselheiros não têm clareza do seu papel como integrante do colegiado. Para ele, falta qualificação técnica para que as demandas da sociedade sejam vocalizadas no município para que seja possível a discussão das políticas de saúde locais.

“Nunca decidimos nada no voto. *Não saber e não entender o que se passa nas reuniões é complicado. Minha saída é concordar com tudo*”. (Conselheiro F)

“Por consenso. O que eu percebia, é que os *conselheiros não conheciam seu papel*. Aquele Conselho deveria passar por um *treinamento*, deveria *participar de cursos para ver o que de fato o Conselho tem que fazer*”.(Conselheiro L).

“Não tem votação. Tudo é feito por consenso. Já que a Secretaria de saúde sabe de tudo, *eles que façam tudo mesmo*”. (Conselheiro G)

Um outro problema destacado pelos entrevistados é a existência de um desinteresse de alguns conselheiros com as questões do Conselho, os quais concordam com o que é posto nas reuniões para poderem dedicar menos de seu tempo nas reuniões e também não o fazendo por não desfrutar de nenhuma remuneração para participar do colegiado.

“Sempre por consenso. Afinal, essa é uma *maneira mais rápida de decidirmos e irmos embora*”. (Conselheiro P)

“Consenso. *Concordo com tudo e pronto. Nem ganhamos para refletir sobre algo ou não*”. (Conselheiro O)

Ao perceber, nas respostas dos entrevistados o consenso prévio no processo decisório deste Conselho, é necessário questionar a que se deve esse consenso prévio?

Analisando as respostas dos entrevistados chegamos a 04 fatores:

- Ausência de capacidade técnica por parte dos conselheiros;
- Dificuldade gerada pelo linguajar;
- Legitimidade do Governo Municipal em conduzir a política de saúde;
- Falta de interesse de alguns conselheiros em participar do colegiado.

Essa legitimidade da autoridade do Secretário Municipal de Saúde para formular a política de saúde local objetiva-se através:

- Da continuidade do mesmo profissional à frente da SMS de Itápolis em toda a administração do PSDB;
- Da continuidade do Secretário Municipal de Saúde como Presidente nos mandatos do Conselho na gestão 2005-2008;
- Moção do CMS de Itápolis em apoio ao Secretário Municipal de Saúde, observada nos depoimentos colhidos nas entrevistas.

TABELA 07: Síntese das características da estrutura e funcionamento do CMS de Itápolis no período de 2005-2008

Antecedentes e criação	<ul style="list-style-type: none"> - Em 1990, processo de municipalização da saúde em Itápolis; - Em 1991, promulgação da Lei Municipal nº 1471 de 20 de maio com a proposta de criação do Conselho.
Composição	<ul style="list-style-type: none"> - Representantes do Governo Municipal: 02 - Representantes dos Prestadores: 01 - Representantes Trabalhadores: 04 - Representantes Governo Estadual: 01 - Representantes Usuários: 08
Infra-Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - Plenário, Comissão Executiva, Secretaria Geral; - Ausência de sala de reuniões própria e ausência de salas de atendimento ao público e funcionários mantidos pela Prefeitura.
Regularidade das reuniões	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinárias mensalmente; - Extraordinárias.
Formação da agenda	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborada unicamente pelo grupo do Governo Municipal, sem indicações dos conselheiros dos demais grupos.
Assuntos em pauta	Assuntos técnicos

FONTE: dados de pesquisa (2008)

5.4 Avaliação da contribuição dos representantes e das instituições representadas

A avaliação referente a contribuição dos representantes e representados no Conselho realizou-se mediante as análises feitas sobre as participação das instituições representadas, seus representantes, seu perfil, suas posturas e interesses e suas razões de maior ou menor participação.

5.4.1 Instituições representadas

As entrevistas aplicadas com os dirigentes das instituições representadas no CMS de Itápolis revelaram que as instituições, com exceção da SMS, não apresentam ninguém que decida questões de sua necessidade a serem discutidas no Conselho. Observado, então, a dificuldade em obter informações nas instituições sobre sua participação no Conselho e que, por parte das instituições não existem reivindicações a serem debatidas no colegiado em estudo, é necessário verificar se os seus representantes apresentam relações com suas entidades para que seja possível verificar se através de seus representantes ocorrem transmissões de informações entre o Conselho e as mesmas.

Resta, agora, tentar avaliar essas contribuições observando as relações que os representantes mantêm com as instituições que representam.

5.4.1.1 As relações que os conselheiros mantêm com as entidades que representam

A efetivação dos Conselhos aparece profundamente associada ao vínculo estabelecido entre os conselheiros e suas entidades. Nesse sentido, quanto mais intensa a relação conselheiro-entidade, maior a possibilidade de que diferentes interesses possam ser representados nos Conselhos.

Esse item analisa o compartilhamento dos assuntos da pauta do Conselho entre os conselheiros e suas bases. O resultado da pesquisa foi agrupado na Tabela 08.

TABELA 08: Conhecimento prévio da pauta pela entidade que os conselheiros representam - em porcentagem

PERIODICIDADE	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sempre	100%	-	-	-
Às vezes	-	25%	50%	25%
Nunca	-	75%	50%	75%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Os representantes do Governo Municipal, em sua maioria (100%) levam a pauta para discussão com sua entidade. Do grupo dos Prestadores de Serviços, 50% responderam que “às vezes” levam a pauta para discutir com sua entidade e os outros 50% responderam que nunca discutem a pauta.

Os Trabalhadores de Saúde apresentaram respostas entre “nunca” e “às vezes”, sendo que 75% deles nunca discutem a pauta e apenas 25% realiza discussões com a entidade. Finalmente, o grupo dos Usuários apresenta-se com 75% no item “nunca” e 25% no item “às vezes”.

TABELA 09: Interesse das entidades sobre assuntos do Conselho -em porcentagem

PERIODICIDADE	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sempre	100%	-	-	-
Às vezes	-	16,66%	50%	25%
Nunca	-	83,33%	50%	75%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Essa pesquisa revela que a maioria dos conselheiros responderam que as entidades apresentam um interesse reduzido sobre assuntos do Conselho. Destacou-se o Governo Municipal que revela que a SMS em 100% se interessa pelas atividades do Conselho.

TABELA 10: Orientação de entidades sobre atuação dos seus representantes no Conselho -em porcentagem

PERIODICIDADE	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sempre	100%	-	-	-
Às vezes	-	16,66%	-	25%
Nunca	-	83,33%	100%	75%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Novamente o Governo se destacou em receber orientações de sua entidade sobre sua atuação o Conselho e os demais grupos apresentam-se com uma reduzida orientação, agindo muito por conta própria.

TABELA 11: Participação dos representantes em reuniões promovidas pelas entidades -em porcentagem

PERIODICIDADE	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sempre	100%	-	-	-
Às vezes	-	66,66%	100%	-
Nunca	-	33,33%	-	100%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Esses dados revelam que às vezes os conselheiros freqüentam reuniões em suas bases, sendo exceção novamente o Governo.

TABELA 12: Conselheiros que mantêm sua entidade informada sobre reuniões do Conselho- em porcentagem

PERIODICIDADE	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sempre	100%	-	-	-
Às vezes	-	16,66%	-	25%
Nunca	-	83,33%	100%	75%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Essa questão evidencia que a maioria dos conselheiros não mantêm suas bases informadas sobre o andamento das reuniões do Conselho, estando o Governo em destaque com resposta 100% no item “sempre”.

Os dados da pesquisa apontam para a existência de estreita relação entre os conselheiros, com exceção do grupo do Governo Municipal, com as entidades que representam no Conselho. De acordo com as tabelas apresentadas, de modo geral, eles não mantêm a direção da entidade informada a respeito dos assuntos tratados no CMS de Itápolis e não procuram consultá-las sempre que a matéria tratada mereça orientação especial ou discussão sobre as estratégias a seguirem.

Percebido com a pesquisa que se revelou praticamente escasso ou nulo o envolvimento da entidade nas atividades de seu representante (exceção Governo Municipal) e portanto, nos afazeres do Conselho, e que a participação é exercida apenas

por seus representantes que agem por conta própria, resta investigar como os representantes atuam no Conselho e indagar: Quais são as contribuições, as motivações e as atividades dos representantes das instituições no Conselho?

5.4.2 Representantes das instituições

Esta seção do trabalho objetiva analisar o perfil dos conselheiros para caracterizá-los de acordo com seus recursos individuais.

5.4.2.1 Recursos individuais: perfil dos representantes das instituições

Na construção do perfil dos representantes das instituições do CMS de Itápolis, no período analisado, os dados obtidos referem-se a grau de instrução, quantidade de mandatos, renda, assiduidade, capacitação, participação política, cultural e associativismo. Segundo essas variáveis escolhidas, vamos então aos dados obtidos com a pesquisa.

- **Grau de instrução**

O grau de instrução dos grupos que compõem o Conselho estudado, pesquisado com a intenção de analisar o conhecimento e a informação dos atores, observando sua potencial capacidade de independência e autonomia, os dados levantados estão organizados na Tabela 13:

TABELA 13: Grau de instrução - em porcentagem

INSTRUÇÃO	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Fund. Comp.	-	-	-	-
Fund. Incomp.	-	-	-	-
Médio Comp.	-	100%	-	-
Médio Incomp.	-	-	-	-
Super. Comp.	50%	-	100%	100%
Super. Incomp.	-	-	-	-
Pós Graduação Completa	50%	-	-	-
Pós-Graduação Incompleta	-	-	-	-
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Os entrevistados apresentam um considerado grau de escolaridade. No entanto, é possível perceber uma disparidade considerável do grupo dos Usuários em relação aos outros grupos. Estes dados já eram esperados por saber que os integrantes deste grupo representam camadas mais fragilizadas da sociedade. A pesquisa revelou, para esse grupo um grau de instrução de nível médio completo, enquanto que os demais, sendo os Prestadores de Serviços e os Profissionais de Saúde, apresentam nível superior completo e o grupo do Governo Municipal apresenta um conselheiro com nível superior completo e outro com pós-graduação completa, sendo este o Secretário Municipal de Saúde.

De acordo com o que é mostrado na literatura sobre Conselhos, é possível constatar no Conselho estudado uma significativa diferença do grupo dos Usuários em relação aos demais grupos presentes no colegiado com nível superior de escolaridade representando menor capacidade de organização dos Conselhos.

Weigelt (2006) também destaca que é preciso superar a insuficiente formação para disputar a hegemonia nos Conselhos de Saúde.

- **Quantidade de mandatos**

Analisa-se também a experiência dos conselheiros intencionando verificar se são principiantes ou não, se apresentam conhecimento da função. O resultado desta pesquisa está distribuído na Tabela 14:

TABELA 14: Quantidade de mandatos - em porcentagem

MANDATOS	GOVERNO	USUÁRIOS	PRESTADOR	TRABALHADOR
1 mandato	-	25 %	50%	-
2 mandatos	100%	75 %	50%	100%
3 mandatos	-	-	-	-
4 ou mais	-	-	-	-
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

A maior parte dos conselheiros não são iniciantes. O grupo do Governo Municipal possui representantes já há 02 mandatos atuando no Conselho. Os Prestadores de Serviços apresentam índices de 50% no primeiro mandato e 50% no segundo mandato. Os representantes dos Trabalhadores de Saúde já participam do Conselho há 02 mandatos (100%) e o grupo dos Usuários apresentam, no período estudado 25% de seus conselheiros no seu primeiro mandato e 75% no seu segundo mandato.

Esses dados mostram que a maior parte dos conselheiros estão sendo profissionalizados. A indicação se deve ao fato das pessoas terem adquirido experiência prática e familiaridade com os assuntos tratados no CMS de Itápolis, nem sempre ao alcance do entendimento dos leigos. Eles conselheiros teriam, condições, pela experiência, de compreender qual o seu papel no Conselho, aprendendo a participar participando.

- **Renda**

A próxima análise é referente à renda mensal dos entrevistados objetivando verificar a segurança financeira para dispor de tempo para se dedicar à função de conselheiro. Seu resultado está organizado na Tabela 15.

TABELA 15: Renda dos conselheiros - em porcentagem

RENDA	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
1 sal mínimo	-	75 %	-	-
De 2 a 3 sal. mínimos	-	25 %	100%	50%
De 5 a 10 sal. mínimos	50%	-	-	50%
10 ou mais sal. mínimos	50%	-	-	-
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

A pesquisa relativa à renda mostra que o grupo que possui renda mais baixa é o dos Usuários, novamente dados que já eram esperados. A renda mais alta pertence ao grupo do Governo Municipal, onde o Secretário Municipal de Saúde tem sua renda superior a 10 salários mínimos. Os Trabalhadores de Saúde dividem-se entre 02 a 03 salários mínimos e 05 a 10 salários mínimos. Os Prestadores de Serviços apresentam renda entre 02 e 03 salários mínimos.

Para Tatagiba (2002), conforme também citado acima, os Conselhos que apresentam maior organização são aqueles que possuem entre seus membros, pessoas com maior renda e maior nível de escolaridade.

- **Frequência nas reuniões**

A pesquisa referente à assiduidade tem a intenção de verificar se todos os grupos que representam as instituições estão presentes nos processos deliberativos. Seus dados estão distribuídos pela Tabela 16.

TABELA 16: Frequências nas reuniões do Conselho - em porcentagem

RESPOSTAS	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sim	100%	41,66%	100%	75%
Não	-	58,33%	-	25%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Percebe-se nessa análise, que a maior parte conselheiros são assíduos freqüentadores das reuniões, com exceção do grupo dos Usuários que apresenta um índice de 58,33% no item “não” freqüenta todas as reuniões.

- **Capacitação**

A capacitação técnica dos conselheiros é o item que analisa a facilidade e o conhecimento em lidar com os termos técnicos e sua dependência com os demais conselheiros para influenciar nas decisões participativas.

Em razão da recorrência do que foi citado, pode-se afirmar que os conselheiros não apresentam qualificação técnica para a participação institucionalizada, resultando numa grande limitação para que este Conselho funcione de maneira independente.

Nas falas dos conselheiros entrevistados, percebe-se que os integrantes do grupo do Governo Municipal são os únicos a se capacitarem para exercerem a função de conselheiro, sendo que a Poder Público Municipal chega a custeá-los para eles.

“Toda quinzena *participamos de palestras e cursos que a DRS III promove para capacitação dos conselheiros*”. (Conselheiro A)

“*Fazemos direto cursos de capacitação*”. (Conselheiro B)

Outros entrevistados relatam que não participam de nenhum curso nessa área porque precisam trabalhar e têm medo de perder o emprego ao dedicar seu tempo com as funções de conselheiro e que também não possuem condições financeiras de custeá-los, já que o Poder Público Municipal só paga os cursos e as despesas referentes a eles para os integrantes do Governo Municipal.

“*Nunca participei de nada*”. (Conselheiro C)

“*Nunca participei de nada porque na verdade se quisermos ir, temos que pagar do bolso*”. (Conselheiro E)

“*Tenho que trabalhar. Meu patrão já me deixa sair para vir nas reuniões. Cursos de conselheiro é pedir muito*”. (Conselheiro D)

“*Não posso ir, tenho que trabalhar. Se eu perco dia de trabalho me descontam no final do mês*”. (Conselheiro F)

“*Tenho que trabalhar para viver. Se eu faltar, não me pagam o dia*”. (Conselheiro I)

Também nota-se, que alguns conselheiros não têm nenhum interesse em se dedicar a cursos da área de atuação em Conselhos. Preferem capacitar-se na sua área de atuação, caracterizando uma participação que pode ser muito mais voltada a interesses próprios no Conselho, onde podem aperfeiçoar-se e obter mais sucesso nas suas carreiras profissionais.

“*Somente na área médica. Até pós-graduação em Administração Hospitalar eu fiz para ser Diretor Clínico do Hospital. Agora, na área de atuação de Conselhos não posso perder meu tempo*”. (Conselheiro R)

“*Faço somente cursos referentes à Enfermagem. Quanto mais me especializo mais recompensadora será minha carreira acadêmica. Não posso lecionar sobre Conselhos*”. (Conselheiro P)

“Prefiro dedicar *meu tempo a aumentar minhas especializações médicas*”. (Conselheiro Q)

O fato de o Poder Público Municipal não realizar e nem custear cursos de capacitação de conselheiros favorece a centralização decisória nas mãos do Governo Municipal, mesmo porque, a não explicação dos termos técnicos é um entrave para uma discussão ampliada, não podendo os demais conselheiros negociarem e dialogarem com o Governo, correndo o risco de ficarem muito dependentes da lógica que o Governo Municipal passa.

- **Participação política, cultural e associativismo**

Esta etapa do trabalho objetiva delinear o perfil dos conselheiros quanto a sua conduta cívica. É sabido que uma análise mais abrangente da cultura cívica só pode ser concretizada quando devidamente enquadrada no contexto histórico, social e político específico do grupo que se pretende estudar. Deveria, por conseguinte, ser relacionada com variáveis como classe, gênero e raça, e com o próprio sistema de valores e crenças do grupo para uma discussão bem fundamentada entre cultura cívica e cultura política.

Sendo o foco deste trabalho bem mais limitado, a preocupação foi tentar caracterizar, em termos de cultura cívica, alguns comportamentos dos conselheiros e relacioná-los a sua participação no CMS de Itápolis. Analisa-se, então, seu envolvimento nas questões locais de governo, na vida da comunidade e nas políticas de saúde. Começa-se analisando o interesse que os entrevistados apresentam por política. Os dados da pesquisa estão agrupados na Tabela 17.

TABELA 17: Interesse dos conselheiros por política - em porcentagem

INFLUÊNCIA	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Bastante	100%	58,33%	-	-
Médio	-	41,66%	50%	-
Reduzido	-	-	50%	100%
Nenhum	-	-	-	-
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

A participação política também é influenciada pelos recursos políticos ou pela cultura política dos conselheiros. Comparando como se distribui o interesse por política nos diferentes grupos que formam o CMS de Itápolis, o Governo Municipal é o que mais tem interesse (100%), seguido dos Usuários. O Prestador e o Trabalhador apresentam-se com baixo interesse por política.

TABELA 18: Filiação partidária³¹ dos conselheiros - em porcentagem

FILIAÇÃO	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
PMDB	-	50%	-	-
PSB	-	16,66%	-	-
PT	-	25%	-	-
PTB	-	8,33%	50%	-
PSDB	100%	-	-	-
Nenhum	-	-	50%	100%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Uma variável importante do recurso político é a filiação partidária. Conforme Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003) o acesso a estruturas partidárias constitui-se um dos mais importantes recursos para o aumento da cultura cívica dos cidadãos. No CMS de Itápolis a proeminência dos grupos do Governo e dos Usuários é significativa, o que está em harmonia com seu alto interesse por política.

É de importância mencionar que todos os integrantes do grupo dos gestores está filiada ao PSDB (100%), partido do Prefeito da gestão em análise nesse trabalho. Nenhum outro grupo possui representantes filiados a esse partido. Isso deve ser considerado, pois é importante perceber até que ponto esse grupo manipula os interesses discutidos no Conselho.

TABELA 19: Conselheiros que participam de algum movimento social além da entidade representada do Conselho - em porcentagem

MOVIMENTO	GOVERNO	USUÁRIO	PRESTADOR	TRABALHADOR
Sindicatos	-	-	-	-
Associações de	-	-	-	-

³¹ Partido dos Trabalhadores (PT); Partido Trabalhista Brasileiro (PTB); Partido Socialista Brasileiro (PSB)

bairros				
Movimentos religiosos	-	25%	50%	25%
Organização não-governamental	-	16,66%	-	-
Nenhum	100%	58,34%	50%	75%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

A atuação em movimentos sociais é baixa em todos os grupos do Conselho em questão. Observa-se uma porcentagem reduzida nos grupos dos Usuários, Prestador e Trabalhador em atuação em movimentos religiosos. Diferentemente da filiação partidária observada logo acima.

Esses dados são relevantes porque indicam que a maioria dos entrevistados não possuem engajamento em órgãos de atuação coletiva de sua localidade e voltados para fins diversos.

TABELA 20: Influência nas decisões do Conselho - em porcentagem

INFLUÊNCIA	GOVERNO	USUÁRIOS	PRESTADOR	TRABALHADOR
Muita força	100%	-	-	-
Media força	-	-	100%	25%
Pouca força	-	41,66%	-	75%
Nenhuma força	-	58,33%	-	-
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Um recurso que possui muita relação com o civismo “é a atitude relativa à competência subjetiva, ou seja, o sentimento associado à capacidade de influenciar as ações do governo” (ALMOND e POWELL Jr., 1972 apud FUKS, 2002, p. 248). O sentimento que se tem “média”, “pouca” ou “nenhuma força” nas deliberações do CMS de Itápolis predomina em todos os grupo com exceção do Governo Municipal.

TABELA 21: Opinião dos conselheiros sobre o impacto das decisões do Conselho na gestão da SMS - em porcentagem

OPINIÃO	GOVERNO	USUÁRIOS	PRESTADOR	TRABALHADOR
----------------	----------------	-----------------	------------------	--------------------

Muita força	100%	-	-	-
Média força	-	-	100%	25%
Pouca força	-	41,66%	-	75%
Nenhuma força	-	58,33%	-	-
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

De igual importância quanto à percepção dos atores em relação à influência que exercem no processo decisório é a percepção do impacto que as deliberações do Conselho têm na SMS para implementação das propostas. No Conselho estudado, com exceção do Governo Municipal, os demais grupos entendem que as deliberações do Conselho têm um baixo impacto na gestão da SMS de Itápolis.

As propostas são apresentadas pela SMS e são aprovadas por consenso, como já verificado neste trabalho, o que reforça a hipótese de que o poder de representação dos segmentos potencializados no Conselho é influenciado por um grupo que possui vínculo político partidário com sistema político partidário.

O próximo item objetiva analisar o acompanhamento por parte dos conselheiros sobre a implementação das decisões do Conselho pelo poder público, o resultado dessa pesquisa organiza-se na Tabela 22.

TABELA 22: Acompanhamento das decisões do Conselho - em porcentagem

ACOMPANHAMENTO	GOVERNO	USUÁRIOS	PRESTADOR	TRABALHADOR
Todas as vezes	100%	-	-	-
Raramente	-	25%	50%	-
Nenhuma vez	-	75%	50%	100%
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: pesquisa de campo (2008)

Neste Conselho, o Governo Municipal foi o grupo que mais prevalece (100%). Os demais demonstram um baixo envolvimento com esse mecanismo, sendo: Prestadores de Serviço 50% “raramente” e 50% “nenhuma vez”, Trabalhadores da Saúde 100% “nenhuma vez” e Usuários 25% “raramente” e 75% “nenhuma vez”. Percebe-se,

com essa análise, que o poder fiscalizador do Conselho é ativo apenas para o grupo do Governo Municipal, sendo que em relação aos demais, não é realizado nenhum acompanhamento sobre a implementação das decisões do Conselho, não apresentando nenhum método para fiscalizar.

Conforme Lei Municipal 1471/91, o CMS de Itápolis deve atuar controlando e fiscalizando se as decisões do Conselho estão sendo implementadas na política municipal de saúde. O resultado da entrevista mostra que apenas o grupo do Governo Municipal apresentou 100% de acompanhamento nas respostas e os demais distribuem-se pelas outras respostas como explicado acima, o que mostra que o grupo do Governo Municipal é o que mais fiscaliza e acompanha a aplicação e o desenvolvimento das decisões do Conselho. Os outros grupos disseram não ter meios para fiscalizar.

Todas as respostas obtidas mostram novamente o predomínio do grupo do Governo Municipal em exercer influência no funcionamento do colegiado. Também é necessário comentar que um aspecto de extrema importância observado na pesquisa para entender o predomínio desse grupo diz respeito à participação no Conselho fazer parte de sua atividade profissional, enquanto que nos outros grupos essa participação é apenas voluntária, sendo para esses últimos, uma atividade custosa e penosa, como observado na fala dos entrevistados.

5.4.2.2 As relações entre os representantes das instituições

Conforme Putnam (2000), a interação social é um pré-requisito para a criação generalizada e reciprocidade. A cooperação é um conceito importante para os estudos de capital social. Quando os espaços democráticos favorecem a participação e a organização em redes, a tendência é o desenvolvimento de procedimentos que estimulem a participação (AED, 2008).

Nessa direção, analisar se entre os representantes das instituições ocorrem relações de cooperação pode indicar níveis de reciprocidade e participação grupal. Caso contrário, predispondo os conselheiros a desenvolverem atitudes de apatia e indiferença para as atividades do Conselho.

Trata-se aqui de avaliar de que modo os entrevistados se relacionam com os demais conselheiros, verificando como se dão suas interações para discutir as políticas de saúde. Percebe-se, nas respostas, certos conflitos entre conselheiros de diversos grupos.

“Temos *relações conflituosas*. Esses representantes dos Usuários só vêm aqui para *tumultuar*”. (Conselheiro H)

“Nos relacionamos de uma *maneira complicada* porque aqui um acha que o outro é seu inimigo. Esse Conselho parece uma *arena de luta livre* porque o *grupo dos Usuários não entende de nada e acha que sabe tudo*”. (Conselheiro F)

Segundo alguns entrevistados, suas relações são formais, sendo que a atividade de conselheiros é um ato bem cansativo e o fato dessa atividade não ser remunerada é fato de desânimo e motivo para realizar o menos possível e também o descaso por parte de alguns conselheiros que preferem não perder tempo com discussões durante a reunião para que essa acabe mais rápido.

“Relações de *mera formalidade* porque analiso por mim. Nem tenho vontade de *ficar lá mais de uma hora discutindo no conselho*”. (Conselheiro D)

“Não nos relacionamos muito bem. *Nem conversamos direito uns com os outros*. Ser conselheiro é uma *atividade bem desgastante* porque *nem ganhamos para estar aqui então nem temos vontade de nos interagir*”. (Conselheiro C)

“Somente relações de *formalidade* porque *nem tenho paciência de ficar lá toda a reunião*. Sempre *saio antes de acabar*. Deveria haver *rodízio entre outros médicos para participar do Conselho*”. (Conselheiro Q)

Nota-se também, a insatisfação por parte de alguns conselheiros em relação aos integrantes dos Usuários, onde segundo alguns dos atores entrevistados, esse grupo não possui conhecimento dos assuntos do colegiado e tentam participar não contribuindo com comentários produtivos, apenas desestabilizando a reunião.

“Relações de conselheiros para conselheiros, ou seja, *de trabalho*. Sinto, às vezes, que alguns conselheiros do grupo dos Usuários estão aqui para *desestabilizar minhas reuniões*. O problema é que *começam a*

argumentar comigo e nunca conseguem acabar porque não conhecem os assuntos que estamos falando. Deviam ficar quietos e só escutar”.

(Conselheiro A)

*“Não temos relações de amizade não. Temos *relações mais profissionais*. Esses representantes dos Usuários apresentam um foco, às vezes, *muito político*, e *nem conseguem argumentar sobre os assuntos que compõem a pauta*”.* (Conselheiro B)

Ressalta-se, novamente, a complicada questão do tempo e da necessidade de permanecer no emprego. Esse conselheiro mostra em sua fala que prefere não se relacionar com os colegas e evitar proximidades porque relações de formalidades demandam menos conversas e a reunião acaba mais rápido para poder retornar a seu emprego.

*“Não temos relações boas porque *prefiro nem ficar falando muito nas reuniões*. Na verdade, *nem poderia estar participando desse Conselho* porque o tempo que eu perco aqui... *é complicado para eu sair do meu emprego para vir aqui. Qualquer dia sou demitido. Prefiro conversar pouco, assim a reunião acaba mais rápido*”.* (Conselheiro E)

*“Não conversávamos muito um com o outro. Na verdade vários deles *chegavam quando a reunião estava na metade e quando acabava, iam embora rápido*”.* (Conselheiro K)

Um outro problema observado foi a questão do desinteresse e o pensamento de sacrifício que alguns conselheiros apresentam de terem de participar das atividades do Conselho.

*“Não são relações *de muita participação*. Não me interessa por isso. Na verdade, *o tempo que eu perco aqui*, deveria estar atendendo no meu consultório. *Nem perco tempo com conversas*. Assim, *a reunião vai mais rápido*”.* (Conselheiro R)

“Não penso muito em criar laços no Conselho. Venho aqui *porque é mais uma obrigação que tenho com minha entidade de representá-la aqui*”.
(Conselheiro G)

Outro problema novamente destacado foi a questão dos termos técnicos que os conselheiros não têm domínio e que por isso não arriscam discussões para não se envergonharem perante os demais.

“*Relações difíceis* porque o Governo só apresenta *assuntos técnicos e a gente nem entende o que ele está falando. É melhor nem contrariar nada*”. (Conselheiro I)

“Não costumo me relacionar porque é *uma área que eu não entendo muito. Saúde é muito desconhecido pra mim*”. (Conselheiro J)

O fraco vínculo com suas bases é outro aspecto verificado na fala desse conselheiro, porque para que o Conselho exerça de fato influência sobre o processo de decisão em políticas é importante que tenha propostas a fazer para a instância de governo a que está vinculado.

“Acho que só nos relacionávamos *o necessário*. A maioria dos conselheiros *não tinha a mínima ligação com as entidades que representavam, então não tinham nada para reivindicar e não se tinha discussão de nada*”. (Conselheiro N)

Os dados da pesquisa revelam que os conselheiros demonstram não possuir relações de cooperação, nem reciprocidade e não se observa interação grupal (variáveis do capital social). Não discutem com antecedência os assuntos constantes na pauta das reuniões e não se observam divergências de interesses. Isso confirma as decisões tomadas mediante o consenso, porque os assuntos tratados no Conselho referem-se à medidas que objetivam a consolidação do SUS e, conseqüentemente estão acima dos interesses particulares de muitos conselheiros, como mostrou a pesquisa. Por causa disso, os conselheiros estariam dispostos a encontrar soluções consensuais porque para eles o

consenso demanda consenso tempo do que a votação , reforçando a hipótese de que ao há registro de veto em Conselhos Municipais de Saúde.

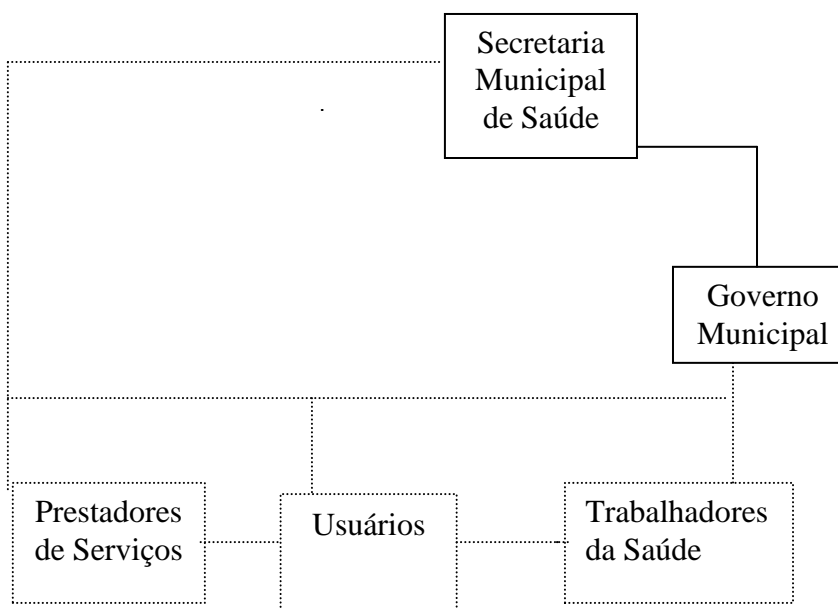
Percebe-se aqui, que ocorre a necessidade de qualificação política da representação, que envolve um aprendizado para a convivência direta com uma multiplicidade de atores portadores de concepções e interesses diversos (DAGNINO, 2002). Nogueira (2004) destaca a importância da comunidade ter uma cultura ético-política, dependente da educação para a cidadania, pela qual se dissemina a valorização de instituições políticas e a consciência da participação. Contudo, os conselheiros não demonstraram ter consciência sobre a necessidade de contribuir nas relações coletivas.

Tem-se que destacar que uma geração cooperativa requer confiança mútua, que pode ser incrementada por um processo de socialização política que transmita crenças e valores de eficácia política e contribuam com o engajamento e participação política dos conselheiros nas instâncias de poder.

Sabe-se que para ampliar o grau de participação dos conselheiros em entidades associativas, estes devem acreditar na eficácia de sua participação. Os dados deste estudo sugerem que a maioria dos entrevistados (Usuários, em partidos políticos e movimentos sociais e o Governo, concentrado apenas em partidos políticos) estão engajados em atividades associativas e que isso é pré-requisito para a criação de confiança generalizada e reciprocidade, conforme explica Putnam (2000).

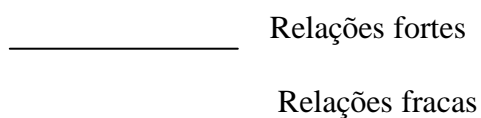
Assim, diante das informações obtidas com a pesquisa, pode-se representar as relações entre conselheiros, conforme Figura 03:

FIGURA 03: Representação das relações entre os conselheiros no CMS de Itápolis



Fonte: dados de pesquisa (2008)

Legenda:



5.4.2.3 Posturas e interesses dos representantes das instituições no Conselho

Inicialmente, o objetivo do trabalho era avaliar as posturas e interesses das instituições representadas no Conselho. Todavia, percebido com a pesquisa que as instituições da sociedade civil não demonstram interesse em participar desse colegiado através de seus representantes e que estes agem sozinhos, resta direcionar a pesquisa a eles: os representantes das instituições que constituem o CMS de Itápolis.

Percebeu-se que os grupos dos Prestadores, Trabalhadores e Usuários possuem uma relação extremamente distante com sua entidade, raramente levando as pautas das reuniões do Conselho ao conhecimento destas, nem as mantendo informadas sobre os assuntos do colegiado e até mesmo participando das reuniões que suas bases promovem. Em relação às instituições, a pesquisa revelou que as mesmas não orientam

seus representantes para atuarem no Conselho, tampouco se interessam pelos assuntos discutidos.

Após ter observado todas essas considerações que a pesquisa apontou, pode-se perceber que as instituições que esses grupos sociais representam não se interessam pelas atividades do Conselho estudado e que apresentam postura neutra em influenciar o processo deliberativo do CMS de Itápolis.

Em situação oposta encontra-se o grupo do Governo Municipal, o qual apresenta uma forte e contínua relação com a SMS que mostra um interesse extremamente ativo pelas reuniões do Conselho. A razão pela qual ter apresentado a resposta “sempre” em todas as questões referentes à relação conselheiro/entidade refere-se ao motivo que o dirigente da SMS encontra-se também como Presidente do Conselho revelando a forte ligação que este representante possui com sua base e com o Conselho.

Percebe-se que na maneira de seu funcionamento, o papel desse colegiado deveria ser balizado com amplas discussões, com orientações baseadas nos interesses da comunidade e sendo realizada nas reuniões essas exposições. No entanto, o Presidente do Conselho chega à reunião e expõe os projetos já prontos, justificando a necessidade de ser dessa maneira, submetendo o colegiado a uma certa passividade, que pela ausência dos recursos cognitivos referentes à informações e capacitação, realiza uma indução dos conselheiros a homologar coisas necessárias apenas do seu ponto de vista, porque percebeu-se ser praticamente inexistente opiniões divergentes no momento das votações.

A condição que o Secretário Municipal de Saúde ocupa como Presidente do Conselho lhe permite abrir o debate referente aos assuntos da pauta que foi constituída pela SMS porque os demais grupos vêm no Secretário Municipal de Saúde o mais indicado para compor a pauta. No entanto, os assuntos da agenda do CMS de Itápolis não geram debate, sendo em pouco período de tempo, aprovados por consenso entre os conselheiros sem contestação alguma. Isso revela o peso do conhecimento técnico que o Presidente do Conselho possui e que os demais não possuem e também não se interessam em possuí-los.

A observação de todas as reuniões referentes ao mandato de 2.007- 2.008 revelou que o Governo Municipal somente apresentou assuntos técnicos na composição da pauta e é o único que participa no debate, dando explicações dos relatórios utilizando o linguajar técnico e o encaminhamento das propostas para deliberação no Conselho.

O que, entretanto, nos permite uma avaliação conclusiva do destaque apenas do grupo do Governo Municipal no processo deliberativo do CMS de Itápolis é o fato de que todas as propostas encaminhadas ao Conselho foram aprovadas, sendo que os temas de sua agenda estão em sintonia apenas com os interesses do Governo Municipal.

O colegiado em estudo não é configurado como um espaço em que ocorra conflitos entre os grupos que participam da política, mas caracteriza um espaço onde realiza-se alianças entre o grupo do Governo Municipal e os demais grupos presentes no Conselho.

Dessa maneira, identifica-se a seguinte dinâmica de funcionamento no CMS de Itápolis: fazendo uso de seus recursos e de sua “vontade para agir” nas reuniões do Conselho, o Governo Municipal lidera as discussões, constitui a agenda do Conselho, esclarece as questões de ordem técnica, não divulga as deliberações do Conselho; e os demais grupos apresentam-se passivos, não exercendo influência no processo deliberativo. Apesar de serem os grupos dos Usuários e dos Trabalhadores de Saúde bastante representativos e selecionados de maneira democrática para participar no Conselho, não são grupos ativos, não confrontando idéias. Coloca-se, então, o Governo Municipal como grupo mais influente no processo deliberativo do Conselho estudado e os demais grupos praticamente invisíveis durante esse processo.

Nas análises realizadas no CMS de Itápolis, identificou-se um ponto de convergência: existe um nítido predomínio do grupo do Governo Municipal em todas as análises realizadas no referido Conselho.

Concluído isso, é necessário questionar: Por que mesmo em minoria, os conselheiros governamentais exercem papel central na condução da dinâmica das reuniões do CMS de Itápolis? E quais as razões pelas quais os demais grupos apresentam-se tão apáticos em relação à participação?

5.4.2.4 Razões de maior ou menor participação

Nesta etapa do trabalho, tenta-se explicar os motivos pelos quais apenas um grupo controla a participação política no CMS de Itápolis.

Como tentativa de esclarecer esta questão, a análise concentra-se na idéia de que a conquista dos objetivos políticos de cada conselheiro está direta e proporcionalmente

associada aos recursos que ele dispõe, sendo atributos das posições sociais e institucionais em que se encontram os atores políticos.

No CMS de Itápolis, observando o perfil dos conselheiros que a pesquisa possibilitou traçar, o grupo do Governo Municipal controla em regime de monopólio qualquer um dos recursos avaliados pelo trabalho. Da mesma forma, é necessário considerar que o fato de um grupo não ocupar posição de domínio em relação à posse de recursos não quer dizer, de maneira alguma, que ele seja desprovido desse recurso. Basta querer usá-lo.

Agora, cabe a questão: de que maneira relacionar essa dispersão de recursos com o enfadonho domínio do grupo Governo Municipal na condução do processo deliberativo do CMS de Itápolis? Ou melhor, qual a relação entre a posse de recursos e a participação no processo decisório do CMS de Itápolis?

A filiação partidária, por exemplo, é um atributo concentrado apenas no Governo Municipal e nos Usuários; o Associativismo é baixo e até mesmo nulo entre os grupos; o interesse por política é alto apenas no grupo do Governo Municipal e nos Usuários se encontra em “médio” e “reduzido”. Por fim, no grupo dos gestores existe um alto índice (100%) de competência política subjetiva e entre os Prestadores (100%) “média força” e uma concentrada sensação “pouca força” e “nenhuma força” entre os Usuários e os Trabalhadores da Saúde quanto à sua capacidade de influenciar as decisões dentro do CMS de Itápolis.

O grupo Governo Municipal conta com todos os recursos materiais e financeiros que o Executivo Municipal pode colocar à sua disposição e com recursos humanos importantes que se traduzem em apoio técnico possuindo pessoal responsável pela produção de pareceres que embasam as decisões no interior desse espaço e que os demais conselheiros têm muito poucas condições de realizar contestações fundamentadas e pertinentes. Observa-se, também, que outro ponto fundamental que bastante contribui para o destaque do Governo Municipal, é que a inserção desse grupo no Conselho faz parte de sua atividade profissional. Participar do Conselho é um dever de funcionário público, dever esse recompensado com altos salários e dedicação exclusiva aos assuntos da política municipal de saúde discutidos no colegiado como pode ser observado na fala desses conselheiros quando entrevistados sobre a responsabilidade de definir a agenda do Conselho: “É o Secretário (...). Está lá para isso. É para isso que *ganha bem por mês*”, e o

próprio Secretário de Saúde quando coloca que: “Por trabalhar na SMS consigo estar ligado com todos os setores e recebo todos os problemas e demandas da pasta da saúde. Portanto, *quem define a pauta sou eu mesmo*” (ênfases minhas).

Diferentemente disso, os grupos da sociedade civil (os Trabalhadores, Prestadores e Usuários) em sua “vontade para agir” é resultado de um engajamento voluntário, sendo para muitos, uma atividade custosa e penosa, como observado nas falas de conselheiros desses grupos sendo: “(...) eu não ganho para ficar nesse Conselho, prefiro ir atender meus pacientes e ganhar meu dinheiro”, “(...) não posso deixar meu trabalho para pensar na pauta do Conselho”.

A partir disso, os gestores uniriam de maneira excelente os recursos de natureza institucional (engajamento profissional) com sua “vontade para agir” que é resultado de sua introdução no aparelho do Governo Municipal. Por conseguinte, o destaque que os gestores apresentam em conduzir o processo decisório do CMS de Itápolis pode ser explicado, de uma maneira satisfatória, pelos recursos que cada grupo dispõe.

A capacidade dos representantes do Governo em conduzir esse processo esclarece-se pela sua posição institucional e pelos recursos que essa posição lhe oferece, sendo sua destacada participação política explicada adequadamente em termos de recursos que esse grupo dispõe.

O grupo dos Usuários é o grupo que apresenta extrema fragilidade em relação à posse de recursos tradicionais, tanto individuais como coletivos, colocando-o em desvantagem em relação aos demais grupos. No que diz respeito aos recursos de natureza individual, referentes ao perfil socioeconômico e educacional, esse grupo está em situação de desvantagem. Isso não é de se espantar dado que os Usuários representam camadas mais frágeis da sociedade civil e que não teriam tantas oportunidades de se aperfeiçoar.

Mas, como explicar a presença de certa motivação para a ação política percebida com a filiação partidária dos Usuários, o que lhe possibilitaria adquirir certas habilidades obtidas nessas experiências? Por que mesmo potencialmente possuindo essas experiências sua participação política é frágil e escassa, sendo essa experiência um indicador considerável da presença dessa condição subjetiva?

Para explicar essa questão apela-se à idéia que a filiação do indivíduo a uma associação ou partido político pode se basear numa relação passiva ou somente formal,

onde este apenas representa sua instituição somente por obrigação, como observado na fala desse conselheiro do grupo dos Usuários entrevistado: “Venho aqui porque é mais uma obrigação que tenho com minha entidade de representá-la aqui”.

De grande dificuldade é explicar a situação dos Prestadores e dos Trabalhadores, que apesar de possuírem recursos individuais como renda, escolaridade e ainda, condições para adquirirem recursos cognitivos, como a capacitação técnica, posicionam-se nessa condição de passividade no interior do CMS de Itápolis. Como esclarecer essa situação?

Nesse caso, o fato desses grupos reunirem condições favoráveis para a ação política não quer dizer que estas se traduzam em ação política. Melhor colocando: possuir um determinado recurso não quer dizer que este seja utilizado. A questão aqui colocada é a de que: o fato dos conselheiros disporem de algum recurso significa que ele pode usá-lo se desejar fazer uso desse recurso ou também, adquiri-lo se desejar fazer isso.

Provavelmente, nesse caso, o Conselho não delibera sobre assuntos de seu interesse, como acontece com o Governo Municipal. Então esses grupos percebem um baixo retorno de sua ação participativa, como revelado nas falas sobre a realização de cursos de capacitação aos conselheiros: “Somente na área médica (...). Agora, na área de atuação de Conselhos não posso perder meu tempo”.

Nota-se que é necessário levar em conta quais os espaços que os grupos de atores elegem como arenas importantes para a sua participação política. No caso do Governo Municipal, o Conselho é uma arena estratégica para consolidar a dinâmica de suas deliberações, o que podem vir a fugir de seu controle. Para os Prestadores e Trabalhadores, com certeza, o Conselho seria interessante para deliberar sobre benefícios para a sua atividade profissional, mas estes são indiferentes à proposição destes assuntos no CMS de Itápolis.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo empírico no CMS de Itápolis visou avaliar os interesses, contribuições, motivações e posturas das instituições representadas em seu interior e de seus representantes, os conselheiros. Para que fosse possível explicar o funcionamento do Conselho e a disparidade na participação política verificada, recorreu-se a grande parte das variáveis que a literatura discute sobre os espaços participativos que se difundiram no cenário político brasileiro Pós-Constituição de 1.988.

Em primeiro lugar, é preciso destacar que as instituições da sociedade civil representadas no Conselho não exercem influência alguma na participação de seus representantes, sendo o Governo Municipal o único grupo que apresenta essa influência. Os representantes, fora esse último, apresentam um vínculo escasso e quase nulo com sua bases, o que nos revela a pesquisa, que os representantes agem por conta própria nas atividades do CMS de Itápolis. Então nos restou avaliar os interesses, posturas, contribuições e motivações dos representantes das instituições no Conselho.

Considerando o perfil dos conselheiros, o Governo Municipal reuniria as condições mais favoráveis à participação porque reúne de maneira ótima a sua posse de recursos com sua participação política. Em seguida, viria os Trabalhadores e Prestadores e por fim, os Usuários. Examinando, também, os recursos menos tangíveis, como interesse por política, a competência subjetiva e o ativismo político (associativismo e filiação partidária), o Governo encontra-se novamente em destaque. Esse grupo supera os demais grupos em todas as condições subjetivas.

A motivação para a ação política dos Usuários não parece compensar a fragilidade em relação aos recursos tradicionais. Os Usuários não são os fomentadores do debate e da contestação no interior do Conselho, pertencente o papel referente ao debate ao Governo Municipal e a contestação praticamente nula no colegiado estudado. Essa consideração não faz jus ao princípio da paridade e não contraria a literatura que aponta o favorecimento dos atores com mais recursos socioeconômicos em situação de conflito e discussão.

Os Prestadores e os Trabalhadores apesar de possuírem condições objetivas (como escolaridade e renda) para a participação política, não priorizam o Conselho como uma arena de explicitação de seus interesses.

A inexistência de debate em relação aos assuntos em pauta mostra que o Conselho não tem se apresentado como um espaço de diálogo. Isso é constatado na análise dos temas que têm ocupado a pauta das reuniões do período analisado. É necessário que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas apresentem capacidade deliberativa para que possam ser reconhecidos como espaços legítimos de pactuação de políticas públicas. Essa vocação deliberativa deve ser avaliada como a capacidade de inovação de políticas públicas a partir dos diferentes grupos.

No CMS de Itápolis não se pode dizer que todos os representantes das instituições são os responsáveis pela proposição e deliberação dos temas referentes à área da saúde discutidas no colegiado. Papel esse apenas do grupo dos gestores, que é quem define a agenda do Conselho, que se apresenta apenas formada por temas técnicos e de nenhum controle social. No que se refere à participação dos conselheiros, esse grupo em particular controla o processo decisório.

Um olhar por cima revelaria que os representantes institucionais que possuem cargos estratégicos no Conselho (Presidente e Secretário Executivo) têm capturado esse espaço, não possibilitando que os demais interesses sejam representados. Todavia, uma análise mais cheia de detalhes dos temas que compõem a pauta das reuniões revelam a inclusão de assuntos somente do interesse do grupo dos gestores. É necessário, também, considerar as condições estruturais do Conselho, que não possui uma sede bem localizada, não apresenta funcionários com dedicação exclusiva e nenhum mecanismo de comunicação entre o Conselho e a comunidade, que não é considerado como uma porta de entrada para as demandas da sociedade.

Os Prestadores e os Trabalhadores parecem não eleger o CMS de Itápolis como um espaço de sua ação política e utilizam uma estratégia racional deixando o Governo Municipal decidir sobre as questões do Conselho, livrando-se do custo da participação. E os Usuários não têm uma presença significativa no processo deliberativo, não participando ativamente das deliberações pela sua dificuldade na formulação de propostas que sempre requerem um conhecimento técnico sobre o assunto e pelas dificuldades de tempo e de renda precisam permanecer no emprego para viverem.

O Governo Municipal, no período estudado, tem exercido severa influência nos temas discutidos no Conselho, o que é legítimo se levarmos em conta que o Conselho é um espaço imprescindível para o planejamento municipal na área da saúde e o seu não envolvimento pode gerar custos políticos, se a dinâmica e a deliberação fugirem de seu controle.

Dessa maneira, conclui-se que as decisões da política municipal de saúde, no período analisado, estão sendo tomadas na SMS e, que o CMS de Itápolis tem renunciado de sua função deliberativa e normativa. A inexistência de propostas por parte das instituições e de seus representantes da sociedade civil é uma confirmação que o Conselho estudado tem exercido uma função apenas consultiva.

Em relação ao objetivo geral desse trabalho a conclusão central é que o CMS de Itápolis não é um espaço de participação democrática, onde não se nota uma relação mais simétrica entre governo e sociedade e, o seu funcionamento é controlado unicamente pelo grupo do Governo Municipal. O baixo envolvimento dos demais grupos parece resultar num constrangimento institucional e desigualdade de recursos e, também em sua capacidade subjetiva de acharem que exercem muito pouca influência nas decisões do colegiado estudado.

Ainda, em relação ao objetivo geral desta dissertação, não se pode deixar de realizar algumas considerações quanto a sua estrutura e seu funcionamento onde:

- Observando sua composição, a Lei Municipal nº 1.471/91 estabelece uma pequena disparidade entre Prestadores de Serviços, Trabalhadores da Saúde e Governo Estadual e Municipal, não sendo estes grupos paritários em relação aos Usuários. Também, na sua composição está presente o grupo do Governo Estadual como parte dos grupos que constituem o Conselho. Este deveria, então, comparecer às reuniões do Conselho, mas isso nunca ocorreu no período estudado. Observa-se que na estrutura formal do Conselho este grupo está presente, mas no seu funcionamento, ele é totalmente ausente;
- No que se refere às competências que a referida Lei Municipal atribui a este Conselho, estas revelam que o colegiado deve atuar pactuando estratégias com o governo, controlando e fiscalizando a política de saúde, estando formalmente de

acordo com a Lei Federal nº 8.142/90. No entanto, observou-se que no funcionamento deste Conselho isso não ocorre;

- O Conselho tem funcionamento regular, apresentando uma periodicidade de reuniões mensais cumprindo com as exigências legais de funcionamento regular;
- Apesar do Presidente do CMS de Itápolis ter formalmente a Secretaria Executiva e a Secretaria Geral composta como manda a Lei Municipal nº 1.471/91, observa-se que os trabalhos desta primeira se restringem apenas à redação das atas e, desta segunda não se observou funcionamento algum.

Nota-se, que o CMS de Itápolis cumpre com as exigências legais no que diz respeito a sua estruturação, mas não possui uma participação efetiva no que diz respeito ao exercício da política.

A inexistência de participação das instituições da sociedade civil representadas é um fator que forçaria a atuação de seus representantes e a representatividade destes parece ser um obstáculo à sua capacidade deliberativa, já que se observou um vínculo muito fraco com os grupos e uma baixa interação com os atores com presença na esfera pública. Assim, as limitações que aqui levantamos impede que o Conselho seja identificado como um modelo de gestão participativa.

As hipóteses dessa dissertação eram: 1) a participação é distinta entre os segmentos representados no Conselho; e 2) o poder de representação dos segmentos potencializados no Conselho é influenciado por um grupo que possui vínculo político com o sistema político partidário.

A primeira hipótese foi confirmada com a explicitação da participação dos grupos que realizamos no início desta etapa do trabalho. Uma última consideração ao que se refere à participação diferenciada no CMS de Itápolis é que ela se evidencia (com exceção Governo Municipal) entre as instituições representadas e representantes. Os conselheiros não parecem se sentirem motivados para uma participação mais ativa, porque isso os sobrecarrega diante de suas outras atividades, sendo participar do Conselho uma atividade custosa e penosa.

É indiscutível, também, a importância do desenho institucional que não limita o poder de veto do CMS de Itápolis, associado à cultura política participativa dos diferentes atores e às condições objetivas e subjetivas para a participação ativa no interior

do colegiado. Mas nota-se que os demais grupos não são envolvidos no funcionamento do Conselho estudado.

Finalmente, a segunda hipótese também foi confirmada porque nas análises realizadas a SMS, através de seus representantes filiados ao PSDB, não produz políticas resultantes de um jogo aberto, fruto de negociações, mas de imposição de seus interesses pelos seus poderes cognitivos e sua estratégia apresentação de políticas de saúde baseadas em relatórios já prontos, sem prévia elaboração compartilhada pelo espaço do Conselho. O fato de nas reuniões o Secretário Municipal de Saúde realizar explicações sobre os assuntos em pauta, pode caracterizar uma manipulação de informações. Nesse sentido, pode-se inferir que o CMS de Itápolis constitui-se numa instância de caráter mais consultivo-burocrático do que deliberativo, o que significa dizer que há desvinculação entre a arena institucional da formulação das políticas de saúde e o “processo de votação” vivido no Conselho, “utilizado” para homologar decisões do governo e atender exigências legais, apresentando-se somente como figurativo.

A pesquisa nos possibilita elencar uma debilidade observada no referido Conselho, sendo: *A qualificação dos conselheiros societais para o exercício de suas funções*: sem a compreensão de seu papel político e sem a capacitação técnica mínima para a participação qualificada no Conselho, os conselheiros societais são incapazes de acompanhar as atividades do Conselho, pois os temas em pauta demandam recursos cognitivos para melhorar a experiência. É necessário completar que no caso do grupo dos Usuários é perfeitamente compreensível essa fragilidade em acompanhar assuntos técnicos do Conselho devido a este grupo ser composto por camadas fragilizadas da sociedade e de fato têm limitações financeiras, educacionais e de tempo para se dedicar às atividades participativas do Conselho. De maneira diferente, observa-se o grupo dos Prestadores de Serviços e Trabalhadores de Saúde que não acompanham as atividades do Conselho mesmo tendo condições para adquirir conhecimento e capacitação, não o fazem porque não se interessam por assuntos do Conselho.

Não se observa a presença de cultura cívica, pelo contrário, observa-se um forte individualismo dos agentes no Conselho, que parecem não contribuem para a criação de capital social, só reforçando e referendando a prática de políticas tradicionais. Todavia, sabe-se também que é necessário considerar a relação que o governo e o sistema político estabelece com os cidadãos podendo contribuir para a participação e para um papel mais

ativo deles, ou realizar o bloqueio do desenvolvimento de uma relação mais simétrica, sendo melhor explicado quando coloca-se, que apesar de grandes obstáculos enfrentados pelas diferenças socioeconômicas e educacionais, a atividade do sistema político e do governo em direção à inclusão do cidadão comum nas decisões governamentais pode contribuir para sua competência política, conforme Pateman (1992).

O Conselho não produz capital social porque não facilita ações coordenadas e nem relações de confiança entre seus membros, não estimulando o interesse dos cidadãos pelo seguimento e avaliação de políticas públicas e possibilitando a prática de políticas tradicionais, concentrando o poder em quem já tem poder, conforme Putnam (1996).

Por outro lado, coerente com a idéia de controle social presente no processo de criação desses colegiados no Brasil, dentro de um contexto de exclusão social e de um Estado marcadamente clientelista e privatizado a idéia de controle social em saúde nasce com um forte sentido fiscalizatório, parecendo mais importante impedir o Estado de transgredir do que induzi-lo agir. O potencial do CMS de Itápolis está mais voltado para o controle das prestações de contas e dos financiamentos que não integram nenhum controle social. Criado a partir da exigência legal, o Conselho estudado, não deixou de ter um papel institucional formal, não atuando no gerenciamento dos serviços de saúde deste município.

Neste sentido, a idéia de Habermas (1995 e 1997) de que o Estado não deve tomar decisões políticas sozinho e que elas devem ser compartilhadas com as demandas oriundas da comunidade, não é observada no diagnóstico obtido referente ao CMS de Itápolis que revelou não se configurar como um espaço de co-gestão e de gestão compartilhada das políticas com o governo.

Trata-se, portanto, de uma prefeiturização da política de saúde e não uma verdadeira descentralização acompanhada de controle social. As estratégias que um Conselho com esse perfil pode realizar só podem ser voltadas a um grupo não abrangendo a comunidade como um todo. O grupo do Governo Municipal utiliza o Conselho apenas para homologar as diretrizes da política de saúde já prontas, esvaziando o canal participativo que é a idéia do Conselho Gestor de Políticas Públicas.

Um fator ligado á despolitização da população, como o observado com a pesquisa, de que o trabalho da SMS é perfeito na opinião dos conselheiros e que esta atende muito bem às necessidades do município, sugere uma observação interessante: a maioria das opiniões inverte o sentido que se pretende dar ao controle social, atribuindo

esse papel não ao CMS de Itápolis ou aos cidadãos, mas à autoridade municipal de saúde, que se desinteressam em reverter esse quadro, preferindo manter seu *status* de condutora única da política de saúde local.

Nesta direção, uma oportunidade de se criar cultura cívica, fortalecer a confiança e a cooperação entre os conselheiros seria o Poder Público ministrar palestras aos conselheiros com o objetivo de mostrar a eles a importância de ser conselheiro e de participar da vida política. A qualificação não é tarefa simples e fácil, o que não quer dizer que ela não tenha efeito ou não deva ser feita. A esta questão, levanta-se 02 dificuldades: a primeira é a de que o mandato de 02 anos é um período de tempo bastante curto para que as qualificações sejam feitas com conselheiros já selecionados para participar do Conselho, e a segunda é a de que se o Governo Municipal oferecer esses cursos, os conselheiros correm o risco de adentrar na lógica governamental e de se afastar ainda mais de suas entidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁBILLA, I. **Descentralização e política de saúde: um estudo sobre a política de atenção à saúde no Município de Santa Bárbara d' Oeste- SP (1980-1996)**. 2001.193 f. Dissertação de Mestrado- Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara (Departamento de Economia) Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

AED- Agência de Educação para o Desenvolvimento. Brasília, 2001. Disponível em: www.aed.org.br. Acesso em 15 de novembro de 2008..

ALBUQUERQUE, P. C. **Planejamento e participação social em saúde: o caso de Duque de Caxias**.1994. Dissertação de Mestrado-Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ALLEBRANDT, S. L. **Poder da cidadania interativa: os conselhos municipais**. Disponível em: www.professorallebrandt.blogspot.com. Acesso em: 14 de abril de 2008.

ALMEIDA, D. C. R. de. Gestão participativa: o potencial do Conselho Municipal de Juiz de Fora. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, v. 12, n. 1, p. 99-129, 2006.

ARRETCHE, M. T. S. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo: RBCS**, vol. 14, nº 40, 1999.

AVRITZER L. Cultura e política, atores sociais e democratização. **Revista Ciências Sociais**, v. 10, n. 28, p. 109-122, jun. 1995.

_____. O orçamento participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte. In: DAGNINO. E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 17-46.

AVRITZER, L.; COSTA, S. Teoria crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina . **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 703 – 728, 2004.

AZEVEDO, S.; PRATES, A.A. Planejamento participativo, movimentos sociais e ação coletiva. **Revista Ciências Sociais Hoje**. São Paulo, v.30, n. 2, p. 52-122, 1991.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Pioneira, 1977.

BORJA, J.; CASTELLS, M. As cidades como atores políticos. **Revista Novos Estudos: CEBRAP**. n. 45, p. 152-166, julho de 1996.

BOSCHI, R. R. **A arte da associação: política de base e democracia no Brasil**. São Paulo: Vértice, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 1989.

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

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências inter governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, n.96. Brasília, 24 de maio de 1993.

_____. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de nov. de 1996.

CARVALHO, M. do C. A.A.; TEIXEIRA, A. C. C. **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

COHEN, J. L.; ARATO, A. **Civil society and political theory**. Cambridge: MIT Press, 1992.

COHEN, J.; ROGERS, J. **Association and democracy: the real utopias project**. New York: Verso, 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS-SP. Atas de reuniões do período 1991-2008

CORTES, S. M. V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 3, n 1, p.6-17, 1998.

_____. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato & FUKS, Mário (orgs.) **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relumbre Dumará. Curitiba- PR: Fundação Araucária, 2002, p. 167-210.

DAGNINO, E. Cultura, cidadania e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S. E.(org). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas lecturas**. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 61-102.

_____. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: _____. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 279-301.

DALLARI, D. G. **Os estados brasileiros e o directo á saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DEMO, P. **Metodología científica em ciencias sociais**. São Paulo: Atlas S.A. 3.ed., 1995.

DINIZ, E. A transição política no Brasil: uma avaliação da dinâmica na abertura. **Revista Dados**, v. 28, n. 3, p. 329-345, 1985.

_____. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. **Revista São Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 4, 2001. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em 20-4-08.

FUKS, M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, R. e FUKS M. (Orgs.). **Democracia: teoria e prática**. Curitiba: Fundação Araucaria, 2002, p. 245-272.

_____. Democracia e participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. de (Orgs.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR. p. 13-44, 2004.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R.; RIBEIRO, E. A. Cultura política e desigualdade: o caso dos Conselhos Municipais de Curitiba **Revista de Sociología Política**, n. 21, 2003. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 16-10-2008.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 67-81, 2006.

GERACI, L. S. **Federalismo fiscal e descentralização na área de saúde**: estudo de caso no município de Araraquara-SP (1984-2001). 2002. 180 f. Dissertação de Mestrado- Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, M. de L. **Participação social no Sistema Único de Saúde**: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. 1999. 252 f. Tese de Doutorado- Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

GONSALVES, E.P. **Conversas sobre a iniciação à pesquisa científica**. 4.ed.: Alínea, São Paulo, 2007

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Revista Lua Nova**. CEDEC. São Paulo, n.36, p. 39-53, 1995.

_____. **Direito e democracia**: entre a facticidade e a validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS-SP. Disponível em: www.pmitapolis.com.br. Acesso em 05 de julho de 2008.

HUNTINGTON, S. P. **Choque das civilizações? Política Externa**. São Paulo: Paz e Terra / USP, v 2, n 4, p. 120-141, março, 1994.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n.2, p. 131-166, 1999.

LUCHMANN, L.H.H. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre.** 2002. Tese de Doutorado. UNICAMP. Campinas-SP.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo:HUCITEC, 1996.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, jun-set, p. 239-262, 1993.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V. S. e NOBRE, M. (Orgs). **Participação e deliberação.** São Paulo: Editora 34, 2004.

NOGUEIRA, M.A. Um **Estado para a sociedade civil:** temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da saúde em Vitória-ES:** uma experiência participativa. 1999. 139 f. Dissertação de Mestrado- Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PERFIL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. Disponível em: www.seade.gov.br. Acesso em 16 de julho de 2008.

PERISSNOTTO, R.M. Poder e participação no Conselho Municipal de Assistência Social de Curitiba (1999-2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. de (Orgs.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná.** Curitiba: UFPR. 2004. p. 45-74

PESSANHA, L. D. R.; FIGUEIREDO, S. S.; CAMPAGNAC, V. **Panorama dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas do Estado do Rio de Janeiro.** In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu (MG), de 18 a 22 de setembro, 2006.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia:** a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996

_____. **Bowling Alone.** The collapse and revival of American Community. New York: Simon e Schuster, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITÁPOLIS. Lei Municipal nº 1471 de 20 de maio de 1991.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde, período 2007-2008

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: **Política de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

SAMPAIO, S. B. de A. **O olhar governamental sobre os conselhos de políticas públicas: o caso do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo no período de 2001-2004.** 2006. 179 f. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo.

SANTOS, B. D. S.; AVRITZER, L. **Para ampliar o cânone democrático.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS JUNIOR, A.; RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S.de. Democracia e gestão local. A experiência dos conselhos Municipais no Brasil. In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos et al. (orgs). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Renavan, fase, 2004.

SCHMITTER, P. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociales. **Revista Mexicana de Sociología**, jul – set, 1993.

SILVEIRA, J. P. da. **Arranjo institucional dos conselhos.** Disponível em www.ceter.mg.gov.br. Acesso em 21.05.2008.

SOUZA, V. Políticas públicas do trabalho e a formação institucional do Conselho Estadual do Trabalho no Paraná e no Rio Grande do Sul: um estudo comparativo (1994-2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R.; SOUZA, N. R. (Orgs.) **Democracia e Participação: os conselhos gestores do Paraná.** Curitiba: UFPR., 2004.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, n.16, p. 20-45, jul-dez., 2006.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

_____. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas da cidade de São Paulo. AVRITZER, L. (Org.). In: **A participação em São Paulo**. São Paulo: Unesp, 2004

_____. **O novo estudo da participação no contexto do Estado Pós-ajuste**. *Paper* apresentado no XXIX Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. GTOS- Dilemas da Modernidade Periféricos. Caxambu, 29 de outubro de 2005.

TEIXEIRA, C. F. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

TOCQUEVILLE, A. de. **A democracia na América**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

TÓTORA, S.; CHAIA, V. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. In: SANTOS JÚNIOR, O. A. dos, RIBEIRO, L. C. de Q. e AZEVEDO, S. de (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004 p. 193-222.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas S.A, 1995.

TRIPODI, T. et. al. **Análise da pesquisa social**. Petrópolis: Alves, 1975.

UGARTE, P. S. Que participação para qual democracia? In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Orgs). **Participação e deliberação: Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004, p. 93-106,

YIN, R. K. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

WANDERLEY, L.E.W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino americano e o caribenho. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L.E.W. e BELFIORE-WANDERLEY, M. (orgs.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2000, p. 51-162.

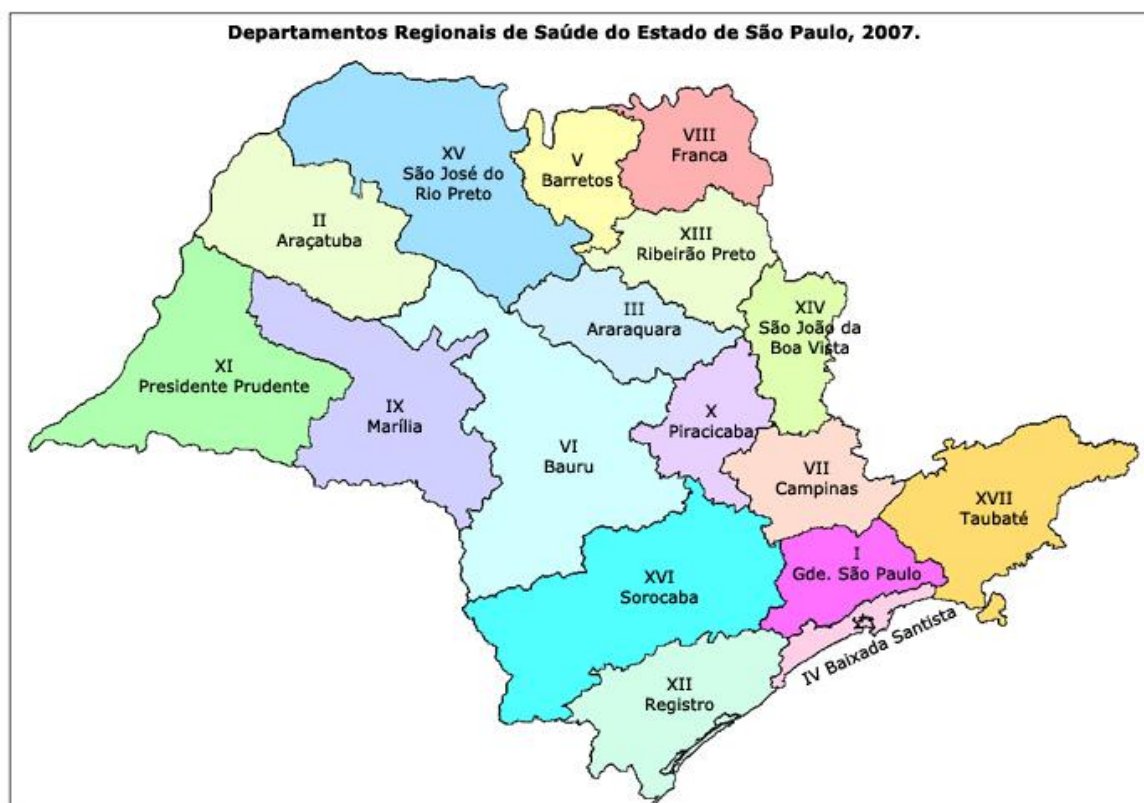
WEIGELT, L.D. **Política pública de saúde**: um estudo sobre o processo de implantação descentralização/regionalização da saúde na Região do Vale do Rio Pardo-RS. 2006. 228 f. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado- Área de concentração sociedade, políticas públicas e desenvolvimento regional. Santa Cruz do Sul, 2006.

www.datasus.gov.br. Acesso em 16-10-2008

www.portalsaude.sp.gov.br. Acesso em: 24-11-2008

ANEXO 1

MAPA DOS DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO



FONTE: www.portalsaude.sp.gov.br (2008)

ANEXO 2**LEI MUNICIPAL Nº 1.471 DE 20 DE MAIO DE 1.991³²**

Art. 3º Fica criado o Conselho Municipal de Saúde de Itápolis composto por:

- a) 2 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) 1(um) representante da Secretaria de Estado da Saúde;
- c) 1(um) representante dos Prestadores de Serviços;
- d) 4(quatro) representantes do conjunto das entidades de representação de outros profissionais de saúde;
- e) 8 (oito) representantes de entidades da sociedade civil representativas de usuários.

Parágrafo 1º - O mandato dos membros do Conselho Municipal de Saúde será de 02 (dois) anos, renovável por mais 2(dois) anos, cumprindo-lhes exercer suas funções até a designação de seus substitutos.

Parágrafo 2º - As funções desempenhadas pelos conselheiros serão consideradas como prestação de serviços relevantes ao município.

Parágrafo 3º - Extingue-se o mandato dos membros do Conselho no término da legislatura.

Art. 4º Compete ao Conselho Municipal de Saúde de Itápolis:

I- definição das estâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II- administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;

III- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das decisões ambientais;

IV- organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V- elaboração de normas técnicas estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI- elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador

VII- elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde;

³² Os artigos 1º e 2º desta lei Municipal referem-se à criação do Fundo Municipal de Saúde

VIII- participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

IX- elaboração da proposta orçamentária do Sistema único de Saúde;

X- elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública;

XI- realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizado pelo Senado Federal;

XII- para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes asseguradas justa indenização;

XIII- implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e derivados;

XIV- elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação de saúde;

XV- promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVI- promover a articulação política e dos planos de saúde;

XVII- realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XVIII- definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de política sanitária;

XIX- fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos de atendimento emergencial.

Art.5º O Secretário Municipal de Saúde é membro nato do Conselho e compete a ele indicar o Presidente do Conselho e este elaborar o Regimento Interno.

Parágrafo 1º - Nos impedimento legais do Presidente do Conselho, o Secretário Executivo assumirá a presidência.

Art. 6º São órgãos do Conselho:

- I- Plenário
- II- Comissão Executiva
- III- Secretaria geral

Art.7º O Plenário é órgão deliberativo do Conselho e reunir-se-á ordinária e extraordinariamente, em sessões públicas, convocadas pelo Presidente, deliberando com a maioria simples de membros presentes.

Parágrafo 1º - As reuniões ordinárias serão mensais;

Parágrafo 2º - As reuniões extraordinárias ocorrerão sempre que necessário

Art. 8º A Secretaria Executiva composta por 03 membros do Conselho, sendo 01 representante da Secretaria Municipal de Saúde e 02 representantes dos profissionais da saúde que terão a seu cargo os serviços administrativos.

Parágrafo único- O Secretário da Comissão Executiva será de livre escolha do Presidente do Conselho.

Art. 9º Compete a Secretaria Executiva:

- I- Elaborar as atas das reuniões do Conselho;
- II- Superintender os trabalhos burocráticos;
- III- Manter em dia a correspondência do Conselho.

Art. 10º A Secretaria Geral é composta por 03 representantes dos usuários, 01 representante dos prestadores de serviços na área da saúde e 01 representante dos profissionais da área da saúde.

Art. 11º Compete à Secretaria Geral:

- I- Assessoramento ao Presidente;
- II- Acompanhamento e publicação das reuniões do Conselho;
- III- Apoio técnico aos membros do Conselho.

Art. 12º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Itápolis, 20 de maio de 1991.

Ubaldo José Massari Jr.

Prefeito Municipal

APÊNDICE 1
CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS REPRESENTANTES DAS
INSTITUIÇÕES NO CONSELHO

Prezado membro do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a estrutura e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis.

Para isso, gostaria de contar com a sua colaboração, respondendo às perguntas dessa entrevista. É importante informar, que será mantido o caráter confidencial das informações relativas a sua privacidade, onde também, os dados serão analisados de forma global, sem a identificação do respondente.

Informo também, que as informações obtidas são de uso exclusivamente acadêmico, e deixo aqui meu compromisso de possibilitar seu acesso a todas as informações do trabalho, se assim desejar.

Agradeço sua compreensão e ajuda.

Cassíria Brunaldi
Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente
Centro Universitário de Araraquara- UNIARA

APÊNDICE 2³³**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS REPRESENTANTES DAS INSTITUIÇÕES**

1- De qual grupo o (a) Sr (a) é integrante no Conselho Municipal de Saúde de Itápolis? Qual instituição representa?

2- Grau de instrução

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo | <input type="checkbox"/> Pós- Graduação Completa |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Pós- Graduação Incompleta |

3- Renda mensal

- 01 Salário Mínimo
- de 02 a 03 Salários Mínimos
- de 05 a 10 Salários Mínimos
- 10 ou mais Salários Mínimos

4- O Sr (a) participa de todas as reuniões?

- sim
- não

5- Há quanto mandatos e Sr (a) participa deste Conselho?

- 01 mandato
- 02 mandatos
- 03 mandatos
- 04 mandatos ou mais

6- O Sr (a) participou de cursos, palestras, fóruns e atividades na área de atuação do Conselho? Em caso afirmativo, quais?

7- Como é definida a pauta das reuniões do Conselho? Quem define a pauta?

³³ Aplicado o mesmo roteiro a todos os conselheiros entrevistados. No entanto, quando realizada a entrevista com o Presidente do Conselho acrescentou-se mais uma pergunta questionando-o sobre o motivo do Conselho não possuir Regimento Interno.

8- Quais eram os temas que mais foram abordados nas relações do Conselho?

9- Como são tomadas as decisões? Votação? Há consenso?

10-Como o Sr(a) avalia a sua capacidade de influenciar nas decisões do Conselho?

- muita força
- média força
- pouca força
- nenhuma força

11-O Sr () possui interesse por política?

- bastante interesse
- médio interesse
- reduzido interesse
- nenhum interesse

12- Faz parte de algum partido político? Se sim, qual?

13- O Sr () faz parte de algum tipo de movimento social além da entidade que representa no Conselho? Se sim, qual?

14- Como conselheiro (a), o Sr (a) fiscaliza se as decisões do conselho estão sendo implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde?

- todas as vezes
- raramente
- às vezes
- nenhuma vez

15-Quais os meios que o Sr (a) como conselheiro detém para fiscalizar?

16- Como o Sr. (a) se relacionava com os demais conselheiros? Que tipo de relações tinham?

17- Como foi sua indicação ou seleção?

- Eleito pelos membros de sua associação/entidade
- Indicado por dirigentes de sua associação/entidade
- Indicado pelo Poder Público Municipal
- Outro_____

18- Perguntas sobre as relações conselheiro/entidade

	Sempre	Às vezes	Nunca
Você costuma levar a pauta da reunião ao conhecimento prévio de sua entidade			
Sua entidade se interessa pelos assuntos discutidos no Conselho			
Você recebe orientações de sua entidade sobre sua atuação no Conselho			
Você participa de reuniões promovidas pela sua entidade			
Você mantém sua entidade informada sobre assuntos do Conselho			

19- Indique o tipo de associação/ entidade que você representa no CMS de Itápolis

- Clube de serviços
- Associação de portadores de patologias
- Associação de moradores
- Associação assistencial
- outras _____

20- Qual sua opinião sobre o impacto das decisões do conselho na gestão da Secretaria de Saúde?

muita força

média força

pouca força

nenhuma força

APÊNDICE 3
CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS DIRIGENTES DAS
INSTITUIÇÕES REPRESENTADAS NO CONSELHO

Prezado dirigente

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a estrutura e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis, bem como avaliar as contribuições, atividades e responsabilidades das instituições representadas no Conselho.

Para isso, gostaria de contar com a sua colaboração, respondendo às perguntas dessa entrevista para que possamos obter informações sobre as instituições representadas no Conselho. É importante informa que as informações obtidas são de uso exclusivamente acadêmico, e deixo aqui meu compromisso de possibilitar seu acesso a todas as informações do trabalho, se assim desejar.

Certa de contar com sua colaboração desde já agradeço sua ajuda..

Cassíria Brunaldi
Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente
Centro Universitário de Araraquara- UNIARA

APÊNDICE 04**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES REPRESENTADAS**

- 1- Qual o nome completo da instituição?
- 2- Qual o ano de fundação da instituição?
- 3- Quais são os atendimentos prestados?
- 4- Quais os tipos de públicos atendidos?
- 5- Quais são os trabalhos desenvolvidos?
- 6- Existe na entidade alguém que decida temas ou questões a serem discutidos no Conselho? Quem?

APÊNDICE 5
DOCUMENTOS CONSULTADOS PARA COLETA DE DADOS EMPÍRICOS

ANO	ATAS DE REUNIÕES	RELATÓRIOS	LEI MUNICIPAL
1991	6	1	1
1992	12		
1993	13		
1994	12		
1995	16	1	
1996	12		
1997	12		
1998	13	1	
1999	12		
2000	15	1	
2001	12		
2002	12		
2003	14		
2004	12		
2005	12		
2006	12		
2007	14		
2008	16		
TOTAL	227	4	1

APÊNDICE 6
ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA

Aplicação: Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Itápolis no período de 2007-2008

- 1- Como se dá a organicidade das reuniões do CMS de Itápolis?
- 2- Como se dá o tratamento das denúncias realizadas ao conselho?
- 3- Quais os atores que iniciam o debate?
- 4- Quais os atores que apresentam temas para discussão?
- 5- Quais atores dão seqüência ao debate?
- 6- Quais atores participam do debate?
- 7- Existe contestação? De que ator?