



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

ANDRÉIA NEVES DA SILVA

**A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE: uma análise da sua ineficiência na RMB**

Belém
2011

ANDRÉIA NEVES DA SILVA

**A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE: uma análise da sua ineficiência na RMB**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Sustentável, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Armin Mathis.

Belém
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca do NAEA/UFPA)

Silva, Andréia Neves da

A Participação dos conselhos de saúde na fiscalização da política de saúde: uma análise da sua ineficiência na RMB / Andréia Neves da Silva; Orientador, Armin Mathis. – 2011.

155 f.: il. ; 29 cm

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2011.

1. Política de saúde – Belém, Região Metropolitana de (PA). 2. Conselho de saúde – Fiscalização - Belém, Região Metropolitana de (PA). 3. Conselho de saúde – Participação social. 4. Política de saúde – Controle social. I. Mathis, Armin, orientador. II. Título.

CDD 22 ed. 362.10425

ANDRÉIA NEVES DA SILVA

**A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE: uma análise da sua ineficiência na RMB**

Dissertação apresentada para obtenção do título de
Mestre em Planejamento do Desenvolvimento, Núcleo
de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do
Pará.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Armin Mathis
Orientador - NAEA/UFPA

Prof^a. Dr^a. Edna Maria Ramos Castro
Examinadora interna - NAEA/UFPA

Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho
Examinador externo - UNAMA

Resultado: _____

Dedico este trabalho às pessoas que fazem parte da minha formação, da construção de meus valores. Mestres, amigos, irmãos, dignos de minha admiração e respeito: a Deus Jeová – O criador de tudo; aos meus pais queridos Roziana e Paulo Gester; Paulo Roberto, Adriane (*in memoriam*); Arianna Samer (*in memoriam*); Mãe Leonor; Elion do Carmo e Milton Farias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus Jeová, depois à minha família por serem o maior motivo da realização deste trabalho: aos meus pais Roziana e Paulo Gester e ao meu querido irmão Paulo Roberto, por me darem toda a estrutura de ser o que sou e conquistar essa vitória; à minha irmã Adriane (*in memorian*) e ao meu bebê Arianna Samer (*in memorian*), que estarão sempre vivas em meu coração; ao meu primo Claudio, pelo apoio e disponibilidade, por me fazer rir nos momentos mais tensos; à minha prima Regiane, que para mim será sempre “primamiga”, por sua amizade e apoio nas horas mais difíceis. Não poderia deixar de agradecer especialmente a Elion do Carmo. As palavras são poucas para expressar o que sentimos um pelo outro: respeito, amizade e admiração. Nada mudará isso! Muito obrigada por tudo!

Agradeço muito ao Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA), em especial a algumas pessoas que fizeram a diferença para conclusão deste trabalho, aos funcionários que para mim foram grandes amigos: Cláudia (secretária geral), por sua dedicação e disponibilidade em me atender sempre que estava em apuros; Herbert (informática), por estar sempre disposto a me acalmar nos momentos de desentendimentos com os computadores; Ruth e Rosângela (biblioteca), por aturarem meus atrasos e desculpas na entrega de livros e sempre me ajudarem a encontrar a referência mais adequada; Simone e Sidney (Xerox), pelo apoio incansável, pelos “fiados” e por sempre me ajudarem a qualquer momento; Roseany (editoração), pelas conversas, conselhos e revisão incansável deste trabalho; Dani, Ádila e Renan (secretaria), por sempre estarem dispostos a ajudar nos tramites administrativos, até quando tudo parecia impossível sempre colaboraram da melhor forma possível.

Agradeço também a alguns professores, que me proporcionaram um grande aprendizado: à professora Dr^a Edna Castro, por, desde o início, se mostrar disponível a participar da construção deste trabalho e contribuir de forma significativa, por meio de suas sábias palavras; ao professor Dr. Durbens Nascimento, por suas orientações essenciais para direcionar e definir o trabalho inicial; à professora Dr^a Joana Valente (Centro Socioeconômico), por suas ricas palavras que me ajudaram a caminhar rumo ao objeto de pesquisa; e à Mestre Aldebaran Moura, por sua experiência e acúmulo repassado a este trabalho.

À professora Izaura Nunes (UFOPA), por sua amizade, paciência e constante incentivo na construção inicial deste trabalho, que foram essenciais para mim.

Agradeço a Jaqueline Klein (Conselho Estadual de Saúde), por suas contribuições iniciais à pesquisa de campo, que foram essenciais para entender a dinâmica de funcionamento dos Conselhos pesquisados.

À assistente social Elyrose de Abreu, por seu apoio, amizade e suas contribuições valiosas. Você para mim é um exemplo de profissionalismo.

Agradeço a Laurent Mercier, por seu carinho, dedicação, compreensão, por seu sentimento puro e sincero. Suas sábias palavras me ajudaram a seguir em frente.

A todos os conselheiros do Conselho de Belém, de Marituba e de Benevides que participaram da entrevista e aos demais que contribuíram, indiretamente, com este trabalho. Agradeço, em especial, a alguns conselheiros que contribuíram de maneira significativa: srº Bremen Cardoso da Silva; srº Edmilson Picanço; srº Dilermando da Silva; srº Henrique Ribeiro; e a Srª Juliana Garcez. Agradeço, especialmente, também, aos secretários executivos, por sempre estarem disponíveis em colaborar no levantamento e coleta de dados de cada Conselho e também por estarem sempre acessíveis à busca de informações relevantes a esta pesquisa: Paula Moraes e Agnaldo, do Conselho Belém; Alexandre Moura, do Conselho Marituba; e Marluce de Paula, do Conselho Benevides.

Aos meus “velhos amigos” Flora Monteiro, Andréa Ramos, Manuela Correa, Clívia Maira, Juliana Coutinho, Arlene Duailibe, Elene Cristina, Andressa Borges, Socorro Martins, Flávio Amoêdo e Taiana Amoêdo, Marcilene Santos Gomes, Michele Burnett, Fred Campos, Viviane Lima, as crianças e aos adolescentes do Movimento de Meninos e de Meninas de Rua (MMMR), de São Sebastião da Boa Vista. Obrigada por compreenderem minha ausência e meu distanciamento necessário à construção deste trabalho, pela imensa e eterna amizade, confidências e parcerias. Saibam que vocês fazem parte disso e sem essa amizade madura não teria conseguido chegar ao término deste trabalho.

Aos meus “novos amigos”: Anna Carolina e Cíntia Reis, por uma amizade que nasceu desde o início deste mestrado e que cresceu a cada ano. Obrigada pela amizade verdadeira e por tudo que aprendi com vocês.

Agradeço imensamente à minha amiga Sabrina Mesquita, por seu “encantamento”, sua amizade e paciência cuidadosa em revisar este trabalho e sempre dar dicas importantes para a melhoria do mesmo. Minha admiração e agradecimento especial também ao Thiago, Edilene e Simy. Aos demais amigos conquistados no decorrer deste mestrado, Thalita, Marcel e Jardel.

Gostaria de destacar meu apreço por meu orientador, o Professor Drº Armim Mathis, por me ensinar a ver o mundo de várias formas, interpretar, analisar e compreender minhas inquietações teóricas, sobretudo por me proporcionar amadurecimento acadêmico.

Um agradecimento especial também ao Professor Dr. Milton Farias, pelo incentivo, conselhos e contribuições valiosas. Por ser um mestre e um amigo, um exemplo para mim de dedicação acadêmica.

O meu eterno agradecimento a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão desta obra!

[...] mesmo considerando que os conselhos possam favorecer a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento condicionado pela natureza das instituições e da vida política dos municípios brasileiros. Características institucionais e padrões historicamente consolidados de comportamento político, relacionados às capacidades organizativas da sociedade civil, oferecem as condições necessárias para que possa ocorrer participação nos conselhos municipais. Mas é a ação de diversos atores sociais e estatais e de *policy communities* que viabiliza a participação. São esses atores que analisam, interpretam as regras institucionais explícitas e implícitas que existem em cada área de política pública e na vida política de cada cidade, decidindo como agir. [...] Embora os conselhos possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros (CÔRTEZ, 2007).

RESUMO

Historicamente, o controle social das políticas públicas como direito Constitucional foi uma conquista da sociedade civil, por meio de inúmeras reivindicações e lutas pela defesa do SUS, como garantia de direito à saúde para todos os cidadãos. A participação social surge também como resultado desse processo de luta popular, e a inserção de novos atores sociais na gestão das políticas públicas é reconhecido e legitimado com a promulgação da Constituição federal de 1988. Neste sentido, os Conselhos de Saúde têm apresentado um quadro favorável à inserção de diversos segmentos nas decisões da agenda governamental. Os Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém (RMB), especificamente os municípios Belém, Marituba e Benevides, foram objeto de pesquisa neste trabalho, que tem como objetivo central identificar a atuação dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém na fiscalização das ações do SUS. Os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa foram: a entrevista; a observação; o questionário de entrevista aplicado aos conselheiros; e a pesquisa documental e bibliográfica. Utilizamos também a análise de discurso e de conteúdo, considerando principalmente a análise de anúncio e a análise temática, configurando em uma pesquisa quali e quantitativa. Os resultados da pesquisa constataram que, por meio de dados empíricos e conceituais de organização, na perspectiva de Olson (1999) e Michels (1982), de participação social, controle social e fiscalização utilizados neste trabalho, os entraves de cunho ideológico, social e econômico interferem de forma direta ou indireta na ineficiência das ações dos Conselhos. Sobretudo, são as questões políticas que influenciam de forma expressiva na fiscalização dos CS, muitas vezes de maneira “silenciosa” nas decisões e, conseqüentemente, na ineficiência da participação da sociedade nos Conselhos em sua função que, apesar de ser inerente, não funciona – a função fiscalizadora. Portanto, contribuir conceitual e metodologicamente para a análise dos níveis de fiscalização existentes nos CS foi o grande desafio deste trabalho, realizado por meio da construção da matriz da fiscalização, a fim de alterar o quadro situacional da ineficiência dos Conselhos na atualidade, considerando as diversidades, divergências e convergências existentes entre os atores envolvidos no processo de construção da Política de Saúde Municipal. Os resultados da pesquisa refletem um panorama desfavorável à efetiva fiscalização dos Conselhos, quando nos remetemos aos resultados centrais da referida pesquisa: os CS não cumprem seu papel fiscalizador; não há relação direta entre o que é decidido nas plenárias pelos conselheiros e os serviços implementados nos municípios; e não existem prioridades estabelecidas no processo decisório das ações a serem implementadas pelo CS. Sendo assim, o nível de fiscalização dos CS da RMB é predominantemente o nível 1, isto é, sem fiscalização. Neste sentido, afirmamos que os Conselhos de Saúde, apesar de ser uma conquista de lutas populares pela ampliação da participação na gestão pública, ainda predomina um baixo nível de fiscalização ou até mesmo nenhuma fiscalização da política municipal de saúde, o que pode ser considerado um dos entraves à consolidação do SUS, como estratégia à concretização do Estado democrático no país.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Participação social. Níveis de fiscalização. Controle social. Eficiência. Política de saúde.

ABSTRACT

Historically, the social control of public policies as constitutional law was an achievement of civil society, through countless demands and struggles for the defense of SUS as a guarantee of the right to health for all citizens. Social participation also arises as a result of this process of popular struggle, and the insertion of new social actors in public policy management is recognized and legitimized with the promulgation of the Federal Constitution of 1988. In this regard, the Boards of Health have shown a favorable framework for inserting various segments in the decisions of the government agenda. Health Councils in the metropolitan region of Belém (RMB), specifically the municipalities Bethlehem Marituba Benevides and were the object of this research work, which aims to identify the central role of the Board of Health of the Metropolitan Region of Belém in supervising actions SUS. The methodological procedures used in this research were: interview, observation, the interview questionnaire applied to counselors, and bibliographical and documentary research. We also use discourse analysis and content, especially considering the Annunciation analysis and thematic analysis, setting in a qualitative and quantitative. The survey results found that, through empirical and conceptual organization in view of Olson (1999) and Michels (1982), social participation, social control and monitoring used in this work, the barriers of ideological, social and economic interfere directly or indirectly in the inefficiency of the actions of the Board. Above all, are political issues that influence significantly in supervision of CS often so "silent" in the decisions and hence inefficiency in society participation in the Councils in their role that, despite being inherently does not work - the watchdog function. Therefore contribute to conceptual and methodological analysis of existing levels of enforcement in CS was the major challenge of this work, carried out by building the array of surveillance in order to change the situational context of the inefficiency of the Councils currently considering the diversities , divergences and convergences between the actors involved in the construction of Municipal Health Policy. The survey results reflect an unfavorable scenario for the effective supervision of the Board, when we refer to the results of that research centers: the CS does not fulfill its oversight role, there is no direct relationship between what is decided in plenary by the counselors and the services implemented in municipalities, and there are no priorities set out in the decision making process of the actions to be implemented by the CS. Thus, the CS level of supervision of the RMB is predominantly level 1, i.e. without supervision. In this sense, we say that the Health Councils, despite being an achievement of popular struggles for increased participation in governance, still hold a low level of supervision or even no oversight of municipal health policy, which can be considered a barriers to consolidation of SUS as the implementation strategy of the democratic state in the country.

KEYWORDS: Board of Health. Social participation. Levels of supervision. Social Control Efficiency. Health policy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Residem ou não no município de atuação do CS.....	87
Gráfico 2 - Grau de escolaridade dos conselheiros.....	88
Gráfico 3 - Média salarial dos conselheiros.....	89
Gráfico 4 - Gênero predominante entre os conselheiros.....	90
Gráfico 5 - Conselheiro mais participante por segmento.....	99
Gráfico 6 - Conselheiro mais atuante por segmento.....	100
Gráfico 7 - Conselheiro menos atuante por segmento.....	102
Gráfico 8 - Opinião sobre o número de membros no CS.....	103
Gráfico 9 - Número de conselheiros filiados a partidos políticos.....	104
Gráfico 10 - Partido político predominante nos CS.....	105
Gráfico 11 - Funções de fiscalização do Conselho de Saúde de Belém.....	112
Gráfico 12 - Funções de fiscalização do Conselho de Saúde de Marituba.....	113
Gráfico 13 - Funções de fiscalização do Conselho de Saúde de Benevides.....	114
Gráfico 14 - Controle dos gastos públicos (Função 1).....	115
Gráfico 15 - Deliberação sobre as ações do Conselho (Função 2).....	116
Gráfico 16- Denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3).....	117
Gráfico 17 - Divulgação das ações do CS (Função 4).....	117

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS - Ações Integradas de Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONSUL - Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES - Conselho Estadual de Saúde
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CMAPEN - Coordenadoria Municipal de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRS - Centro Regional de Saúde
CS - Conselhos de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FUNDEF - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipalizado
IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
OP - Orçamento Participativo
PAB - Piso Assistencial Básico ou Piso de Atenção Básica
PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PSF - Programa Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
RMB - Região Metropolitana de Belém
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESPA - Secretaria Estadual de Saúde do Pará
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	18
2.1 A DISCUSSÃO ACADÊMICA SOBRE OS CONSELHOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21
2.2 O REFLEXO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E DA DESCENTRALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	27
2.3 A CRIAÇÃO DA NORMA OPERACIONAL BÁSICA E DA NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COMO A NOVA RELAÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS ENTRE AS ESFERAS DE GOVERNO.....	30
3 A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DA POLÍTICA DO SUS	32
3.1 O SURGIMENTO DOS CONSELHOS NO BRASIL: SOB O ENFOQUE DA PARTICIPAÇÃO E DA EFICIÊNCIA.....	32
3.2 A PARTICIPAÇÃO PRESSUPOSTO AO CONSELHO DE SAÚDE: PERÍODO DE 1970 A 1980	35
3.3 OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS E OS CONSELHOS DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1990.....	37
3.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E OS NOVOS RUMOS DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	40
4 A PERSPECTIVA TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO: OS CONCEITOS DE ORGANIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	45
4.1 A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA TEÓRICA A PARTIR DE MICHELS E OLSON.....	45
4.1.1 A organização como mecanismo de participação à democracia.....	45
4.1.2 A organização e o princípio da ação coletiva.....	50
4.2 AS DIVERSAS CONCEPÇÕES DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL.....	57
4.2.1 A participação social e a conquista de direitos da sociedade civil nos anos 90	65
4.3 OS CONCEITOS DE CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SUA RELAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	67
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	72
5.1 UNIVERSO DA PESQUISA.....	72
5.2 INSTRUMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS.....	74

6 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: UM ESTUDO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	78
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: SUAS ATRIBUIÇÕES GERAIS NAS ESFERAS GOVERNAMENTAIS.....	79
6.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS CONSELHEIROS E O SEU PAPEL FISCALIZADOR DENTRO DO PROCESSO DECISÓRIO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	86
6.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM E A FISCALIZAÇÃO COMO TAREFA.....	91
7 A INEFICIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	96
7.1 O PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA.....	98
7.2 A ANÁLISE DO PAPEL FISCALIZADOR DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM	105
7.3 A ANÁLISE DAS FUNÇÕES DE FISCALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.....	111
7.3.1 A análise comparativa das funções de fiscalização entre os Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém.....	114
8 CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES.....	135

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde como política pública dentro do tripé da seguridade social foi legitimado com a implementação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), representando um marco à seguridade social em todas as suas dimensões. Nesse contexto, emerge um novo quadro no Brasil da política de saúde pública, juntamente com o processo de incorporação de seus princípios ideológicos, doutrinários e organizacionais, pautados na participação democrática.

A Carta Magna, resultado de um processo de conquista das lutas populares junto à reforma sanitária, assegurou no seu parágrafo 198 o acesso universal e a equidade aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no país, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, criando assim, as diretrizes básicas para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), concretizado nos anos de 1990, com a promulgação da Lei 8.080.

A nova configuração da gestão envolveu dimensões políticas, sociais e culturais, e sua efetivação pressupôs o diálogo, a negociação e a pactuação entre os atores envolvidos no processo decisório. Com isso, tornou-se necessária a criação e o funcionamento regular dos Conselhos de Saúde (CS), paritários e deliberativos, como mecanismo de participação e controle social.

Os CS, no cerne do debate em pauta, tornaram-se, assim, uma instância privilegiada de participação da sociedade civil organizada definida em Lei Federal nº 8.142/90, atuando na formulação de estratégias, deliberação, acompanhamento, avaliação e fiscalização do controle da execução das políticas de saúde. Assim, os segmentos escolhidos para compor os CS têm por finalidade representar a sociedade como um todo, visando à melhoria do SUS, tanto qualitativa quanto quantitativamente (BRASIL, 2006).

Dentre as diversas competências dos Conselhos Municipais de Saúde, ainda há uma lacuna na função fiscalização dos CS, o que exige um melhor entendimento desse processo.

Sendo assim, o presente trabalho apresenta um estudo acerca da função fiscalizadora dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Belém, sendo pesquisados os municípios de Belém, Marituba e Benevides¹.

¹ Os municípios que compõem a Região Metropolitana de Belém são Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará. No entanto, a pesquisa foi delimitada nos municípios de Belém, Marituba e Benevides,

Definimos como questão central de pesquisa: qual o nível de fiscalização dos Conselhos de Saúde nas ações de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Belém?

O objetivo geral definido neste trabalho foi identificar como os Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém atuam na fiscalização das ações do SUS.

Desse modo, os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa se deram em dois momentos: primeiro com o levantamento bibliográfico e documental, utilizando os dados primários e secundários, com o intuito de subsidiar a análise de discurso e de conteúdo, considerando que a pesquisa é quantitativa e qualitativa; em seguida, utilizamos como instrumento a entrevista, a observação, para o levantamento de campo. A categorização das respostas das entrevistas foi realizada no sentido de sistematizar os dados qualitativos levantados no decorrer da entrevista, a partir das vinte e seis perguntas definidas no questionário de entrevista aplicado aos conselheiros de saúde dos municípios pesquisados.

As técnicas de pesquisa foram utilizadas de forma combinada, para se chegar ao objeto de pesquisa, sendo: as técnicas de coleta de dados, o registro de dados e a análise e interpretação de dados.

Para medir os níveis de fiscalização de cada CS, construímos uma matriz de análise da fiscalização correspondendo a três níveis: nível 1 – sem fiscalização; nível 2 – fiscalização instrumental/ formal; e nível 3 – fiscalização efetiva. Dessa forma, utilizamos como parâmetro os três níveis de fiscalização distribuídos em quatro funções da fiscalização dos CS nas ações de saúde: Função 1 - Controle dos gastos públicos; Função 2 - Deliberação sobre ações do CS; Função 3 - Denúncias de irregularidades nos serviços; Função 4 - Divulgação das ações do CS.

Por meio da matriz de análise da fiscalização, foram produzidos gráficos com as informações dos níveis de fiscalização de cada Conselho pesquisado: Funções de fiscalização do Conselho de Belém; Funções de fiscalização do Conselho de Marituba; e Funções de fiscalização do Conselho de Benevides.

Os Conselhos, perante a Lei 8.142 de 1990, têm a garantia de participar do processo de construção da política de saúde, desde sua formulação, negociação, até sua implementação. Embora os Conselhos estejam legitimados para participar nas três esferas de governo da formulação da política de saúde, como garantia de controle social, de fato a sua participação na função fiscalizadora das ações de saúde não funciona.

Portanto, este trabalho foi motivado não somente por uma reflexão à realidade dos CS posta na relação entre Estado e sociedade ou uma inquietação teórica sobre os Conselhos no Brasil, mas, sobretudo, buscou-se demonstrar como os Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém atuam na fiscalização das ações do SUS.

Neste sentido, este trabalho se destaca como diferencial dos demais, por tratar explicitamente de uma problemática que, apesar de ser inerente aos Conselhos de Saúde, até o presente momento não foi abordada na academia, que é acerca de sua função fiscalizadora.

Os capítulos definidos no presente trabalho foram construídos e organizados como segue.

No capítulo intitulado “Saúde e políticas públicas”, discute-se a respeito da política de saúde, contextualizando desde a reforma sanitária até a inserção de novas relações de transferências entre as esferas de Governo, a partir da criação da Norma Operacional Básica (NOB) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Em seguida, o capítulo intitulado “A participação dos Conselhos de Saúde da Política do SUS” explicou o surgimento dos Conselhos no Brasil, do período de 1970 até os dias atuais, para compreender o funcionamento da fiscalização como tarefa.

No capítulo “A perspectiva teórica do objeto de estudo: Os conceitos de organização, participação, fiscalização e controle social”, se discutiram os conceitos utilizados para análise da relação empírica e teórica do objeto estudado, considerando estes como essenciais para a compreensão do objeto estudado.

O capítulo “Procedimentos metodológicos da pesquisa” apresentou a metodologia utilizada na presente pesquisa, bem como seus instrumentos e técnicas metodológicas, entendendo tais procedimentos e técnicas mais adequados para responder aos questionamentos do objeto estudado.

Dando prosseguimento à discussão, o capítulo 5 “A Região Metropolitana de Belém: um estudo dos Conselhos Municipais de Saúde” identificou a forma de atuação (ou não atuação) do objeto de estudo, e em que medida ocorreu a participação dos Conselhos na fiscalização das ações de saúde municipal. Com isso, se definiu o perfil dos conselheiros dos municípios da Região Metropolitana de Belém.

Por fim, no capítulo final intitulado “A ineficiência da participação na fiscalização das políticas públicas nos Conselhos de Saúde” apresentou a matriz da fiscalização, criada para medir o nível de fiscalização dos Conselhos, classificados em: Sem Fiscalização (Nível 1); Fiscalização Instrumental/Formal (Nível 2); Fiscalização Efetiva (Nível 3).

No entanto, é importante destacarmos que este trabalho não esgota a discussão acerca da função fiscalizadora dos Conselhos de Saúde, mas, sobretudo inicia uma reflexão para a eficiência dos CS diante da realidade complexa e dinâmica da sociedade atual e de gestão da política do SUS, e concomitantemente refletir sobre o avanço da participação da sociedade civil, como estratégia de ampliação da sociedade democrática na garantia de direitos.

2 SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

As definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, nos remetem a pensar como *locus* dos embates, os governos. Apesar de ser um campo multidisciplinar, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, e que indivíduos, instituições, ideologias e interesses são considerados, mesmo com as diferenças sobre a importância relativa desses fatores (SOUZA, 2007).

Os conceitos formulados de políticas públicas estão, em sua maioria, relacionados com o enfoque no Estado como agente central de sua promoção, ou seja, as definições de políticas públicas estão atreladas às ações de governo (GONÇALVES, 2006). É possível afirmar ser um desafio desenhá-las no Brasil, pois inúmeros motivos históricos levam tais políticas para um caminho contrário aos interesses da maioria da população. Desta maneira, podemos afirmar que, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública e a política social estão relacionadas ao campo multidisciplinar, focalizando principalmente a natureza e processos em suas análises (SOUZA, 2006).

Um momento crucial de modificações no formato da política pública surgiu com a influência do chamado gerencialismo público e da política fiscal restritiva de gasto, que foi adotada por diversos governos e é voltada à eficiência e racionalidade das políticas públicas, sendo a partir de então o foco principal de toda política pública. Ainda são restritos os estudos empíricos acerca deste novo formato (SOUZA, 2007).

É importante destacarmos que a política pública é gerada por problemas que afetam os indivíduos ou grupos. Para se transformar numa questão social e integrar a agenda pública, é necessário ser reconhecida pela sociedade, ter possibilidade de ação e ser legítima. Para tanto, os atores sociais envolvidos irão possibilitar, reforçar, ou não, a implementação de determinada questão social. A partir da influência do gerencialismo público nas políticas públicas, diversos países adotaram políticas de caráter participativo, sendo no Brasil criados diversos conselhos comunitários voltados a políticas sociais, orçamento participativo, fóruns decisórios, dentre outros mecanismos de participação da sociedade, para aumentar a eficiência na formulação e acompanhamento das políticas públicas (SOUZA, 2007).

Uma das mais conhecidas tipologias sobre política pública foi produzida por Theodor Lowi, a qual define que a política pública faz a política e assim afirmava que cada tipo de política pública encontrará diferentes formas de apoio e de rejeição, e que disputas por suas decisões passam também por arenas diferenciadas. Sendo assim, o autor definiu quatro

formatos à política pública: políticas distributivas; políticas regulatórias; políticas redistributivas e políticas constitutivas (SOUZA, 2006).

Outros autores importantes, como Laswell e Simon, consideram os aspectos racionais como essenciais. Desta forma, é necessário que as políticas incorporem outros elementos no processo de formulação e análise, que influenciem nos seus resultados e efeitos, interagindo com a economia, Estado, política e sociedade, bem como outras disciplinas, sendo, desta forma, um campo multidisciplinar. Portanto, apesar de não haver um conceito definido de política pública, ainda predomina a definição baseada no conceito de Laswell, de que no momento de decisões e análises, as políticas públicas devem responder a questões como quem ganha o quê, por que, e que diferença isso faz (SOUZA, 2006; SOUZA, 2007).

As mudanças, normas e rotinas dentro de uma organização são feitas de forma lenta, e as chamadas mudanças nunca são completamente novas dentro de uma instituição, pois a cultura dos indivíduos inseridos no processo permanece, ao longo do tempo, na estrutura da sociedade. Portanto, apesar de os defensores do governo afirmarem que a eficiência é uma das questões centrais, a maioria destes age de forma contrária ao discurso defendido. Um dos motivos pode ser o fato de qualquer ação social do Estado ter um custo, pois mesmo que a princípio sejam financiadas por impostos, e assim entendidas como “gratuitas”, o desafio de tornar o Estado mais eficiente e menos dispendioso é muito grande (FARIAS FILHO, 2005).

O que os governos vêm fazendo nas últimas décadas é buscar esse modelo “ideal” de Estado e com isso melhorar sua relação com os agentes econômicos e sociais e as influências sofridas obedecem a uma dinâmica do capitalismo enquanto modo social de produção e de articulação das partes inseridas no processo [...] (FARIAS FILHO, 2005, p.35).

Desta forma, podemos compreender que a construção de uma política pública envolve diversos atores, divergentes interesses, inúmeras articulações e negociações, para que esta seja inserida na agenda de governo. Portanto, uma política pública se organiza e se estrutura baseada em interesses sociais organizados e recursos também geridos socialmente (SILVA; 2001). Baumgartner e Jones apud Capella (2007) chamam de *policy image* as ideias que sustentam os arranjos institucionais, em que interpretam que a construção do consenso em uma política, isto é, a *policy image* é um elemento preliminar dentro da luta política. Entretanto, não há controle sobre os impactos das imagens criadas e nem das possíveis soluções apontadas aos problemas. Na maioria das vezes, as decisões realizadas em subsistemas são decididas por um grupo pequeno de participantes que compartilham de um

interesse convergente, criando assim um monopólio de políticas e, desta forma, restringem a participação de novos atores e aceitação de novas ideias (CAPELLA, 2007).

O processo de produção das políticas públicas é constituído de variáveis momentos, partindo primeiramente do surgimento de uma questão, posteriormente, a inserção desta questão na agenda de governo, para depois buscar a solução para o problema, escolher alternativas de ação e decisão final e, por último, a implementação da política formulada, o monitoramento e a avaliação de sua execução (LABRA, 2010; SILVA, 2001). Muitas definições de política pública destacam seu foco analítico na solução dos problemas e, com isso, acabam deixando para segundo plano a essência das políticas públicas, que é o debate e cooperação entre ideias e interesses que possam existir entre os governos e grupos sociais, pois as políticas públicas são inerentes à economia e sociedade, necessitando, desta forma, explicar as inter-relações entre Estado, economia, política e sociedade (SOUZA, 2006).

Dentro desse quadro situacional, sendo o Estado, por meio do governo, produtor por excelência de políticas públicas (SOUZA, 2007), é importante esclarecermos de que Estado estamos falando, para entendermos o processo de inserção da Política de saúde como direito neste contexto, a partir da Constituição Federal de 1988, posteriormente com a criação do SUS, em que se configura um novo desenho da política em questão e um novo direcionamento do Estado.

Neste sentido, os Conselhos de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, tornam-se atores principais do processo de planejamento, gestão e execução na avaliação das ações de saúde do SUS, dentro da agenda governamental. Entretanto, fatores de distinta ordem interna e externa condicionam de maneira direta ou indireta o seu desempenho como função fiscalizadora da política de saúde. Apesar de existir hoje a garantia de participação de outros segmentos, além do Governo na formulação das políticas públicas, não existe comprovação empírica que assegure a participação de outros atores nas decisões do Governo de forma efetiva (SOUZA, 2007).

A produção de políticas públicas é um processo conflituoso, incerto, ou seja, extremamente complexo, por envolver divergentes fases que se modificam ou não, dependendo do número de atores envolvidos, de seus interesses, negociações e consensos.

Em qual ponto do intrincado circuito se localizam os CS? Decerto, é impossível determinar, porque, como se disse, os colegiados fazem parte de uma extensa engrenagem cujo número de elos é indefinido, além de mutáveis segundo as circunstâncias políticas (LABRA, 2010, p.100).

Dessa maneira, o próximo tópico se propõe discutir os Conselhos de Saúde, na perspectiva das políticas públicas, com o intuito de demonstrar os caminhos trilhados acerca dos Conselhos e como vêm se configurando no processo de construção, implementação e fiscalização da política de saúde.

2.1 A DISCUSSÃO ACADÊMICA SOBRE OS CONSELHOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O estado da arte foi construído neste trabalho, primeiro com o intuito de sistematizar, contextualizar e situar o objeto estudado e entender mais especificamente a discussão acerca dos Conselhos de Saúde, no âmbito da política de saúde; segundo para situar o leitor no debate acadêmico acerca do objeto, não no sentido de esgotar a revisão da literatura produzida, mas rever as principais discussões e ideias elencadas sobre o tema estudado, por conter inúmeras interpretações e entendimentos controversos.

Com isso, destacar o que vem sendo produzido no âmbito acadêmico a respeito do tema é o diferencial deste trabalho. A princípio, a vasta produção científica sobre a participação dos Conselhos leva a afirmações de muitos autores, como um tema obsoleto. No entanto, constatamos a carência da discussão, sobretudo sobre a participação dos Conselhos na sua função fiscalizadora das ações de saúde no município, o que justifica a importância da pesquisa sobre o objeto de estudo.

O debate sobre os conselhos ainda encontra-se em duas vertentes: na discussão de forma geral ou abstrata, em que estes são tratados no plano teórico e reflexões políticas gerais; ou no plano singular ou concreto, em que predominam as experiências localizadas e direcionadas a ambientes sociais e políticos particulares (CARVALHO, 1995). Portanto, há uma carência de abordagens que focalizem os conselhos na sua empiria e particularidades, e concomitantemente considere seu caráter geral e nacional. Dessa forma, o objetivo do trabalho de Carvalho (1995) vem contribuir com o estudo dos conselhos em seu sentido concreto, para uma análise mais geral de seu arcabouço jurídico-institucional e político do setor da saúde no Brasil, mesmo considerando a heterogeneidade entre os conselhos e seus diferentes níveis de governo.

Outro estudo sobre os Conselhos Municipais e políticas sociais foi implementado pela Secretaria Executiva do Programa Comunidade Solidária, juntamente com o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e tem como objetivo estudar, tanto no plano teórico como a partir de análise de

experiências concretas, aspectos a respeito da atuação dos Conselhos municipais, as expectativas criadas, o efetivo papel, práticas concretas, os desafios e obstáculos que enfrentam diante do processo de institucionalização, do seu desempenho como instrumento de política pública. As experiências empíricas – realizadas em três municípios selecionados de São Paulo, corroboraram no sentido de tentar compreender o papel dessas instâncias para a democratização da gestão municipal e contribuir para a visibilidade e fortalecimento das políticas municipais. O trabalho também visa fortalecer o debate e reflexões sobre os Conselhos, no intuito de identificar questões que possam orientar uma nova concepção de Conselhos (NORONHA, 1997).

No geral a produção acadêmica sobre as análises a respeito dos Conselhos tem se limitado a estudos de caso, sobre as experiências dos Conselhos em nível local e em determinado Conselho setorial, o que dificulta uma análise de cunho nacional, por não termos um panorama mais abrangente dessas instâncias que permita uma avaliação sistemática do seu funcionamento como instância política e das consequências geradas na administração municipal (SANTOS JÚNIOR et al, 2004; LABRA, 2005; FERRAZ, 2006).

Os Conselhos de Saúde são apresentados por Labra (2005) a partir de duas perspectivas: da esfera pública mais ampla e do funcionamento dos mesmos, ou seja, aborda sobre os Conselhos de Saúde analisando as dimensões macro e micro do processo de participação, pois afirma que na prática estes Conselhos convivem com graves problemas de funcionamento que interferem na sua legitimidade e eficácia.

O trabalho de Fuks et al. (2004) se propõe a avaliar o funcionamento de alguns dos Conselhos gestores da cidade de Curitiba, sendo o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Assistência Social e o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, a fim de identificar os diferentes recursos existentes entre seus conselheiros e como esses recursos influenciam nas decisões dentro de cada Conselho. Afirma ser importante analisá-los, devido sua expressiva contribuição no processo democrático recente no Brasil, para poder compreender essa “nova institucionalidade” que se desenvolveu no país, a partir de 1988. Em vista disso, afirma que os Conselheiros dispõem de três recursos: recursos de natureza individual, recursos subjetivos e recursos organizacionais e constata as desigualdades existentes entre os conselheiros e seus diversos segmentos. Com isso, o objetivo seria avaliar em que medida o caráter participativo dessas instituições é efetivo, comparando a legislação específica (FUKS et al., 2004; FUKS, 2004; PERISSINOTTO, 2004; SOUZA, 2004a).

No estudo de Colin (2004), é realizada uma análise sobre o processo histórico, constituição e funcionamento do Conselho Estadual de Assistência Social, partindo dos

dilemas entre o que é legal e o que é real dentro da formação deste Conselho e o que isto representou no momento de sua implantação. Destaca também as potencialidades existentes neste Conselho, frente às práticas e posturas clientelistas identificadas na história da assistência social.

Os estudos sobre os Conselhos como espaços de participação direta, analisados a partir da perspectiva da reforma do Estado e da institucionalização da participação, têm sido modelos frequentemente utilizados, devido às experiências sobre a participação na comunidade, com a proliferação de Conselhos no país, o que proporcionou a participação nos moldes da democracia representativa, o que não é reconhecido principalmente pelos atores governamentais, da legitimidade da representação dos usuários (FERRAZ, 2006).

Santos (2002) faz uma avaliação do modelo de participação institucional instaurado nos municípios brasileiros após a Constituição de 1988, considerando aspectos como, a efetivação e difusão na rede de municípios, analisando as condições de garantia à participação social e representação autônoma dos atores sociais nos conselhos, bem como: o âmbito jurídico-formal; o grau de representatividade social dos atores e a qualidade no exercício das suas atribuições; e seus impactos no processo de tomada de decisão das políticas públicas. Com isso, seu objetivo central é verificar se os conselhos têm se desenvolvido na perspectiva da participação ampliada², o que esta institucionalidade acarretou aos movimentos sociais, pois entende que esta não pode ser resumida ao aparato jurídico-formal, mas, contudo criar instrumentos e mecanismos que garantam a gestão colegiada, e dar condições para que diversos grupos de interesse exerçam a participação. Com isso, se propõem compreender como se dá a existência de autonomia na escolha das organizações, o repasse de informações, os mecanismos de acompanhamento, a publicização e o acesso à capacitação.

Outra dimensão estudada a partir das instituições participativas é o problema do controle social nos Conselhos. Por conta disso, questiona-se de que maneira a prática fiscalizadora vem ocorrendo no Conselho Municipal de Saúde, considerando os fatores favoráveis e desfavoráveis para esta prática. Sendo assim, questiona-se também como avaliar o exercício do controle social sobre a administração pública se não há instrumentos formais de sanção definidos pelo Conselho, caso a administração pública não cumpra as deliberações tomadas por esses Conselhos (FUKS et al., 2004).

² Santos (2002) denomina participação ampliada como a capacidade dos grupos de interesse de influenciar direta ou indiretamente nas decisões das macroprioridades, ou seja, o grau de interferência na formulação, diretrizes e implementação de políticas públicas.

O trabalho de Custódio et al. (2009) tem como objetivo avaliar o perfil dos conselheiros municipais de saúde de cinco municípios de pequeno porte do estado de São Paulo, por meio de análise de conhecimento de seus membros, e se propõe a analisar a participação destes no processo decisório e nas ações concretas relacionadas à gestão em saúde e o impacto do curso de capacitação. Souza (2004b) realiza um estudo comparativo entre o Conselho estadual do Trabalho no Paraná e no Rio Grande do Sul, apontando semelhanças e diferenças entre eles.

Tonella (2004) também faz um estudo comparativo entre os conselhos gestores de Maringá: Conselho Municipal da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal de Assistência Social; Conselho Municipal de Saúde; Conselho do Trabalho e FUNDEF, a fim de refletir acerca das condições históricas, políticas e sociais que levaram à sua participação na estruturação das políticas públicas, a partir do perfil social, relação entre os Conselhos e a administração municipal, e a trajetória política dos conselheiros.

No estudo sobre o Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina (CONSUL), Ribeiro (2004) tem como objetivo estudar a cultura política dos Conselhos do CONSUL. Destaca essa instituição como uma organização popular criada para fiscalizar a política de saúde implementada nessa região, e dessa forma, se diferencia dos demais conselhos, por ter sido criado a partir da mobilização popular direta e não por meio da exigência da legislação federal. Os dados sobre cultura política dos membros deste conselho demonstram que um conceito específico de democracia pode alterar nos resultados das políticas de maneira expressiva.

Bidarra (2006) estabelece um debate entre o distanciamento da categoria teórica do espaço público e as experiências de participação sociopolítica no âmbito dos conselhos gestores de políticas públicas. O objetivo do trabalho é refletir sobre as condições que interpretam os conselhos, como espaços públicos, avaliar sua qualidade política, suas dificuldades para que analisem, com isso, suas condições concretas como instrumento de construção para a democracia participativa no Brasil (BIDARRA, 2006).

No Estado do Pará, podemos citar estudos sobre Conselhos, como o estudo de Araújo e Castro (2007), que questionam sobre a realidade dos Conselhos da cidade de Belém e analisam o nível de arranjos democráticos criados pelo Estado e como estes têm convivido com as tensões e conflitos na nova relação Estado-sociedade civil, e se este tipo de relação tem contribuído, de fato, para a democratização de políticas públicas. Para isso, tomou como referência o período de 1997 a 2004, em que estava à frente da gestão o Partido dos

Trabalhadores (PT), por afirmar que a gestão deste partido significou um novo cenário para o governo da cidade de Belém.

Outro estudo feito no Pará define como objeto de estudo o Orçamento Participativo (OP) de Belém, enquanto instrumento de participação popular e analisa a temática democracia para identificar seus novos conteúdos e práticas, a partir do fim do século XX, por entender esse momento como crucial para tal perspectiva, fazendo um contraponto entre democracia participativa e democracia representativa, estudando os processos que têm contribuído para a configuração da gestão democrática. Portanto, seu estudo aponta para a construção de possibilidades e perspectivas à garantia da democracia participativa, principalmente por afirmar a importância de análise das transformações recentes na esfera local e repercussão do seu papel na gestão municipal.

Por outro lado, foram encontrados estudos sobre o Conselho de Assistência Social no Pará, como o estudo de Oliveira (2006), que trata da participação efetivada no Conselho Municipal de Assistência Social de Soure (Marajó), com o objetivo analisar como o processo de participação social se configura em realidades locais, a fim de definir o tipo de participação implantada neste Conselho, identificando suas limitações para seu fortalecimento, enquanto espaço de negociação, deliberação e controle social. Este estudo traça um perfil dos conselheiros da gestão de 2005, bem como analisa a instituição do referido Conselho. Aponta como resultado a afirmativa de que o Conselho estudado não se constitui enquanto processo de emancipação social, devido suas características predominantes da Região do Marajó - práticas tradicionais de gestão pública, de um processo histórico de dominação e exclusão social e política.

O trabalho de Lobato (2005) utiliza o método qualitativo, por meio de estudo de caso, para analisar a representatividade nos conselhos paritários, mais especificamente no Conselho Estadual de Assistência Social do Pará, que defende a paridade como característica central neste Conselho, no qual a participação da sociedade civil torna-se instância primordial no processo decisório.

Diversos trabalhos tomaram como objeto de estudo a Região Metropolitana. O estudo de Paracampo (2004) sobre os Conselhos Municipais da Região Metropolitana de Belém tem como objetivo apresentar um quadro teórico-analítico do seu papel, como canais institucionalizados da democracia política e como novos padrões de gestão, pois entende que estes são arranjos institucionais que permitem que sociedade civil delibere a respeito das políticas públicas, juntamente com o Estado. A partir disso, constrói um perfil sociopolítico

dos Conselheiros desta Região, destacando suas funções e sua efetividade nos processos decisórios das políticas locais.

No trabalho de Abranches e Azevedo (2004), discute-se a participação nos Conselhos Municipais de políticas setoriais e quais as questões mais gerais dessa experiência de participação. Com isso, traça como objetivo central analisar se a experiência de participação nos Conselhos Municipais da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) contribui para a inserção de novos atores sociais, com capacidade de intervenção na implementação e fiscalização de políticas públicas locais. Eles afirmam que do ponto de vista institucional, as regiões metropolitanas no Brasil enfrentam graves problemas com relação aos seus mecanismos de gestão, sendo os Conselhos um dos canais de participação legalmente constituídos para a consolidação da gestão democrática em nível local, pois entendem que a esfera local tem mais condições para garantir a participação popular na gestão pública e que a responsabilidade deliberativa dos Conselhos contribui para o exercício da democracia participativa. No perfil dos conselheiros municipais da RMBH, são apresentadas sua trajetória política, o funcionamento e dificuldades identificadas neste Conselho, e sua influência no processo de formulação das políticas públicas.

Baptista et al. (2004) desenvolvem uma pesquisa com dez municípios selecionados da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), dentre os vinte e seis que a compõem. Os autores selecionaram em seu trabalho quarenta e um Conselhos nas áreas de educação, saúde, assistência social, criança e adolescente e emprego. Neste trabalho, foi feito um exercício de comparar o perfil dos conselheiros municipais representantes da sociedade civil e os representantes do poder público. Portanto, o objetivo central da pesquisa é conhecer os atores que atuam na arena política, onde são tomadas decisões compartilhadas e coletivas, identificando também em que medida a heterogeneidade se torna um entrave ou em outros favorece a participação popular.

Outro trabalho sobre Região Metropolitana é o estudo de Tótorra e Chaia (2004), no qual lançam como problema de investigação as potencialidades democráticas dos conselhos da Região Metropolitana de São Paulo, ou seja, sua análise é baseada a partir do sentido dado à democracia, considerando os anos 90 o início do surgimento dos Conselhos municipais, como uma nova configuração e um canal de participação direta no Estado. Com isso, aponta seus diversos sentidos realizando, assim, uma avaliação da experiência passada e suas divergências da gestão presentes no conselho. O estudo sobre os conselhos setoriais de políticas públicas da Região Metropolitana do Rio de Janeiro conclui que apesar das fragilidades encontradas na sua prática e lacunas em decorrência da cultura política

predominante na maioria dos municípios, o conselho se configura como espaço privilegiado de participação social, em que demandas e interesses são negociados no processo de formulação de políticas públicas, configurando, com isso, uma nova interação governo-sociedade. Pretende contribuir com sua análise para que a dinâmica de funcionamento dos conselhos possibilite mudanças na relação governo e sociedade, contribuindo para a ampliação da cidadania e da democracia, resgatando o debate em torno da institucionalização da participação social na gestão (SANTOS, 2002).

Outro estudo sobre Região Metropolitana foi o trabalho de Bitoun e Lima (2004), que definem em sua pesquisa empírica elementos da cultura cívica na Região Metropolitana do Recife (RMR), com os representantes dos conselhos municipais. Afirmam que a cultura cívica presente nas ações dos indivíduos contribui para o seu engajamento em esferas públicas, por meio de conselhos, contribuindo assim para a garantia da participação ampliada.

O debate sobre a descentralização é um dos pontos centrais da política de saúde a ser discutido. Por isso, no item a seguir, o discurso será a respeito da Reforma Sanitária Brasileira e seu reflexo na descentralização da saúde até chegarmos à Constituição Federal de 1988, considerando que foi um marco às conquistas na área da saúde.

2.2 O REFLEXO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Uma das grandes inovações do SUS junto à reforma do Estado, segundo Oliveira (2008), foi a instituição de arenas e espaços de construção e de operacionalização da política de saúde, por meio da criação de conselhos de saúde, nos três níveis de governo, bem como outros mecanismos, como conselhos gestores, comissões intergestoras, dentre outros.

Com isso, Arretche (2000) afirma que a reforma do SUS ao final dos anos 80 foi a mais importante dentre as políticas sociais existentes, por reunir condições institucionais para que fosse realizada uma reforma de fato, principalmente por seu conteúdo, natureza e extensão das decisões tomadas (ARRETCHE, 2000).

A implementação desta reforma vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, tal como este havia se configurado ao final dos anos 60, e - o que interessa aqui particularmente, vem redefinindo a distribuição das funções a serem desempenhadas por cada nível de governo (ARRETCHE, 2000, p. 197).

Contudo, apesar de o SUS, até 1997, direcionar suas ações de saúde pública à municipalização, como uma dimensão da descentralização, não ocorria sua implementação de fato.

Côrtes (2009) afirma que o movimento sanitário teve um papel decisivo, não apenas na construção do SUS, mas também a forma como a participação seria incorporada no novo desenho institucional do Sistema, como elemento essencial na política de saúde, pois inicialmente, a prestação de serviços de saúde era restrita ao setor privado.

Somente a partir de 1984, com o intuito de criar uma rede pública de atendimento integrado, seguindo um modelo regionalizado e hierarquizado, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), em que a prestação de serviços foi ampliada ao setor público.

Até o final dos anos 80, a política de saúde seguia um modelo caracterizado por uma política dual e seletiva, com processo decisório centralizado e operacional (PAIM, 2008; ARRETCHE, 2000). Neste período, foi possível formular políticas que além de fortalecerem o serviço público, considerassem apoio à descentralização gerencial, estímulo à integração das ações de saúde, incorporação de planejamento, abertura de canais de participação de diversos atores da sociedade, dentre outros pressupostos (PAIM, 2008).

No ano de 1987 se criava o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para fortalecer e ampliar a política de descentralização e o controle social. Paralelo ao trabalho da Constituinte, o INAMPS divulgou diversos folhetos, em um deles trouxe o decreto presidencial dispoendo sobre a criação do SUDS, disponibilizando mais recurso financeiro para os Municípios e Estados.

A importância da criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) se deu pelo fato de serem essenciais à construção de um novo entendimento da política de saúde, como direito universal, igualitário e integral, relacionado com o processo de construção da reforma sanitária e da descentralização da política de saúde, para posterior entendimento do período de formulação da CF/88, sendo esta um marco na criação dos Conselhos de Saúde. Desta forma, as AIS carregavam em sua essência uma concepção estratégica, e se afirmava que as mesmas convergiam com as ideias do movimento de democratização da saúde, incentivo à participação popular, fortalecimento do princípio federativo, administração descentralizada, dentre outros requisitos (PAIM, 2008).

Neste sentido, a reforma sanitária foi um projeto político-cultural, relacionada a um grande projeto nacional, que se unia com a reforma econômica, agrária, urbana e financeira do país iniciado e impulsionado pela sociedade civil, por meio dos movimentos sociais. Portanto, o desafio naquele momento era fazer com que a participação de todos os interessados fosse assegurada, para a garantia da defesa da melhoria dos serviços de saúde para a população em geral (PAIM, 2008).

Dessa forma, um novo pacto, com novos atores foi inserido, no qual importava absolver uma consciência do coletivo nas ações à saúde, denominada de “consciência sanitária” e não mais ações de forma isolada, criando-se, assim, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), em que no mesmo momento se teve a iniciativa de expandir as AIS, transformando-as no SUDS, e mobilizar a população e seus diversos atores sociais, em torno da consciência sanitária. Portanto, o SUDS foi um marco estratégico para as mudanças nos serviços de saúde, como um avanço à reforma sanitária brasileira, por trazer embutido a negação do sistema vigente e reafirmar as propostas da Reforma Sanitária Brasileira, com viés dos princípios democráticos, no qual a reforma sanitária defendia três bandeiras de luta³ (PAIM, 2008).

Entretanto, houve opiniões adversas, em que reduziam seu entendimento a uma dimensão administrativa: “[...] As AIS e os SUDS, mesmo com suas reconhecidas limitações enquanto estratégias-ponte para o Sistema Único de Saúde (SUS) representaram iniciativas relevantes de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo [...]” (PAIM, 2008, p.137).

A implantação do seguro público de saúde foi um marco para a nova divisão de serviços, e desde então os provedores públicos incorporaram os serviços de atenção básica e o setor privado ficou responsável pelos serviços de média e alta complexidade. Esta estrutura foi mantida até mesmo nas reformas, desencadeando nos anos 80 o processo de universalização de descentralização da saúde, como discussão necessária, destacando que tal processo se desenvolveu de acordo com as normas definidas pelo Governo Federal (ARRETICHE; MARQUES, 2007). Sendo assim, o funcionamento da descentralização dependia necessariamente de um novo arranjo federativo, com uma nova postura do governo federal, de forma menos centralizada (CALSSING, 1986).

A análise da descentralização da política de saúde, segundo Arretche e Marques (2007), deve ser desdobrada em duas dimensões: os serviços básicos de atenção à saúde e os serviços hospitalares, distinção essa exigida pelo novo desenho institucional da política de

³ De acordo com Paim (2008), as três bandeiras de luta da reforma sanitária eram: a) Técnico-institucional (implementação do SUDS, incentivo ao planejamento, fortalecimento de canais de participação social, como conselhos de saúde); b) Sociocomunitária (possibilidade de alianças entre os setores organizados da sociedade civil, para a consolidação das mudanças no setor saúde, na mobilização de setores engajados na luta pela democratização da saúde, bem como o engajamento dos que, na prática institucional contribuíam para a ampliação da participação popular no controle das ações do Estado, com mecanismos permanentes de planejamento democrático, com a fiscalização, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde); c) legislação parlamentar (atuando na Assembleia Nacional Constituinte e no Congresso Nacional, posteriormente com as instituintes estaduais e assembleias legislativas).

saúde no Brasil, considerando que a estratégia de descentralização carrega uma herança do regime militar, e é configurada e concentrada nas decisões do governo federal.

Apesar da 8ª CNS ter proposto um texto à Constituição do SUS, tendo como princípios a descentralização, integração, regionalização, hierarquização e universalização dos serviços, sendo comandado pelo Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2000), o tema só foi debatido no 1º Congresso brasileiro de saúde coletiva, em setembro do mesmo ano da referida Conferência, ocorrida em 1986, o que culminou para a construção da proposta constituinte, definida em 1988, como veremos posteriormente de forma mais detalhadamente no capítulo três deste trabalho. No tópico a seguir, trataremos especificamente como o SUS vem se efetivando, a partir da criação da Norma Operacional Básica (NOB) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), no que diz respeito às suas leis, normas e transferências de recursos entre as esferas de governo.

2.3 A CRIAÇÃO DA NORMA OPERACIONAL BÁSICA E DA NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COMO A NOVA RELAÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS ENTRE AS ESFERAS DE GOVERNO

A iniciativa de formulação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) do ano de 1991, de 1993 e de 1996 e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) de 2001 e de 2002 surgiu conjuntamente ao processo de incentivo à descentralização da saúde (OLIVEIRA, 2008), pois essas têm sido utilizadas como instrumento inovador e fundamental para a regulação do processo de descentralização e repasse de recursos aos municípios.

A NOB/SUS/1991 trouxe no processo de descentralização modificações nos serviços públicos de saúde, sendo uma delas a relação direta entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, por meio de convênios de municipalização, definindo por meio da Lei nº 8142/90, os critérios de acesso aos recursos federais, sendo um desses critérios a criação de fundos e conselhos municipais de saúde.

A NOB/SUS/1993 definiu como objetivo a reformulação do modelo assistencial, por meio da descentralização, de forma mais intensa do que na NOB/91, sendo esta centrada na assistência médico-hospitalar individual, assistemática e fragmentada. Sendo assim, a NOB/93 incorporou um modelo centrado na assistência integral, universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, fortalecendo as práticas sanitárias em todas as esferas e em todos os níveis do sistema em questão, mantendo vigente o modelo de gestão básica, no qual os municípios vão se adaptando à municipalização.

Dessa forma, de acordo com a NOB/93, a descentralização é regulamentada no intuito de redistribuir o poder entre as esferas de governo, configurando novas relações e competências administrativas e institucionais, almejando, com isso, o fortalecimento do controle social, por meio da criação de novas arenas de pactuação, como a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) a nível Estadual e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em nível Federal.

Com a NOB/96, o processo de responsabilidade entre as esferas de Governo foi reorganizado e simplificado, estabelecendo apenas condições de habilitação dos municípios, sendo definido em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipalizado (GPSM). Outra característica é a reorientação do modelo assistencial, com a formulação de demais mecanismos de financiamento, dentre eles a normatização dos consórcios, possibilitando o processo de regionalização entre gestores estaduais e municipais, por meio da criação do Programa Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da família (PACS/PSF), o Piso Assistencial Básico ou Piso de Atenção Básica (PAB) ou PAB fixo etc. Estes pisos, de certa forma, padronizaram o modelo de atenção do SUS, e o processo de municipalização foi intensificado a partir desta NOB.

Por outro lado, todo o incentivo dado à gestão municipal fez com que os Estados ficassem sem um papel definido. As NOAS 2001 e 2002 surgiram com o intuito de resgatar o Estado, como instância essencial para a definição e implementação da política de saúde. Portanto, o processo de descentralização está diretamente ligado ao campo da eficiência da gestão pública, por isso as reformas estatais. Entretanto, é preciso que esse processo histórico articule o governo central, elites locais e regionais, e que as elites de diferentes instâncias se integrem (ou não) no interior das instituições políticas, explicando a natureza das reformas descentralizadoras ocorridas e o discurso político que lhes serve de sustentação. Desta forma, as medidas descentralizadoras ocorridas no Brasil, a partir da década de 1980, foram pontuais, sendo na verdade, resultado da disputa de poder por parte de elites políticas de âmbito local (ARRETCHE, 1996).

No capítulo a seguir, faremos uma apresentação do surgimento dos conselhos no Brasil, desde a década 70 até a década de 90, considerando a Constituição Federal de 1988 como um momento crucial para a consolidação de um novo entendimento da política de saúde, tornando a participação e a descentralização uma das diretrizes predominantes na gestão atual do SUS.

3 A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DA POLÍTICA DO SUS

3.1 O SURGIMENTO DOS CONSELHOS NO BRASIL: SOB O ENFOQUE DA PARTICIPAÇÃO E DA EFICIÊNCIA

A disseminação dos Conselhos Municipais na sociedade brasileira, como nova arena político-administrativa, constitui-se como instrumento estratégico de democratização, eficiência⁴ e efetividade às políticas. Sua criação está estritamente ligada ao movimento sanitarista e à área da saúde, com o advento da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, garantindo a participação da sociedade civil nesta Conferência pela primeira vez, para posteriormente ser adicionada ao texto constitucional, como princípio da participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas (STEINBRENNER, 2006).

A respeito do princípio da eficiência, no ordenamento jurídico, é um princípio norteador da atuação da administração pública. Entretanto, o termo eficiência já era reconhecido como condição para a realização do interesse público, embora não com o destaque que é dado atualmente, a partir da mudança de propósitos do Estado (OLIVEIRA, 2005).

Anterior à mudança institucional, a eficiência era entendida sobre um Estado com papel empreendedor, ou seja, de um Estado empresarial, onde se destacava o controle dos atos do administrador na eficiência da prestação de serviço público. Este papel foi substituído por um Estado gerencial, que relaciona seu conceito de eficiência com o da organização privada, isto é, busca resultados positivos com o menor custo possível. “A administração é considerada eficiente à medida que obtém sucesso na satisfação das necessidades da sociedade” (OLIVEIRA, 2005, p. 32).

Carvalho (1995) afirma que a existência de órgãos colegiados setoriais vinculados ao executivo não é um fenômeno novo no campo das políticas públicas do Brasil, menos ainda exclusivo da área da saúde. Assim, ao longo da história da administração pública brasileira, estes organismos, geralmente denominados de Conselhos, vêm compondo a gestão pública.

O surgimento embrionário dos Conselhos deu-se após a Revolução Francesa, na qual os espaços de garantia da política, isto é, da liberdade se multiplicavam. A Comuna de Paris foi um incentivo inicial, quando sua configuração assumiu posteriormente um caráter

⁴ De acordo com Silva (2001), o conceito de eficiência é entendido como a relação entre os custos despendidos e os resultados a serem atingidos, ou seja, focaliza sua ação na análise de processo, tendo como preocupação central os resultados e impactos atingidos a quem é de direito recebê-los.

autônomo de atividade política, deixando de eleger delegados para a Assembleia Nacional, para constituir o Conselho Revolucionário Municipal. No mesmo momento, as sociedades populares se organizaram com o objetivo de discussão política (TÓTORA; CHAIA, 2004).

A existência dos Conselhos é identificada em dois momentos: o primeiro surgido anterior a 1964, no âmbito do setor populista, em que os conselhos eram mistos, sendo composto por sindicalistas, patrões e burocratas, no qual era feito o acerto entre seus interesses; o segundo exemplo surgiu pós 1964, característico do regime autoritário, destacando-se a criação de diversos conselhos intragovernamentais. Contudo, os Conselhos de Saúde na atualidade estão incumbidos do papel de definir os rumos das políticas públicas, por apresentarem características de representatividade social e atribuições junto às esferas governamentais (CARVALHO, 1995).

De acordo com Carvalho (1995), até a atual configuração jurídico-institucional dos Conselhos, estes apareceram no cenário, mais precisamente na área da saúde, com a Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, em que se instituiu uma nova organização do Ministério da Educação e da Saúde, juntamente com o acompanhamento de suas ações no Conselho Nacional de Educação.

Em 1970, após mais de 30 anos de funcionamento irregular e inexpressivo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) entra numa segunda etapa, quando o Decreto 67300/70 lhe atribui escopo, funções e estrutura mais definidas, procurando compatibilizá-lo com o processo de modernização conservadora em andamento no país [...] acompanhando o padrão da época, vigente em outras áreas de políticas públicas, o novo Conselho de Saúde ganha uma composição que, simultaneamente, assegura a presença de atores privilegiados no projeto hegemônico e garante o controle do governo sobre seu funcionamento (CARVALHO, 1995, p. 32).

No Decreto nº 67300/70, foi definido o Conselho Nacional de Saúde (CNS) como órgão integrante do Ministério da Saúde, sendo de natureza consultiva, podendo examinar e emitir pareceres a respeito dos problemas relacionados à promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. Este Conselho era composto pelo Ministro, sendo presidente nato, além de quinze conselheiros, divididos em quatro categorias⁵.

A estrutura e composição do CNS comprovavam a centralidade das decisões no Poder executivo, no qual escolhia a maioria de seus membros. Desta forma, a ideia da participação da sociedade pela representação não tinha autonomia para agir dentro do Conselho, sendo o

⁵ As categorias que compunham o CNS eram: a) cinco membros natos – destinados aos representantes dos cargos de secretário-geral, secretário de saúde pública, secretário de assistência médica, superintendente da Fundação de serviços de saúde pública e o presidente da Fundação Oswaldo Cruz; b) quatro membros designados pelo ministro escolhidos em lista tríplice, sendo Academia Nacional de Medicina, Academia Brasileira de Medicina Militar, Academia Nacional de Farmácia e Academia Brasileira de Administração Hospitalar; c) cinco membros escolhidos pelo ministro, entre técnicos de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde; d) um membro indicado pelo Estado maior das Forças Armadas.

período de 1970 a 1990 marcado por sua inexpressividade diante das demandas sociais (CARVALHO, 1995).

Com isso, apesar dos Conselhos oficiais não serem arranjos inéditos no Brasil, estes ressurgem com um novo foco, pois o Estado-previdência, desde a década de 1930, os identificava como canais de articulação entre sociedade civil e instituições e já identificava a existência de diversos Conselhos, dentro da estrutura federativa e dos processos decisórios das políticas sociais setoriais. No caso da política de saúde, esta teve parte das transformações defendidas no SUS, asseguradas neste novo processo, juntamente com a reformulação do conceito de eficiência e as consequentes mudanças relacionadas à participação da sociedade.

A busca pelo aumento da participação direta da sociedade se intensificou em meados da década de 1980, em que o processo de descentralização do sistema de saúde na esfera municipal culminou com uma série de mudanças. Junto a isso, um novo direcionamento dos papéis entre o setor público e o privado foi formado, possibilitando novos arranjos institucionais com a garantia da participação dos Conselhos de Saúde (CS), composto por diversos atores sociais e não somente o Governo, na construção da política de saúde, inserindo os usuários, profissionais de saúde, em conjunto com o governo e prestador de serviço, sendo destaque o segmento dos usuários como ator principal da nova arena institucional (OLIVEIRA, 2008; SANTOS JÚNIOR et al., 2004; BRAVO, 2006).

Na estrutura do poder executivo, os conselhos de gestão das políticas públicas surgiram progressivamente, seja de forma setorial (educação, saúde, emprego etc.), ou de segmentos da população (mulher, criança e adolescente, idoso etc.).

Do ponto de vista da participação, a Constituição de 1988 proporcionou uma inovação nas formas clássicas de representação direta, ou seja, além dos partidos criou mecanismos complementares de participação, assegurando a impantação dos conselhos nas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais.

Neste sentido, a participação ampliada da sociedade civil nas políticas públicas se deu por meio de Conselhos, adquirindo assim, grande importância no cenário político-institucional (SANTOS, 2002).

A experiência histórica dos Conselhos traz uma reflexão a respeito dos diversos significados da política e da democracia, o que instiga ao estudo do fenômeno dos Conselhos no Brasil.

Nestes termos, podemos constatar que os conselhos criados aproximadamente há 10 anos, surgiram com a expectativa de contribuir para uma nova gestão das prefeituras no processo decisório, no sentido de controlar tais políticas desde sua fase inicial - definição de

objetivos, até sua implementação e avaliação de resultados. Tais expectativas são ampliadas entre a relação Governo e sociedade, como garantia de uma gestão democrática. Portanto, a criação dos Conselhos visava fortalecer a capacidade da sociedade de controlar os recursos públicos de forma democrática, bem como interferir e decidir na distribuição desses serviços (SANTOS JÚNIOR et al., 2004; LABRA, 2005; TÓTORA; CHAIA, 2004).

No próximo tópico, discutiremos especificamente o período da década de 1970 a 1980, no que corresponde às transformações que levaram até a configuração dos Conselhos de Saúde no cenário político brasileiro da década de 1990.

3.2 A PARTICIPAÇÃO PRESSUPOSTO AO CONSELHO DE SAÚDE: PERÍODO DE 1970 A 1980

A insatisfação popular, agravada desde a década de 60, com a insuficiência da assistência médica e hospitalar e sua concentração de serviços nos grandes centros urbanos, juntou-se com fatores políticos, econômicos e sociais, conduzidos de forma autoritária e concentrada, contribuindo, assim, para o fortalecimento da conscientização da população para mudanças estruturais no país (LABRA, 2005).

Na cidade de São Paulo, em 1978, foi organizado o Movimento Popular de Saúde, criando os conselhos populares de saúde, formados pelos usuários, tendo como objetivo central reivindicar serviços na área de saúde, bem como seu controle e fiscalização. Os conselhos se configuram como espaços institucionais de participação política, tendo como função estratégica o poder popular (TÓTORA; CHAIA, 2004). Portanto, neste contexto os conselhos visavam estabelecer uma negociação entre o poder público e a sociedade civil, no controle dos recursos (STEINBRENNER, 2006).

Apesar dos movimentos reivindicatórios nas periferias urbanas surgirem com baixa expressão política, estes contribuíram para a construção dos Conselhos de Saúde nos moldes atuais, aproximando-se dos preceitos da medicina comunitária, de equidade e de universalidade, o que desencadeou mudanças na estrutura do Estado (CARVALHO, 1995).

Em vista das inúmeras dificuldades e ineficiência das ações propostas pela participação comunitária, a participação popular⁶ surge como uma oposição ao Estado, com sua proposta de fortalecimento das lutas sociais e sua articulação política, para melhoria da

⁶ No terceiro capítulo deste trabalho consideramos a contribuição que Carvalho (1995) define como conceito de participação comunitária e popular.

saúde, posteriormente incorporando em sua pauta de reivindicações a sua participação no poder.

Para Carvalho (1995), o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde na década de 1970 era restrito a de órgão consultivo, com atribuições normativas, dotado de estrutura técnica e administrativa necessária pelo Ministério da Saúde. Sua composição também foi alterada, exercendo com maior ênfase a função técnico-normativa, mas com baixa representatividade social, o que fez as câmaras técnicas ganharem maior credibilidade. Os membros institucionais também foram ampliados para vinte e três membros, sendo quase todos indicados pelo Ministério da Saúde, com exceção dos representantes dos outros Ministérios.

Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) com caráter de Programa complementar, o que contribuiu muito com o aumento de atendimento da rede ambulatorial pública, mesmo sendo de caráter meramente quantitativo (CARVALHO, 1995).

Na verdade nada de participação comunitária, nada de alteração do modelo assistencial, nada de eficácia sanitária, hierarquização, regionalização, integralidade, participação eram princípios estranhos ao modelo médico - assistencial privatista dominante. Prevaleceu o utilitarismo político destinado a buscar a legitimação de um Estado, cujas dificuldades em obter a coesão social com uma política econômica excludente eram cada vez mais visíveis (CARVALHO, 1995, p. 36).

No início da década de 80, o movimento feito a favor dos direitos da população, iniciado nas décadas passadas, se ampliou em nível nacional no cenário da política de saúde, o que repercutiu juntamente com a mobilização de movimentos anteriores ao surgimento do Movimento Popular em Saúde, constituído por diversos atores, como a academia, entidades da sociedade civil, técnicos e associações de profissionais, lideranças partidárias, dentre outros. No entanto, Labra (2005) destaca a criação de associações de direito privado: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criado em 1982; e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), criado em 1986, por terem amplo envolvimento dentro deste Movimento. Neste sentido, à medida que os movimentos sociais passam para o nível de reivindicações de forma coletiva e mais politizada, surge concomitantemente a forma de Conselhos dentro da configuração de políticas de saúde (LABRA, 2005).

Em consequência ao processo de mobilização desses movimentos sociais em diversas esferas aumentam as reivindicações por participação, sendo criados os conselhos, como garantia a essa participação, de forma instrumentalizada (LABRA, 2005).

Portanto, nos anos de 1980, os conselhos surgem no cenário político brasileiro, diferente da formatação inicial, e se inserem com novas características em uma nova ordem política. Posicionavam-se a favor de direitos sociais coletivos, nos diversos âmbitos, influenciados pela consolidação da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica dos Municípios, de 1990, em que definem mecanismos de participação direta da sociedade civil (TÓTORA; CHAIA, 2004).

Dessa forma, as décadas de 1970 e 1980 se configuram por um caráter dos movimentos sociais com expressivo cunho político, o que corroborou no conceito de participação, no sentido de consolidar uma proposta de poder popular, por meio de espaços políticos autônomos. Esse contexto refletirá nos conselhos dos anos de 1990, e sofrerá mudanças, no que diz respeito à sua natureza (TÓTORA; CHAIA, 2004).

No item a seguir, discutiremos a respeito da década de 1990 e sua influência nos Conselhos de Saúde nas esferas de Governo, visto que nesse período houve uma multiplicação de espaços de debates e deliberações, em diversos setores e temas de políticas públicas, e envolveram uma heterogeneidade de representantes, inclusive as organizações da sociedade civil.

3.3 OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS E OS CONSELHOS DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1990

A participação como base nos Conselhos Comunitários ou Populares das décadas anterior a de 1990 apresentavam um caráter restrito, devido limitarem suas demandas a nível local, gerando políticas distributivas apontando desta forma, os limites destes conselhos, por não haver debate sobre as políticas sociais.

A visão fragmentada da sociedade demonstrada por estes conselhos emergia pela criação de espaços que absorvessem os conflitos e diferenças existentes no processo político, econômico e social que ocorriam nesta década (SANTOS, 2002).

Portanto, na década de 1990, todas as áreas de políticas públicas no Brasil tiveram destaque, principalmente a área da saúde, por ocorrer com maior intensidade na incorporação dos mecanismos de participação, marcado pelo processo jurídico institucional dos CS (CÔRTEZ, 2007). Diante dessa modificação, os Conselhos de Saúde iniciam uma ruptura com a antiga estrutura do CNS, que era pautado numa política de defesa ao modelo hegemônico (CARVALHO, 1995).

A participação neste período foi marcada por dois momentos significativos: primeiro, a inserção da participação na Constituição Federal de 1988 e com isso o reconhecimento da legitimidade das organizações sociais e a institucionalização da participação nas políticas sociais; segundo, a organização de entidades e movimentos sociais no plano nacional, e inserção de diversos atores e seus divergentes interesses. “[...] a participação na Constituinte polarizou as organizações sociais, no sentido de influenciar tanto seu formato - no que concerne à participação da sociedade na sua elaboração como seu conteúdo por meio da formulação de emendas populares” (SANTOS, 2002, p. 42).

A obrigatoriedade da participação de representantes da sociedade civil, por meio da criação de Conselhos de Saúde, para a liberação de verba entre os níveis federativos incentivou, juntamente com a ampliação do debate em torno da nova Constituição Federal de 1988⁷, as ideias propostas nas diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde (CÔRTEZ, 2007). Sendo assim, o fórum denominado de Plenária Nacional de Entidades de Saúde garantiu negociações a respeito da Lei Orgânica de Saúde, que de certa forma, contribuiu para que os Conselhos de Saúde fossem inseridos como espaços de representação e concentração de interesses (CARVALHO, 1995). Observa-se, com isso, um caráter quase compulsório da criação de Conselhos pelo país, devido à forte vinculação de repasse de recursos financeiros entre as esferas de governo.

Sendo assim, foram criados três pontos principais para o marco jurídico-institucional dos Conselhos de Saúde: a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 8080 – Lei de criação do SUS; e a Lei nº 8142 – que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferência de recursos financeiros na área da saúde, ambas criadas em 1990.

No que diz respeito especificamente ao Conselho Nacional de Saúde, já foi visto que a sua existência como instituição é bem anterior ao advento da Constituição de 1988 e ao SUS. No entanto, a sua reorganização nos moldes dos novos mandamentos legais inicia-se com a Lei 8028 de 12 de abril de 1990, recriado no âmbito da estrutura do Ministério da Saúde. Em agosto do mesmo ano, portanto antes da promulgação da Lei 8080 é assinado o Decreto 99438 que, anulando todos os Decretos anteriores relativos ao CNS, estabelece sua nova organização (CARVALHO, 1995).

De forma geral, os Conselhos devem determinar mecanismos de formulação de prioridades às políticas sociais, com atribuições de planejamento e fiscalização da aplicação

⁷ De acordo com Labra (2005), a Constituição Federal de 1988 definiu novos fundamentos à Participação do cidadão nas decisões do Governo, sendo de forma direta, mediante o sufrágio universal na escolha dos representantes do povo; ou de forma indireta, por meio de ação popular e participação da comunidade na gestão da seguridade social, com o intuito de garantir o caráter democrático da tomada de decisões.

de recursos financeiros da gestão (CÔRTEZ, 2007). Dessa forma, o Conselho tem como atribuição participar de forma ampliada, influenciando e definindo políticas macro no processo de gestão, destacando, com isso, novas possibilidades na relação Estado-sociedade e, conseqüentemente, aderindo a novas características: a participação por temática num conjunto de representações sociais; o caráter permanente e abrangente; o funcionamento autônomo; e o caráter colegiado (SANTOS, 2002).

Dentre as diversas características identificadas no processo de institucionalização da participação da sociedade, Santos Júnior et al. (2004) destacam três como principais: os Conselhos são organizados em políticas sociais setoriais ou por temáticas; seu caráter semirrepresentativo, com participação voluntária de representantes das organizações sociais e sociedade civil e não por eleições diretas; c) têm caráter permanente, deliberativo, pois suas funções não se limitam à formulação de sugestões ou ao encaminhamento de demandas, mas sim a deliberar ações às políticas públicas de cada setor. Neste sentido, os Conselhos estão envolvidos diretamente na gestão das políticas setoriais, desde sua formulação até sua implementação (SANTOS JÚNIOR et al., 2004).

A participação institucionalizada na década de 90 cria um novo sentido para o entendimento acerca de autonomia, antes interpretada como uma postura de enfrentamento e oposição ao Estado e a institucionalização como uma estratégia de desmobilização dos movimentos sociais. E esse entendimento é modificado com a democratização da gestão e da criação de mecanismos institucionais de participação, agora vistos como estratégia de garantia de direitos sociais, culminando para uma nova visão da relação Estado-sociedade, vista a partir de então como parceiros, sendo os Conselhos mecanismos dessa nova configuração (SANTOS, 2002).

Por outro lado, o crescimento de Conselhos Municipais e Estaduais pelo país está associado ao fato da obrigatoriedade legal nesse processo definidos na Lei 8142/90, bem como na NOB/91 e NOB/93, para liberação de recursos do SUS, visto que determinam como critério para repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios, estados e Distrito Federal a criação do CS, Fundo de saúde, Plano de saúde e relatório de gestão.

De acordo com a Resolução nº 333, de 2003 do CNS, o Conselho de Saúde é paritário entre o conjunto de segmentos que os compõe. O objetivo de sua criação foi de ratificar a composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme a Lei 8142/90, nas suas diferentes esferas de Governo, com o objetivo de consolidar, fortalecer e ampliar o processo de controle social do SUS, por meio dos Conselhos existentes em suas plenárias e Conferências de Saúde.

De acordo com a Lei 8142/90⁸, o CS é definido como um órgão colegiado, de caráter deliberativo e permanente do SUS, em cada esfera de governo, bem como define a Lei de criação do CS de cada esfera de Governo, determinando que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) tenham representação no Conselho Nacional de Saúde.

Os conselhos de políticas públicas se tornaram entre os mecanismos de participação, o canal institucionalizado de representação de interesses da sociedade disseminado nos diversos níveis da organização pública. Em grande parte, esse desempenho foi provocado pelo processo de descentralização, por condicionar o repasse de recursos do Governo federal aos demais níveis de governo (CÔRTEZ; 2007).

Destaca-se que sua ação depende do contexto local, ou seja, do nível de compromisso do poder público em reconhecê-los como canais de participação e de negociação, como também da competência das organizações sociais em representar os interesses do coletivo e garantir que estes sejam efetivados, por meio de políticas públicas.

No próximo tópico, veremos que a descentralização ganha novo rumo com a promulgação da Constituição Federal em 1988, e com isso o modelo de política de saúde também se modifica, incorporando novos atores no seu processo de elaboração, implementação e fiscalização das ações de saúde.

3.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E OS NOVOS RUMOS À POLÍTICA DE SAÚDE

No início dos anos 80, discutia-se de maneira enfática a ideia de descentralização e universalização da saúde, sendo esta discussão incorporada na agenda governamental (ARRETCHE, 2000).

A proposta inicial de descentralização no setor da saúde surgiu desde 1976, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), durante a 32ª Reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), na qual um movimento incorporava a questão da democratização da saúde, trazendo em 1979, os primeiros questionamentos acerca da criação do SUS.

⁸ A lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990, define que o CS tem composição tripartite, sendo o Governo, o prestador 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, ficando sob a responsabilidade do chefe do poder de cada esfera de Governo homologar as decisões do CS correspondente à sua esfera governamental.

No entanto, Oliveira (2008) afirma que a descentralização da saúde tem registros desde a década de 50, em documentos oficiais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e Decreto de 1963, em que a perspectiva do governo federal era tornar os municípios gestores da saúde, ampliando paulatinamente essa capacidade, de acordo com seu desenvolvimento. Essa diretriz foi interrompida pelos governos militares e retomada pelo movimento sanitário como parte do processo de redemocratização do país na década de 1980 (OLIVEIRA, 2008). Neste momento, a saúde era entendida como produto das condições objetivas da existência, dependendo das condições de vida – biológica, social e cultural - e, particularmente, das relações que os homens estabeleciam entre si e com a natureza, por meio do trabalho (PAIM, 2008). Tendo o mesmo entendimento sobre o assunto, Oliveira (2008) afirma:

[...] a descentralização é entendida como fator que incide diretamente na barganha conduzida pelos entes da federação. Ainda que o cálculo do ente municipal esteja relacionado à capacidade de ganho e de implementação da política, programa federal e estadual houve um crescimento significativo das estruturas do SUS e da gestão municipal (OLIVEIRA, 2008, p. 90).

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, o SUS foi definido como sistema descentralizado e hierarquizado, desta forma, determinando um novo pacto federativo, em que os municípios eram os responsáveis pelo atendimento à saúde da população. Desta forma, a descentralização seria não apenas tributária, administrativa ou política, mas sobretudo um novo olhar à situação de pobreza do Brasil, em que o município seria o caminho para diminuir as desigualdades (OLIVEIRA; JÚNIOR, 1999).

A descentralização das políticas públicas surge em meio à crise fiscal do Estado, sendo uma estratégia necessária dentro das discussões da agenda pública,

Para muitos autores a descentralização do sistema de saúde teve como principal objetivo alocar, da melhor forma possível, os recursos e promover maior participação política. Com a reconfiguração dos municípios, a correlação institucional e organizacional é alterada, visto que se inserem diversos atores sociais para atuarem na arena política, social e econômica do país (OLIVEIRA, 2008; CALSING, 1986). De acordo com Paracampo (2004), o modelo político de democracia e participação emerge como elemento mediador, entre desenvolvimento econômico e capacidade da gestão dos governos gerirem conflitos e garantirem consensos políticos.

Entretanto, para o governo federal, a descentralização significava a possibilidade de maior controle sobre o gasto social. Para isso, transferia suas responsabilidades e atribuições

aos municípios, mas em compensação arcava com os recursos técnicos e financeiros aos mesmos, para garantir a estratégia da descentralização (OLIVEIRA, 2008).

O texto constitucional faz referência à municipalização de algumas políticas sociais, no caso a saúde, bem como define a responsabilidade compartilhada desses serviços entre as esferas de governo: ao Governo Federal o papel de formulador e condutor da Política nacional de saúde; aos Estados o papel de gestor, coordenador da política de saúde, em conjunto com os demais níveis federativos, bem como responsável também pelo controle e elaboração, além de prestação de alguns serviços de saúde; e aos municípios a responsabilidade de planejar, gerir e coordenar o Plano Municipal de Saúde, bem como executar os serviços e ações básicas de saúde (ARRETCHE, 2000).

Não obstante, a realidade demonstra uma distância do discurso de projeto pactuado: “A ausência desse projeto, reforçada pela crise financeira por que passam estados e municípios faz com que o processo de descentralização dos serviços públicos seja uma incógnita” (OLIVEIRA; JÚNIOR, 1999, p. 20).

A consolidação do SUS, instituído na Lei 8080/90, é efetivada em um cenário de desigualdades regionais do país e os divergentes interesses entre os atores envolvidos, no qual vive em constante dilema no processo de desenvolvimento. Portanto, o SUS reforça o que foi posto na FC/88, quando estabelece a distribuição das funções entre os níveis de governo, mas no caso do Brasil o Governo Federal ainda está encarregado das funções de financiamento e formulação da Política Nacional da saúde, o que demonstra seu controle e reforça ainda a dependência dos governos locais ao Governo Federal (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

A necessidade de descentralização, de forma imposta como diretriz, é estabelecida na CF/88, surgida em meio à crise do sistema previdenciário, desencadeada pelo aumento de indicadores sociais negativos, tais como o crescimento de epidemias com graves problemas de saúde à população brasileira (PARACAMPO, 2004). São notórios os diversos problemas identificados nos municípios, como os de cunho financeiro, administrativo, as desigualdades regionais, dentre outros. No entanto, Calsing (1986) destaca dentre eles a ausência de um tratamento político como o maior entrave ao desenvolvimento dos municípios.

Neste sentido, as regras de adesão dos municípios ao SUS, para acesso às transferências de verbas federais, estiveram direcionadas mais na promoção da descentralização, não havendo uma preocupação em reduzir as desigualdades no acesso aos serviços entre os municípios (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Partindo do entendimento de Arretche (1996), não há um consenso entre os autores sobre o tema descentralização, pois enquanto alguns defendem ser uma condição para a

gestão democrática, como uma estratégia para se criar instituições que viabilizem a participação dos cidadãos nas decisões públicas, outros a defendem baseada nos princípios do liberalismo político, como um instrumento de fortalecimento da vida cívica, em que rompe com o Estado tradicionalmente centralizador e hierárquico. Contudo, afirma a necessidade de construir instituições de natureza e funcionamento compatíveis com os princípios democráticos, junto ao processo decisório.

Para Arretche (1996), o debate dos anos 80 foi baseado na discussão acerca da defesa de uma descentralização de tipo radical, no sentido de reduzir progressivamente as atribuições do governo central na gestão das políticas públicas e transferi-las aos Estados e Municípios. Para isto, argumenta que a concretização dos ideais democráticos depende menos da escala ou nível de governo encarregado da gestão das políticas e mais da natureza das instituições que, em cada nível de governo, devem processar as decisões.

Portanto, a Constituição Federal de 1988 definiu um novo rumo à política de saúde, assegurando, a partir de então, o dever do Estado de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços e ações à promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo o setor privado complementar ao setor público na oferta de serviços. Para a autora, a universalização do acesso aos serviços como regra constitucional foi um ponto crucial no processo de descentralização (ARRETCHE, 2000).

O processo de descentralização não incorpora as particularidades regionais, o que não permite generalizações e tipologias adaptadas, pois a natureza da descentralização é caracterizada por um processo em constante transformação, em que a garantia de arranjos institucionais construídas a partir de diretrizes determinadas no SUS oscilarão de acordo com o porte populacional, ou seja, quanto maior o porte populacional (OLIVEIRA, 2008).

Portanto, mesmo a descentralização sendo necessária, atender tal pedido nem sempre é conveniente ao município, por este não haver garantia de aumento na participação fiscal a nível nacional e fortalecimento político-partidário no país. Desta forma, reafirma que não somente o município como os demais níveis de governo, só terão autonomia se, de forma efetiva, atenderem aos anseios da população e ao mesmo tempo fomentarem o setor produtivo, pois a baixa eficiência na exploração da receita própria dos municípios causa uma dependência ainda maior de transferências Estaduais e Federais (OLIVEIRA, 2008).

Se considerarmos que todas as atividades relativas à gestão das políticas eram, no início dos anos 90, centralizadas no Governo Federal, temos a dimensão da transformação institucional que se vem operando no Sistema Brasileiro de Proteção Social, o que nos leva a refletir sobre os rumos da Política de saúde na sociedade contemporânea.

No capítulo a seguir, apresentamos os conceitos utilizados neste trabalho, como referencial teórico para explicação do objeto estudado, entendendo que tais conceitos foram selecionados de forma coerente com o estudo empírico, para análise teórica do objeto de estudo, de maneira significativa.

4 A PERSPECTIVA TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO: OS CONCEITOS DE ORGANIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Neste capítulo, serão apresentados os conceitos utilizados neste trabalho, sendo estes o conceito de organização analisado sob a perspectiva de Michels (1982) e de Olson (1999). Neste sentido, a discussão entre estes autores se dará de forma isolada, considerando suas particularidades no ponto de vista teórico, para posteriormente discutirmos suas convergências e suas contribuições ao objeto estudado, o que justifica a utilização de tais autores neste trabalho.

Considerando o ponto de vista de Olson (1999) sobre a ação coletiva, o conceito de participação e suas diferentes concepções no decorrer da história social, econômica e política no Brasil, até seu conceito mais atual - o de participação social é o mais especificamente utilizado como referencial teórico na análise do objeto estudado deste trabalho. Utilizamos também como conceito analítico, fiscalização e controle social na área da saúde, a fim de entender a função fiscalizadora dos Conselhos de Saúde, sendo esta a variável de análise, dentre as demais funções que competem ao referido Conselho.

A escolha desses conceitos e teoria foi definida a partir do entendimento de que seriam as referências mais adequadas a serem utilizadas, por se aproximarem da realidade dos Conselhos de Saúde, ou seja, este referencial proporcionou uma análise mais consubstanciada da questão levantada neste trabalho, juntamente com o estudo empírico do objeto estudado.

4.1 A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA TEÓRICA A PARTIR DE MICHELS E OLSON

4.1.1 A organização como mecanismo de participação à democracia

Para Michels (1982), a organização é necessária, devido ser impossível conceber a democracia sem organização. Seja esta na maioria dos casos, formada por fatores econômicos ou políticos é posta como a única forma de criar uma vontade coletiva.

Assim, uma classe diante da sociedade aspirando realizar um conjunto de ideologias ou de ideais, a partir das funções econômicas que exerce, tem necessidade de uma organização e a solidariedade entre os indivíduos envolvidos é fundamental, para que a

organização se torne uma arma dos fracos contra os fortes⁹. Dessa forma, o princípio da organização é politicamente necessário à luta política direcionada pela massa (MICHELS, 1982).

Neste sentido, Michels (1982) contribui para entendermos o sentido da organização dos Conselhos Municipais de Saúde, pois estes se unem por uma vontade coletiva, e os indivíduos sentem necessidade de se unir por um objetivo comum que é a melhoria da saúde da população, por meio de inserção dos membros de cada Conselho na formulação, implementação e fiscalização da política de saúde no município.

Sendo assim, os Conselhos de saúde têm um papel fundamental na política de saúde, enquanto atores sociais dos diversos segmentos, sejam eles representantes do governo, usuários ou profissionais da saúde, no qual são escolhidos para representar as necessidades e interesses de um coletivo da sociedade.

O fundamento da organização, de acordo com as afirmações de Michels (1982), está na igualdade absoluta para todos que dela participam. Neste sentido, o chefe é o servidor da massa, funcionários que desempenham um papel subordinado à execução da vontade geral.

Entretanto, Michels (1982) afirma que esta vontade geral é paulatinamente substituída por uma igualdade entre membros que pertencem à mesma organização. Portanto, os delegados estariam à vontade da massa, sendo possível tal estrutura organizacional democrática apenas em grupos pequenos. A especialização técnica, sendo esta consequência inevitável de qualquer organização, torna-se necessária para que os negócios sejam dirigidos, isto é, a massa sobre o comando da especialidade em nome da competência técnica que os chefes detêm, o que significa, na sua essência, autoridade.

Dessa forma, argumenta contra a soberania da massa, por sua impossibilidade mecânica e técnica de sua realização, um exemplo é a concordância dos membros nas datas e nos horários das assembleias regulares, em que aumentam suas dificuldades se o número de membros for muito grande. Além do mais, afirma que a coletividade não tem como resolver diretamente as demandas que surgem na base, por isso a necessidade de delegados para representar a massa e garantir que suas demandas sejam efetivadas. Sendo assim, em qualquer grupo ou organização os assuntos e execução das ações mais importantes serão confiados a determinados indivíduos (MICHELS, 1982).

A incompetência das massas é afirmada em todos os domínios da vida política e constitui o fundamento mais sólido do poder dos chefes. Ela fornece a estes uma justificativa

⁹Para Michels (1982), somente se houver a organização serão criadas condições de resistência política e dignidade social da maioria (os mais fracos) sobre a minoria (os mais fortes).

prática e, até certo ponto, moral (MICHELIS, 1982). Com isso, o poder de decisão da direção é retirado das massas e concentrado exclusivamente nas mãos dos chefes, sendo entendida como sua função específica. Portanto, os chefes que eram órgãos executores das vontades da massa, passam a ter independência e distanciamento progressivo do controle da mesma. “É da incompetência incontestável das massas que os chefes tiram a justificativa teórica de sua dominação efetiva” (MICHELIS, 1982, p. 56).

Desse modo, quanto mais a organização se modifica - aumenta o número de seus membros, sua complexidade, seus recursos financeiros -, também o governo direto das massas perde espaço, ficando seu controle sobre a organização ainda mais distante e ilusório, à medida que a organização cresce. Esse crescimento tem como consequência tornar mais difícil a tarefa de administrar os assuntos da organização, pois suas obrigações, especificações aumentam na mesma proporção, até chegar ao ponto de se perder a visão de conjunto da mesma. Com isso, a boa vontade e algumas horas livres dedicadas à organização tornam-se insuficientes para satisfazer outras exigências e necessidades de seus membros, intensifica a precisão de chefes profissionais.

Percebe-se que não é somente a quantidade de membros que favorece a diferença de suas funções, mas também sua qualidade, que pode ficar comprometida, bem como intensifica a diferença de instrução entre a massa e os chefes, o que aumenta a possibilidade de exercer o poder de influência destes sobre as massas (MICHELIS, 1982).

Progressivamente, esse contexto provocou a substituição dos chefes ocasionais por chefes profissionais, estando estes à frente de toda a administração da organização e dotados de grande privilégio e poder, pois à medida que as regras da legislação social e o trabalho político aumentaram, na mesma proporção aumentaram a necessidade de experiências e conhecimentos cada vez mais amplos, por parte dos chefes. Em meio a esta transformação, diminui o sentimento de solidariedade dos chefes e aumenta a separação entre a classe que representam.

Representar significa impor a vontade individual, como sendo vontade da massa, pois representar é possível em casos isolados, como exemplo questões de delegação de curta duração. No caso de representação permanente, prevalece a hegemonia dos representantes sobre os representados, o que fatalmente leva ao acúmulo de poder e de abusos. Essa crítica do sistema representativo feita por Michels (1982) é direcionada à vida moderna, por afirmar ser cada vez mais complexo “representar” uma massa essencialmente heterogênea, com crescentes desigualdades em todos os âmbitos.

Entretanto, a tarefa dos delegados se torna difícil, por exigir certa habilidade individual e um grau de conhecimentos objetivos. Por isso, a escolha de seus membros não poderia ser mais feita como antes – eleição alternada entre os membros ou escolha aleatória, mas de acordo com suas aptidões pessoais. Desta forma, as organizações proletárias foram obrigadas a dar espaço para novos atores, além dos proletários, a exemplo, indivíduos com instrução superior em diversas áreas. “[...] As organizações socialistas com tendências políticas se ocupam, igualmente, da formação direta de seus funcionários” (MICHELS, 1982, p. 20).

De modo geral, a massa urbana da organização decide sobre as demandas mais importantes, sejam estas direcionadas à cidade ou ao campo, influenciando não somente nas condições locais, mas nas decisões de ordem tática, isto é, os membros que habitam longe dos grandes centros têm seu papel limitado a meros coadjuvantes do processo decisório, tendo que cumprir apenas com os deveres sociais. Assim, a esfera do controle democrático termina reduzida a um mínimo insignificante, fortalecendo, com isso, uma burocracia rigorosamente delimitada e hierarquizada.

No entanto, afirma que em todos os assuntos de administração e de tática, em que exigem conhecimentos especializados e um nível de autoridade, não há como garantir a democracia pura. “Do ponto de vista democrático é talvez um mal, mas um mal necessário. Socialismo não significa: tudo pelo povo, mas sim, tudo para o povo” (MICHELS, 1982, p.57).

Diante disso, a frequência e assiduidade dos membros da organização nas sessões estão restritas a certo número de indivíduos, sendo divididos em duas categorias: a primeira que participa pelo nobre sentimento do dever e a categoria dos que comparecem às sessões por hábito. Os demais membros que não estão inseridos nestas categorias são indiferentes à organização, isto é, a maioria não se interessa pelas questões administrativas e táticas e concorda que o pequeno grupo que assiste às reuniões decida pela maioria, sendo oferecidos aos demais membros apenas prestações de contas pontuais ou controle das comissões criadas dentro da organização (MICHELS, 1982).

Para Michels (1982), dentre todos os cidadãos com direitos políticos, apenas uma minoria se interessa pelos assuntos públicos e participa das decisões mais importantes, a maioria não consegue assimilar a relação entre o bem coletivo e o bem individual, por não compreenderem as consequências que os assuntos de Estado podem influenciar em seus interesses particulares e nos rumos da organização, e apenas uma minoria participa das decisões mais importantes.

Neste sentido, Michels (1982) afirma que o chefe pela força dos acontecimentos, habitua-se a despachar assuntos importantes sem consultar a sua base, por afirmar serem essas incapazes de gerir seus próprios assuntos, se intensifica a criação de pequenas comissões que deliberam em nome da maioria dos seus membros, justificando sua conduta com a preocupação democrática de defender os interesses coletivos dessa maioria.

A organização está associada a uma tendência oligárquica, que independente de sua natureza ou tamanho, manifesta características aristocráticas de maneira acentuada, provocando diversas modificações na massa, como exemplo sua composição. Qualquer organização solidamente construída produz um campo favorável à diferenciação dos órgãos e funções que a compõem reduzindo, com isso, a organização a uma maioria dirigida e uma minoria dirigente. Sobre a questão da existência dos chefes, isso não pode ser negado em nenhuma sociedade, por mais democrática que esta pareça ser, pois sua existência é de natureza sociológica, e tende a fortalecer o domínio dos chefes, tornando o sistema representativo incompatível para a consolidação da democracia (MICHELS, 1982).

Michels (1982) afirma que há uma necessidade intensa das massas de serem dirigidas e guiadas por iniciativas de terceiros, mesmo entre as massas organizadas, devido às diferenças de cultura e de educação que existem entre seus membros e que imprimem necessidade de direção. Dessa forma, fortalecem um de seus títulos mais importantes: o de ser indispensável, o que lhe confere mais poder e influência sobre a massa, sendo comum a mesma pessoa participar de diversas organizações e ocupar vários cargos, ou seja, o acúmulo de funções é uma característica das lideranças.

O acúmulo de funções dos chefes é considerado algo natural, pois os demais membros da organização desconhecem o mecanismo burocrático e estão ocupados por suas atividades cotidianas, o que faz o chefe ser indispensável e não poder ser substituído imediatamente. Esta situação é proporcionada aos chefes por meio de suas atividades pouco divulgadas à massa, o que viabiliza conhecimentos técnicos que lhes asseguram permanência mascarada pelos princípios da democracia, evitando as discussões de pontos polêmicos, com a finalidade de arrancar da maioria um voto favorável e reduzir esta mesma maioria ao silêncio.

Diante desse contexto, agem os grandes grupos, como exemplo os grandes partidos, pois “[...] atos e palavras são menos pesados pela massa que por indivíduos ou por pequenos grupos que a compõem” (MICHELS, 1982, p.17). Neste sentido, a facilidade de enganar a massa aumenta, pois uma vez sugestionada não consegue identificar as contradições, sendo mais fácil membros de um pequeno grupo discutirem entre si, do que uma multidão chegar a um consenso e deliberarem ações refletidas.

4.1.2 A organização e o princípio da ação coletiva

Em sua análise sobre a ação coletiva, Olson (1999) estuda o propósito da criação das organizações e suas características que, quando possível, são características em comum. Afirma que as organizações são criadas para atender os interesses comuns de seu grupo, benefícios públicos e privados. Neste sentido, utiliza a palavra grupo, afirmando que todo grupo tem um interesse individual.

Isso tem uma razão específica, pois as ações praticadas por um grupo de indivíduos ou um representante se dão por meio de uma organização, por isso a importância de se analisar as organizações, e com isso definir o propósito de sua criação. Não obstante, o desafio ainda está em definir uma característica comum entre todas as organizações ou decidir se é possível considerar um propósito simples que pudesse caracterizar todas as organizações em geral.

A princípio, a maioria dos tipos de organização trabalham e compartilham de um bem comum ou coletivo entre seus membros, por não poderem defender seus interesses de maneira individual, sendo este o motivo da criação de uma organização. No entanto, quando um grupo de indivíduos compartilha de um interesse, de um objetivo, é preciso superar uma ação individual independente para a promoção do interesse em comum. Dessa forma, mesmo os indivíduos que compartilham de um grupo ou organizações e que têm interesses em comum não anulam seus interesses puramente individuais e divergentes na maioria com os interesses dos demais membros do seu grupo ou organização, pois não existe grupo sem interesse, e é nessa acepção que a palavra grupo ou organização está sendo empregada (OLSON, 1999).

De fato, uma característica identificada na maioria das organizações é a promoção dos interesses de seus membros, uma ideia que provém da teoria econômica. No entanto, frequentemente as organizações não conseguem promover os interesses de seus membros, o que pode levar à redução do número de organizações.

O tipo de organização focalizada no estudo de Olson (1999) é aquela que supostamente promove os interesses comuns de seus membros, como exemplo, as organizações fundamentadas com significativo componente econômico, diferente da lógica das organizações comunais, religiosas e filantrópicas. Outro exemplo seria o Estado, que teria como objetivo promover o interesse comum de seus cidadãos.

Portanto, para Olson (1999), as organizações podem desempenhar uma função primordial, quando há interesses comuns ou de um grupo a serem defendidos. Apesar de frequentemente servir a interesses pessoais e individuais, sua função e característica básica é bem definida: promover interesses comuns de grupos e indivíduos.

Utilizando novamente o Estado como exemplo de tipo de organização, este possui a ideologia, a cultura e o fator econômico como estratégia para sua sobrevivência. Dessa forma, não conseguiria tal fato sem os pagamentos compulsórios, ou seja, impostos a serem pagos pelos indivíduos. Isso demonstra que, se o Estado, com todas as estratégias que dispõem, já enfrenta dificuldades em fazer com que os indivíduos voluntariamente contribuam, não há como outro tipo de organização sobreviver apenas com motivos ideológicos implantados, acreditando, com isso, garantir contribuições voluntárias de seus membros. Portanto, os impostos são necessários para a manutenção e criação dos benefícios públicos¹⁰, ou seja, serviços aos cidadãos, pois os serviços fundamentais fornecidos por ele são necessários para que todos desfrutem dos benefícios, mas é preciso um incentivo, um atrativo aos indivíduos para ajudarem com as despesas de manutenção da organização (OLSON, 1999).

É necessário destacar que o Estado ou qualquer outro tipo de organização não fornecem apenas bens públicos ou coletivos, mas também fornecem benefícios não coletivos, pois as grandes organizações que não conseguem a afiliação compulsória proporcionam necessariamente alguns benefícios não coletivos, como incentivo a seus membros e para a própria sobrevivência da organização. No entanto, os benefícios coletivos têm na sua essência características organizacionais, visto que os benefícios não coletivos comuns podem ser alcançados individualmente.

No caso dos Conselhos de Saúde, podemos identificar essa característica apontada acima por Olson (1999), quando representantes são inseridos a partir de interesses comuns, o que não anulam os interesses individuais de cada membro, o que foi comprovado por meio dos dados levantados neste trabalho. Portanto, os interesses comuns dos membros dentro do Conselho de Saúde são influenciados por diversos fatores, inclusive fatores externos.

Assim como o Estado, nenhuma organização pode sobreviver apenas com as doações e nem vender todos os seus serviços básicos no mercado, é necessário promover, incentivar que seus membros colaborem para manutenção da organização, para que todos possam ser beneficiados, pois como foi dito anteriormente, a maioria dos grupos e organizações têm como objetivo promover os interesses comuns de seus membros, pois “[...] é da própria essência da organização que ela forneça um benefício individual e generalizado. Segue-se que o provimento de benefícios públicos ou coletivos é a função fundamental das organizações em geral” (OLSON, 1999, p. 27-28).

¹⁰ Os benefícios comuns coletivos assegurados pelo governo são chamados de benefício público ou coletivo, o que, de forma genérica, é entendido como qualquer benefício que é fornecido para seus beneficiários, não pode ser negado para quem não contribuiu, diferente dos benefícios não coletivos. Dessa maneira, se uma meta comum de um determinado grupo for atingida, todos desse grupo terão direito de desfrutar de seu resultado.

Dessa modo, os Conselhos de Saúde pesquisados, em muitos casos, não conseguem promover os interesses comuns de seus membros, ou seja, os bens coletivos não são atingidos, o que reflete diretamente na função fiscalizadora destes conselheiros de saúde.

A análise da teoria tradicional do comportamento grupal, segundo Olson (1999), será importante neste trabalho, no sentido de contribuir para a análise dos Conselhos de Saúde e o que defende esta teoria, pois afirma que em todas as suas formas, a participação nas associações voluntárias é virtualmente universal, e sendo as organizações pequenas ou grandes atraem seus membros pelos mesmos motivos. Ele parte do princípio de que os grupos privados e as associações operam de forma diferenciada, isto é, o mercado opera diferente do Estado.

Na verdade, variados pontos de vista são dados à teoria dos grupos sociais. Contudo, é importante destacarmos duas variantes básicas dessa teoria: a variante informal e a variante formal. Na primeira variante, as organizações privadas e os grupos são interpretados como fenômenos onipresentes e inevitáveis na sociedade humana, sendo provável sua formação ou união em associações. Portanto, seria um fenômeno natural a inserção de indivíduos nessas organizações. A segunda variante concorda com a concepção universal dos grupos, mas discorda do ponto de vista de sua formação como algo “natural” ou “tendência” à união grupal. Esta variante defende a criação de associações e afiliações a grupos numa perspectiva que acompanha a transformação da sociedade, partindo das sociedades simples até o surgimento das sociedades industriais.

Os grupos primários predominantes na sociedade primitiva determinavam a estrutura social caracterizada por relações de parentesco, dominante por toda ou quase toda organização social. Na medida em que a sociedade se desenvolve, a estrutura social também se modifica, sendo inserido uma nova categoria de grupos – os grupos secundários, caracterizados por uma estrutura não-familiar, de acordo com o avanço da sociedade industrial.

Neste sentido, a teoria tradicional dos grupos sociais deduz que o pequeno grupo característico da sociedade primitiva e a grande associação moderna devem ser explicados sob a mesma ótica, visto que sua origem e causa são iguais. Apesar dessa teoria não deixar explícita tal convergência, supõe-se que a manifestação do ser humano em formar ou se unir a grupos provém de características da sociedade primitiva (grupos familiares, vizinhança, parentesco) e das associações voluntárias das sociedades modernas (OLSON, 1999).

Isso reforça a ideia de que a sociedade moderna, conseqüentemente, exigiu uma nova forma e novas funções para desempenhar na estrutura social, o que tornou obsoleta a função dos pequenos grupos na sociedade primitiva.

Diversos teóricos discordam da visão funcionalista da teoria tradicional, de que a causa dos grupos se formarem e se unirem é originada do ponto de vista das funções que os grupos e associações desempenham independente de seu tipo ou tamanho.

[...] A existência da grande associação voluntária, por exemplo, poderia então ser explicada pelo fato de que ela desempenha uma determinada função - isto é, satisfaz a uma demanda, alcança um objetivo ou vai ao encontro de uma necessidade - para um grande número de pessoas que os pequenos grupos não poderiam desempenhar (ou não poderiam desempenhar tão bem) nessa conjuntura moderna. Essa necessidade ou objetivo é um incentivo à formação e manutenção da associação voluntária (OLSON, 1999, p. 32).

Com isso, é necessário reavaliar a teoria tradicional de grupo, fazer distinção entre pequenos grupos ou grandes organizações, mas apenas por sua função desempenhada e não no seu tipo ou por sua capacidade de atrair membros. Sendo assim, é válido questionar se realmente o tamanho do grupo não influencia na sua eficiência, na sua capacidade de atrair novos membros, nos incentivos individuais e metas do grupo (OLSON, 1999).

Um grupo não pode ser avaliado dentro dos parâmetros de seu tamanho e do comportamento do indivíduo no grupo, pois cada indivíduo atribui um valor diferente ao benefício público/coletivo almejado no grupo e cada organização, dependendo do seu tamanho, atrairá seus membros de forma diferenciada, pois divergem em sua natureza e, conseqüentemente, no nível de eficiência.

Um fator necessário a se analisar, juntamente com os pontos citados acima sobre o objeto de estudo, é entender que os grupos grandes e pequenos operam em princípios diferentes e identificar que, sendo o grupo grande ou pequeno, trabalha em função de um benefício coletivo que favorecerá a todos os seus membros. No entanto, apesar de todos os membros do grupo terem interesse comum (alcançar o interesse coletivo traçado), não têm interesse em pagar o custo proveniente desse benefício coletivo, e prefere que os outros membros do grupo paguem tais custos, visto que serão beneficiados de qualquer forma. Todo benefício, sendo ele público ou não, é oneroso e inicialmente algumas organizações precisam ser formalizadas para que o grupo tenha benefícios coletivos.

Nos Conselhos de Saúde isso ocorre quando analisamos o número de membros de cada Conselho, o que é muito relativo e particular da organização de cada Conselho, pois não existe uma normativa acerca do número estipulado de membros em cada Conselho.

Com relação à proporção dos benefícios coletivos de um grupo, neste caso podemos relacionar o tamanho do grupo, pois quanto maior o número de membros, menor será a quantidade de benefícios coletivos aos seus membros, pois menor será a eficiência dos

membros dos grupos. “O que o grupo fará dependerá do que os indivíduos desse grupo fizerem, e o que os indivíduos farão dependerá das vantagens relativas que lhes oferecerão os cursos de ação alternativos” (OLSON, 1999, p. 35).

Neste sentido, apesar de todos os Conselheiros participarem do Conselho de Saúde movidos por um interesse comum, nem todos estão dispostos a pagar os custos para a obtenção desse bem coletivo, pois também são movidos por interesses individuais e precisam de incentivos, o que pode significar mais custos para alguns membros do que para outros. Sendo assim, apesar de alguns Conselheiros participarem das suas atividades, no final todos serão beneficiados de forma igual, ou seja, o benefício coletivo será de forma igualitária para todos, independente de sua participação direta nas ações do Conselho. Quando se fala da combinação de interesses individuais e comuns em uma organização, destaca-se que nas grandes organizações as ações individuais não têm um efeito perceptível e todos desfrutam das vantagens do grupo, tendo colaborado ou não e a saída de um contribuinte não terá grande influência no interior do grupo, o que leva a crer que uma pessoa racional não acreditaria que sua ação influenciaria a mesma reação dos demais membros. Outro elemento a destacar é o elemento emocional ou ideológico em jogo numa organização, que também decidirá as ações dos indivíduos no grupo, bem como influenciará nas decisões do grupo como um todo.

Apesar dessa afirmação, não se deve considerar apenas o número de indivíduos ou unidades de um grupo, mas o benefício de cada indivíduo. Em grupos pequenos com interesses em comum há uma tendência sistemática à “exploração” de alguns de seus membros, pois não é suficiente considerar apenas o número de indivíduos ou unidades de um grupo, mas, sobretudo o tamanho de cada membro tomado individualmente, ou seja, se não há mais incentivos para prover mais quantidade do benefício coletivo, ou se alguns membros consideram satisfeitos com a quantidade de benefícios disponíveis. Num grupo pequeno, a divisão do ônus não será proporcional aos ganhos individuais trazidos pelo benefício coletivo de cada membro do grupo, bem como o custo total será ascendente, pois a medida que se aumentam os benefícios, maiores serão os custos totais.

Nos Conselhos de Saúde, este fenômeno se manifesta na medida em que identificamos os diversos interesses e influências internas e externas presentes na estrutura dos Conselhos de Saúde pesquisados, como a questão política, econômica, social, dentre outros.

Em síntese, assim como há uma tendência dos grupos grandes em não conseguir prover benefícios coletivos, nos grupos pequenos, apesar de conseguirem benefícios coletivos, estão abaixo do nível ótimo para o grupo como um todo, e quanto mais indivíduos no grupo,

menor será o nível de benefício coletivo adquirido, quanto mais membros, menor será sua eficiência.

Considerando a afirmação de Olson (1999), acima, podemos comparar o número de conselheiros existentes em cada Conselho pesquisado. Enquanto em alguns Conselhos de Saúde o número de conselheiros é limitado a doze conselheiros titulares, existem Conselhos compostos por vinte conselheiros titulares. Sendo assim, mesmo o número de membros sendo diferente, há uma tendência à exploração de alguns membros, ou seja, independente do número de conselheiros ser pequeno ou grande, sempre trabalhará em função de um benefício coletivo, e todos os membros, participando ou não dos custos dos benefícios, receberão os mesmos benefícios.

Na maioria dos casos, o indivíduo dentro de um grupo considera primeiramente se o ganho total que ele obterá com o provimento de determinada quantidade de benefício excederá o seu custo total do benefício, posteriormente quer saber a quantidade do benefício coletivo que ele deverá prover. Sendo assim, é necessário identificar não apenas se um grupo pequeno conseguirá prover benefícios, mas também a quantidade de benefícios que será obtida para o grupo como um todo, para saber se suas necessidades foram atingidas.

Cada indivíduo se beneficiará de uma parcela do ganho total do grupo, parcela esta que será de acordo com o número de integrantes do grupo e do nível de favorecimento deste benefício em relação aos outros membros do grupo. No entanto, não importa apenas a quantidade do benefício coletivo, mas principalmente se alguma quantidade deste benefício será proporcionada e se isso será considerado um nível ótimo¹¹ para o grupo como um todo, ou seja, se o ganho total estará relacionado com os benefícios do grupo. Em grupos pequenos o indivíduo se sente melhor se o benefício coletivo for alcançado, mesmo que não tenha atingido a quantidade ótima individual.

[...] se em algum nível de aquisição do benefício coletivo o ganho para o grupo excede o custo total por uma margem maior do que excede o ganho individual de algum membro, então pode-se presumir que o benefício coletivo será provido, porque nessas condições o ganho do indivíduo excederá o custo total do provimento do benefício coletivo para o grupo (OLSON, 1999, p. 44-45).

Portanto, há duas considerações a fazer, para medir as possibilidades de determinado grupo contribuir voluntariamente a um benefício coletivo: primeiro - descobrir a quantidade

¹¹ Quando a quantidade de benefício coletivo para um grupo crescer, na mesma proporção que o custo do benefício coletivo. Desta forma, cada membro achará que está contribuindo com uma parcela das despesas de forma igual. No entanto, na prática não é o que ocorre, os benefícios coletivos são divididos igualmente, mas o ônus é partilhado de forma arbitrária. Essa lógica provém novamente do princípio de benefício coletivo.

ótima do benefício coletivo que cada indivíduo pretende adquirir e quando essa quantidade será dada ao grupo; segundo - saber se algum membro (ou todos os membros) acha que no ponto de vista ótimo individual, o ganho obtido para o grupo superou o custo total, com uma margem maior do que o ganho desse mesmo membro, de forma individual.

Devemos ter clareza de que, seja qual for a natureza da organização que trabalha pelos interesses de um grande grupo ou determinado setor, dificilmente receberá apoio dos indivíduos, que estão centrados em seus próprios interesses, mesmo que todos do grupo estivessem convencidos de que a proposta da organização converge com o interesse, provavelmente haverá alguém que pensa de outra forma, tornando dessa maneira, a tarefa de organização ainda mais difícil (OLSON, 1999).

Dessa forma, os grupos pequenos e grandes operam em princípios fundamentalmente diferentes. A diferença é que nos grupos pequenos alguns benefícios podem ser obtidos por meio de ação voluntária e racional de um ou mais membros do grupo, já nos grupos grandes isso é mais difícil, devido ao número de membros ser maior, e com isso diminuir a quantidade de benefícios coletivos, pois quanto maior o número de membros dentro de um grupo, menor será a eficiência deste grupo (OLSON, 1999).

Em suma, Michels (1982) e Olson (1999) contribuíram teoricamente nesta pesquisa, sobretudo, por abordarem o sentido da organização, considerando o âmbito da pesquisa realizada nos Conselhos de Saúde. Os autores discutem sobre a organização em uma ótica similar, sendo que Michels (1982) analisa o sentido da organização, de pessoas que se unem por um objetivo em comum, isto é, por uma vontade coletiva, enquanto Olson (1999) aborda o propósito da criação das organizações e suas características que, quando possíveis, são comuns, e afirma que os indivíduos se unem por uma vontade coletiva, pois não conseguiriam garantir tal bem de forma individual.

O autor também afirma que toda ação do indivíduo ou representante se dá por meio de uma organização. Por isso, toda organização necessita definir uma característica comum que une seus membros. Neste sentido, a razão da criação de uma organização se dá pelo interesse de promover um bem comum ou coletivo entre seus membros, pois seja qual for a natureza da organização, alguns de seus membros irão convergir sempre e visarão seus próprios interesses, mesmo que a proposta da organização seja coerente com seus interesses.

Neste sentido, a teoria serviu para uma análise aprofundada da organização dos Conselhos estudados, quando os representantes que compõem cada Conselho demonstram no decorrer da pesquisa características que condizem com a teoria utilizada neste trabalho. Muitos representantes ainda afirmam a incompetência das massas, e por isso necessitam de

dirigentes que são poucos que se interessam pelas questões de grande decisão, e se esquecem que representam os interesses dessa massa, e acabam por decidir sem consultar sua base e progressivamente cria um distanciamento dos reais interesses da entidade que representa.

Neste sentido fica cada vez mais difícil fazer valer a democracia dentro das organizações com muitos membros, visto que se torna mais difícil o consenso nas decisões mais importantes, e se aumentam os benefícios, conseqüentemente, aumentam os custos totais entre os membros. E nos Conselhos isso é presente na sua composição, com representantes de diversas organizações e interesses convergentes, mesmo que havendo um interesse em comum entre seus membros, pois prevalece os interesses individuais, pois todo grupo tem seus interesses individuais e o CS não seria diferente disso.

Michels (1982) e Olson (1999) nos deram embasamento teórico sobre a questão estudada para entendermos como os Conselhos de Saúde se organizam, tendo em vista a estrutura social, econômica, cultural e política em que estão inseridos, refletindo, com isso, na sua participação na fiscalização das ações e serviços de saúde, em cada município da Região Metropolitana de Belém. Neste sentido, eles nos deram, também, suporte para uma análise do controle social exercido em cada Conselho de Saúde pesquisado.

4.2 AS DIVERSAS CONCEPÇÕES DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL

O conceito de participação foi interpretado de diferentes formas no decorrer da história, sendo seu conceito modificado de acordo com a dinâmica da sociedade, até a reformulação do conceito de participação social, que será incorporado como referencial no objeto de estudo deste trabalho.

Desta forma, não há um entendimento único acerca do conceito de participação, mas um complexo e limitado levantamento de conceitos, tanto empírico quanto analítico. Steinbrenner (2006) parte do princípio de que participação pode ser individual, assim como uma ação coletiva, no qual assume características e formas diversas, dependendo do grau de interferência do meio e de um determinado processo de escolha. Em sua abordagem, a autora defende que diante das dinâmicas sociais, não há como considerar apenas um tipo de participação, mas deve-se pensar em diversas formas que se sobrepõem e complementam: “[...] mais adequado será pensar em formas diversas que se sobrepõem, intercalam-se, confrontam-se ou complementam-se, dependendo do tipo de interação e dos atores em jogo” (STEINBRENNER, 2006, p. 44).

Desde sua origem, o homem vive em grupos e a participação estando presente na estrutura histórica da sociedade faz com que esta seja inerente ao processo histórico, juntamente com os movimentos sociais, identificados como uma das formas da participação popular. No entanto, conceitos como participação, controle social e democracia, não podem ser entendidos com um significado único, pois cada um deles representa uma construção histórica diferenciada (CARVALHO, 2000).

A partir de 1964, com a ideia de democratização, os direitos humanos e o discurso da cidadania ganham destaque, inclusive em nível nacional, sendo discutido no Brasil mais precisamente em meados dos anos de 1970. O discurso da participação nos anos de 1990 surge junto a uma nova configuração da gestão, o qual envolveu dimensões políticas, sociais e culturais (AVRITZER, 2010; CAYRES, 2009; CARVALHO, 2000; STEINBRENNER, 2006). Sua efetivação pressupõe o diálogo, a negociação e a pactuação entre diversos atores envolvidos no processo decisório.

Neste sentido, o significado da participação foi alterado e influenciado progressivamente pela esfera política. Com isso, tornou-se necessária a criação e funcionamento regular dos CS, paritários e deliberativos, como mecanismo de participação e controle social. Sendo assim, os conselhos foram lançados para estabelecer, de forma intencional, um novo padrão de relação entre Estado e sociedade civil organizada (STEINBRENNER, 2006).

Nos anos de 1970 e 1980, surgiram “os novos movimentos sociais”, sendo estes movimentos que se organizam como espaços de ação reivindicativa contra uma relação subordinada, de tutela ou de cooptação por parte do Estado, dos partidos ou de outras instituições. Com isso, esses novos sujeitos contribuíram para uma cultura participativa e autônoma, que se multiplicou por todo o país, contribuindo também para a criação de outras organizações populares na luta pela garantia e ampliação de direitos (CARVALHO, 2000).

Na concepção de Demo (1988), a qualidade de uma sociedade se retrata nos canais de participação que devem oportunizar a participação da sociedade civil nos processos de construção da política social. Assim, o conceito de participação é definido de acordo com o processo histórico vivenciado, suas lutas, reivindicações e conquistas, ou seja, a participação não é algo dado, mas conquistado pela sociedade (DEMO, 1988).

A partir desse entendimento, identificamos que ainda nos dias atuais convivemos com uma sociedade politicamente pobre¹², em que a falta de organização da sociedade civil seria o

¹² Diferente da pobreza material – de ordem socioeconômica, quantitativa, material, a pobreza política na concepção de Demo (1988) é de ordem política, quantitativa, imaterial. Apesar de se completarem uma não

traço mais evidente da pobreza política, sendo esta um antônimo do conceito de cidadania organizada. Assim, a participação seria um fenômeno político em essência, vinculado à base econômica, pois não se pode alcançar autodeterminação sem autossustentação (DEMO, 1988; MICHELS, 1982; STEINBRENNER, 2006).

A participação ainda é um instrumento de ideologia do poder, visto que sua essência é baseada na lógica da concentração. Neste sentido, o desafio lançado à sociedade atual está direcionado à distribuição do poder, de participar à toda a sociedade (DEMO, 1988).

Demo (1988) destaca, sobretudo, que a qualidade política não está associada apenas à quantidade, como, por exemplo, o número de membros, o tamanho da sede ou frequência das reuniões, discussão também feita por Olson (1999), mas principalmente a indicadores qualitativos que medirão o teor da participação.

Monteiro (2009) defende que a participação política possui um papel fundamental para a inserção de grupos no processo democrático, e com isso define o tipo de comunidade que será incluída neste processo, por entender que a consciência da participação democrática nos indivíduos contribui para o fortalecimento individual e coletivo da cidadania, da liberdade, da dignidade, dentre outros preceitos considerados como diretrizes da democracia participativa. “Esta conscientização representa a base que constitui a dinâmica democrática, no sentido de universalização do acesso aos direitos fundamentais” (MONTEIRO, 2009, p.39).

Os Conselhos enquanto forma de ação política tinham como objetivo efetivar a liberdade política, para que estas questões pudessem ser discutidas em um espaço público, e que o privilégio nas decisões não fosse restrito ao conhecimento técnico, pois com isso, o poder político dos cidadãos seria retirado. “A emergência dos conselhos é a prova histórica da criação de formas políticas que viabilizem a liberdade política, isto é, aquela liberdade que assegura aos cidadãos tomarem parte ativa na vida pública” (TÓTORA; CHAIA, 2004, p. 194).

Historicamente, os conselhos se caracterizavam como órgãos de ação política, que se organizavam não somente como meros órgãos de execução, mas, sobretudo, para funcionarem como espaço público de ação e discussão. Portanto, tinham como objetivo central a criação de espaços que garantissem a liberdade, por meio da participação direta dos cidadãos junto à

determina a outra necessariamente. Portanto, a pobreza política se configura quando a sociedade é frágil em sua organização, manipulada pelo Estado repressor e por oligarquias, quando não consegue construir representatividade legítima na relação com o Estado. Seria também conviver sem reagir com um Estado de impunidade, exclusão, ao invés de exigir um Estado de direito, por entender que tais direitos é um favor ou caridade governamental, não reivindicando nenhum direito, aceitando passivamente sua condição de explorado.

esfera pública. Dessa forma, os conselhos se configuravam como democracia direta (TÓTORA; CHAIA, 2004).

Por outro lado, a discussão sobre a participação política, na maioria das vezes, parte da afirmação de que as massas são incompetentes, assim não têm condições de expressar suas necessidades e demandas prioritárias. Com isso, mostra-se o descrédito com a implantação do regime democrático de fato, em que a participação das massas é a base de sua efetivação (SOUZA, 1985).

Carvalho (1995) destaca três formas de participação: a participação comunitária (completar o Estado); a participação popular (combater o Estado); e a participação social (controlar o Estado).

A primeira forma de participação está atrelada a um componente ideológico e prático dos movimentos dos centros comunitários de saúde norte-americanos, que descontentes com a assistência sanitária dos pobres, reivindicavam por melhorias de saúde, o que culminou uma nova relação entre o Estado e a sociedade.

Em resumo, a proposta da medicina comunitária foi identificada no momento em que as ações de saúde pública passaram a depender das demandas e decisões da população para serem efetivadas. Desta forma, a população deixa de ser alvo de uma ação normativa no campo sanitário para assumir um papel minimamente ativo nas decisões da saúde pública.

Portanto, participação comunitária está vinculada a uma mudança de paradigma a respeito do fenômeno saúde-doença, em que seu foco vai além de ações dirigidas à higiene do meio, sobretudo, intervir na relação de forma dinâmica entre o homem e o meio ambiente, em seus fatores sociais e culturais.

Entretanto, é necessário deixar claro a categoria comunidade, trabalhada nesta forma de participação, que, em sua essência, tem caráter funcionalista, predispondo a solidariedade, ao trabalho voluntário. A comunidade é entendida como social e culturalmente homogênea, independente de fatores estruturais e conjunturais. Sendo assim, os riscos sanitários nunca são vistos como problemas políticos. [...] A participação é feitichizada como o passaporte para as melhorias sociais (CARVALHO, 1995, p. 17).

O contexto de desigualdade social vivenciado neste período, as reivindicações na área da saúde aumentam e a medicina comunitária é criticada por seu caráter paliativo, pelo movimento reformista da época, que assume diversas interpretações, que oscilam conforme o contexto e os atores envolvidos, com perspectivas para um projeto sanitário contra-hegemônico.

A segunda forma de participação - participação popular - está associada à primeira no momento em que esta assume uma perspectiva de projeto contra-hegemônico, como resposta ao descumprimento das práticas de participação comunitária.

A proposta de participação popular teve destaque, mais precisamente, nos anos de 1970 e 1980, mas emergiu desde os anos de 1960 no cenário internacional, representando o aprofundamento das críticas e oposição ao sistema dominante. Com isso, aderiu-se um novo referencial teórico, substituindo a categoria comunidade pela categoria povo, que insere a parcela da população excluída ao acesso a bens e serviços.

Nesta forma de participação, identifica-se uma aproximação doutrinária com o marxismo, em que se introduz a questão da segmentação social, não apenas como elemento descritivo dos problemas de saúde, mas como base para seu entendimento. A participação nas decisões é cada vez mais valorizada como instrumento de luta pela garantia de acesso à saúde e mudança do modelo de Estado. Assim, de acordo com o que pontua Carvalho (1995, p. 23), “A participação passa a ter o sentido explícito de luta e contestação”.

Neste sentido, com a participação popular surge a preocupação em mobilizar todas as formas de articulação e organização em torno da política de saúde, em que a participação se dava além de ações no âmbito dos serviços, mas em todo o processo da dinâmica social, integrando as diversas formas de ação coletiva para o acesso a bens e serviços coletivos. Progressivamente, essas demandas sociais foram atreladas à demanda política (acesso ao poder de participar), o que leva ao desdobramento de ocupações em espaços institucionais e a possibilidade de interação com o Estado, surgindo assim, uma nova forma de participação, a qual veremos a seguir.

Após o período autoritário, predominante na forma de participação popular, o processo de democratização trouxe um novo cenário, e com isto a garantia de novos atores sociais na relação Estado-Sociedade: de um lado a sociedade, caracterizada por sua diversidade de atores, bem como seus diversos interesses e disputa de espaço; do outro lado o Estado, formado como espaço de representação e negociação.

Desta maneira, no que diz respeito ao processo de participação, um novo referencial da relação Estado-sociedade é formatado, deixando de ser direcionado apenas aos excluídos pelo sistema, para garantir que diversos setores e interesses sejam inseridos na arena de negociação da sociedade.

Sendo assim, e de acordo com Carvalho (1995), surge a participação social, cuja categoria central passa a ser a sociedade, ou seja, a participação é interpretada como caminho à cidadania, tendo em sua essência a luta pela universalização dos direitos sociais e ampliação

deste conceito de cidadania, bem como uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado.

Neste sentido, definimos o conceito de participação social como o mais adequado a ser utilizado na interpretação do objeto estudado nesta obra.

Uma das características desse padrão de participação é uma tendência à institucionalização, por ser incluída no processo jurídico institucional do Estado, em que representantes da sociedade estão inseridos formalmente no interior das responsabilidades do Estado. Desta forma, entende-se que a ideia de participação social está atrelada à inserção no interior da estrutura estatal dos diversos segmentos sociais, o que torna visível e legitimado o jogo de interesses e barganhas de negociação, bem como associada à noção de controle social do Estado, sendo oposto ao controle privado ou particular de grupos de influência; o que é posto como novidade é a sociedade exercendo controle sobre as ações do Estado, por meio da ação organizada de diversos segmentos.

Santos (2002) apresenta dois tipos de participação na interação entre Estado e sociedade, sendo: a participação restrita e a participação ampliada.

A participação restrita estaria associada ao envolvimento direto da comunidade beneficiada em um projeto específico ou programa local, com sua mão-de-obra inserida no referido projeto ou programa. Como a participação se dá em dimensão “micro”, ela não acarreta grandes impactos sobre a gestão, pois tem como estratégia responder a demandas de curto prazo, por meio do envolvimento da própria população beneficiada, de forma voluntária ou sub-remunerada.

A subdivisão deste tipo de participação se organiza em duas categorias, a fim de qualificar suas diferenças internas, sendo: a participação restrita por oferta, que seria a relação ente o Estado e a sociedade, processada com base nos programas governamentais de âmbito restrito; e a participação restrita por demanda, que consiste na relação entre Estado e sociedade, com base nas demandas das comunidades.

Na participação ampliada, segundo Santos (2002), os grupos de interesse têm a capacidade de influenciar direta ou indiretamente na formulação, elaboração e implementação de projetos, programas e políticas públicas. Dessa forma, abrange uma dimensão “macro” de participação sobre a sociedade, pois não se detém como fim a eficiência, mas a afirmação de direitos universais e a democratização da gestão de políticas públicas.

Sendo a participação uma necessidade fundamental do ser humano, Bordenave (1994) afirma que existem duas bases complementares da participação: a base efetiva, que consiste em participar por vontade própria e sentir prazer em fazer algo com os outros; e a base

instrumental, que consiste em participar por acreditar que fazer algo em conjunto é mais eficaz e eficiente do que fazer sozinho. Para isso, é necessário que essas duas bases estejam equilibradas. Entretanto, geralmente ocorre o inverso, o que leva a consequências como uma participação consumatória, na qual as pessoas se despreocupam em obter resultados práticos ou apenas pretendem atingir um objetivo específico.

Desta maneira, Bordenave (1994) também concorda com Olson (1999), quando afirma que o tamanho dos grupos influi sobre o grau de participação. Embora um grupo grande conte com mais recursos que um grupo pequeno, o nível de participação de cada membro tende a diminuir.

A participação tem uma tendência para as ações governamentais, cujas práticas dos indivíduos atuantes nas ações de Governo podem ser a favor ou contra, como exemplo os Conselhos gestores. Neste sentido, coloca-se a participação como sinônimo de ativismo político, principalmente pela influência dos movimentos sociais (BORDENAVE, 1994; CAYRES, 2009). “A lógica é, para que o poder continue concentrado nas mãos de poucos, a participação política deve ser contida a uma minoria” (BORDENAVE, 1994, p. 20).

[...] Com efeito, a ideologia dominante objetiva manter a participação do indivíduo restrita aos grupos baseados em relações sociais primárias, como o local de trabalho, a vizinhança, as paróquias, as cooperativas, as associações profissionais etc., de modo a criar uma “ilusão de participação” política e social (BORDENAVE, 1994, p.29).

O primeiro tipo de participação, para Bordenave (1994), se deu no núcleo familiar, no culto religioso, na recreação, nas tarefas de subsistência, sendo, portanto, chamada de participação de fato; o segundo tipo seria a participação espontânea, que leva os homens a formarem grupos (vizinhos, amigos), mas sem necessariamente formarem uma organização estável ou possuírem propósito claro ou definido, somente no caso de satisfazer necessidades psicológicas de pertencimento, conhecimento e prestígio.

O autor firma ainda que sempre houve modos de participação imposta, em que o indivíduo é obrigado a fazer parte de grupos e realizar atividades que são consideradas primordiais. Na participação voluntária, o grupo é criado pelos próprios participantes, que definem também sua organização interna, seus objetivos e métodos de trabalho.

Neste tipo de participação, podemos identificar duas formas: a participação dirigida ou manipulada, que ocorre quando agentes externos influenciam e manipulam um grupo, a fim de atingir seus próprios objetivos; ou também a participação provocada, quando agentes externos ajudam outros do grupo a atingirem seus objetivos.

Outro tipo identificado de participação é a concedida, em que a influência e o poder dos subordinados são legitimados pelos mesmos, isto é, a participação como forma de controle da população (BORDENAVE, 1994; SANTOS, 2009).

Desta forma, Bordenave (1994) defende que uma sociedade participativa seria aquela em que todos os cidadãos tomam parte e a descentralização das decisões são vistas como a melhor saída para o enfrentamento dos problemas. Neste sentido, o conceito de participação seria puramente instrumental, devido à possibilidade de seus resultados serem manipulados e dirigidos para rumos diversos. Sobretudo, a participação é uma necessidade fundamental do ser humano, motivada pela satisfação do indivíduo em agir conjuntamente com demais indivíduos. Com isso, a participação seria entendida juntamente na compreensão de seu antônimo, que seria o fenômeno da marginalização¹³, mas que depende rigidamente da estrutura social, que será favorável à participação ou não, que definirá também um modelo de sociedade futura.

Cayres (2009) analisa a participação como uma função, por legitimar os processos de intervenção e estabelecer mais facilmente as relações entre os objetos desta intervenção, com maior dificuldade de comunicação. Devido muitos não estarem preparados para seguir o processo sem os interventores iniciais, a maioria destes objetos de intervenção não geram o objetivo central, que é a mudança estrutural¹⁴.

Em vista disso, o importante não é o quanto se toma parte, mas como se toma parte dentro dos grupos, seja qual for o seu nível. Sendo assim, consideramos que, a participação social ultrapassa a intervenção superficial, ativista e imediatista, partindo para intervenções que influenciem nas estruturas sociais, econômicas e políticas, em que a colaboração entre micro participações fortaleça a participação macro dentro da sociedade.

¹³ Nesse novo enfoque sobre o fenômeno de marginalização, a participação não mais consiste na recepção passiva dos benefícios da sociedade, mas na intervenção ativa na sua construção, o que é feito por meio da tomada de decisões e das atividades sociais em todos os níveis. No novo contexto, a participação já não tem o caráter “consumista” atribuído pela teoria da marginalidade, mas o de processo coletivo transformador, às vezes contestatório, no qual os setores marginalizados se incorporam à vida social por direito próprio e não como convidados de pedra, conquistando uma presença ativa e decisória nos processos de produção, distribuição, consumo, vida política e criação cultural (BORDENAVE, 1994, p. 20).

¹⁴O conceito de mudança estrutural na visão de Cayres (2009) baseia-se na concepção de Martel apud Kisil (2000), que afirma terem dois tipos de mudança nos processos de desenvolvimento: a mudança estrutural, que seria transformação de alguma atividade ou instituição, sendo uma mudança irreversível e com permanente ajuste, busca, portanto, melhores condições de vida para um determinado sistema social; e a mudança cíclica, que consiste na mudança temporária numa certa medida ou condição, mas que geralmente não causa alterações na estrutura das instituições onde estão ocorrendo tal mudança.

No próximo tópico, abordaremos especificamente sobre a participação social, por entendermos ser esta a definição mais adequada à pesquisa, considerando sua relação com a sociedade civil na década de 90.

4.2.1 A participação social e a conquista de direitos da sociedade civil nos anos 90

Os anos de 1990 foram influenciados pela dinâmica política ocorrida no final dos anos de 1980, marcada por dois grandes eixos, sendo a incorporação da participação na Constituição Federal de 1988 que legitima as organizações sociais junto à discussão das políticas públicas e como representantes de interesses coletivos, com isso institucionalizando a participação nas políticas sociais¹⁵. Outro ponto a destacar seria a organização de entidades e movimentos sociais a nível nacional, o que propiciou a articulação entre os diferentes interesses e segmentos sociais (SANTOS, 2002).

Na década de 1980, mais precisamente, foram criados órgãos colegiados, compostos de representações mistas, e a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS) instituíram-se diversos tipos de Conselhos e comissões, no qual englobaram a participação dos principais atores na discussão político-sanitária, como o Governo, os prestadores de serviço, os profissionais de saúde e os usuários, fortalecendo, dessa maneira, a institucionalização da participação social. “Ou seja, o Estado deve aceitar como legítimas as demandas dos diversos grupos sociais, assim como demonstrar capacidade de transigir e flexibilizar suas políticas em função delas” (CARVALHO, 1995, p. 26).

Portanto, novas exigências à participação são feitas quando organizações incorporam o papel de co-responsáveis pelas propostas e pela formulação de demandas que influenciam no arcabouço da gestão da política, perdendo seu caráter meramente reivindicatório.

Podemos citar as atribuições dos Conselhos como um modelo dessa nova dimensão, debate este aprofundado nos anos de 1980, com as reivindicações a favor da democratização da gestão, por meio de mecanismos institucionais de participação. Esse processo teve como pano de fundo a criação de um novo marco jurídico, para afirmação do Estado de direito, no sentido, sobretudo, de garantir mecanismos democráticos na relação entre governo e sociedade.

No entanto, destaca-se que as formas institucionais de participação não garantem o acesso ao poder, nem eliminam por completo as desigualdades entre os segmentos sociais,

¹⁵ Na Constituição Federal de 1988, o artigo 198 define a participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

pois nem os setores dominantes deixam de operar a favor de seus interesses, nem os setores subalternos têm suas necessidades atendidas totalmente. Contudo, esse novo desenho organizacional possibilita a constituição de sujeitos, sendo o espaço do Estado passível de ocupação de novas representações formais e legais dos diversos segmentos sociais, contudo, não extinguindo os inúmeros conflitos e contradições presentes entre os atores envolvidos no processo político.

A participação é considerada uma função estruturante da ação de Governo na sociedade¹⁶. Isto se deu pelo reconhecimento cada vez mais crescente da necessidade de ações à sociedade, atreladas não apenas aos gastos públicos, como também à gestão eficiente. Desta forma, o governo se vê na obrigação de propor a melhoria na capacidade de organização e ação no conjunto desta sociedade, para que junto ao governo enfrente os desafios postos à política pública (ESTEVE, 2009).

Para Esteve (2009), a participação social, chamada por ele de participação cidadã, é entendida como o processo de envolvimento dos diversos setores da sociedade, sejam entidades ou organizações sociais, que não necessariamente devem ser identificados como atores sociais, pois o objetivo central deste tipo de participação é conhecer nesses setores seus interesses, limitações, potencialidades e necessidades, para posterior criação de espaços de cidadania para deliberações.

Por isso, esses espaços devem ser bem organizados, com metodologia orientada e rigorosa, bem como reconhecer as pessoas como parte essencial para não haver problema em identificar, sistematizar e priorizar os interesses e necessidades sociais.

Desta forma, a participação cidadã, no entendimento de Esteve (2009), está atrelada à articulação de uma ampla rede social e ao fortalecimento do capital social¹⁷. Portanto, participação é sinônimo de compromisso e colaboração cidadã, favorecendo conjuntamente em sua finalidade a incorporação da participação eleitoral (interesse pela política e aumento de representantes políticos), sendo um dos principais indicadores do processo de participação cidadã.

¹⁶ De acordo com Esteve (2009), os tipos de governo se desenvolvem na sociedade baseados em três dimensões ou funções; a função legal ou normativa – regular a atividade política e da sociedade civil; a função provedora e gestora- provém direta ou indiretamente serviços à comunidade; e a função relacional- estão inseridas todas as atividades relacionadas à participação cidadã, acordos e cooperações com a sociedade civil e demais administrações.

¹⁷ Neste contexto, se entende por capital social o conjunto de redes formado por pessoas, para atingirem a um objetivo em comum e resolver problemas convergentes.

Sendo assim, participação social em saúde é uma forma de efetivação da democracia, em que novos sujeitos sociais são inseridos no processo de gestão do SUS, desde a etapa de debates, formulações e fiscalização desta política, garantindo-lhe legitimidade e transparência nas suas decisões. Partindo deste entendimento, o usuário, que também é parte da comunidade e reconhece suas necessidades, é interpretado como um dos atores sociais do SUS¹⁸, como cidadão de direitos e deveres, e não mais agente passivo de benefícios do Estado (BRASIL, 2005).

A participação hoje é aceita tanto pelos setores progressistas como pelos setores tradicionais, devido à participação oferecer vantagens para ambos. Para os progressistas, a participação é um canal que garante o crescimento da participação na resolução dos problemas coletivos. Para os planejadores democráticos, a participação possibilita à população o controle dos serviços públicos; quando esta participa da fiscalização, melhora a qualidade desses serviços, opinando diretamente sobre suas reais necessidades (BORDENAVE, 1994).

De fato, a participação aponta para alguns benefícios, como o fortalecimento da consciência crítica e o poder de reivindicação quando organizados em grupo. Sendo assim, a participação tem um cunho político e ideológico. Entretanto, se existe por um lado um incentivo à participação, por outro não há interesse em definir o que seria a participação de fato, como é operacionalizada, monitorada ou avaliada no decorrer desses processos participativos (BORDENAVE, 1994; CAYRES, 2009).

4.3 OS CONCEITOS DE CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SUA RELAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A partir do entendimento dos conceitos apresentados no capítulo anterior, e nos tópicos anteriores do presente capítulo, pretendemos aqui compreender o conceito de controle social e de fiscalização na política de saúde.

O conceito de controle social, na visão de muitos autores, está relacionado ao conceito de participação social, no qual estão intimamente relacionados no campo da política de saúde

¹⁸ O termo atores sociais é interpretado pelo Ministério da Saúde (2005) como cidadãos (usuários, profissionais da saúde, gestores, dentre outros), grupos (instituições, órgãos federais, estaduais ou municipais, comunidades, dentre outros) que participam, de forma organizada, de todas as etapas da gestão da política de saúde, com poder de interferir e influenciar técnica e politicamente nas decisões deste processo participativo.

(CARVALHO, 1995). Portanto, seguimos como linha de pensamento neste trabalho a discussão do conceito de controle social a partir de sua relação com a participação social.

[...] controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele. Já a noção de participação acumula uma longa tradição no campo das políticas de saúde e da organização de serviços, tendo, no entanto assumido significados variados conforme o contexto onde se inseriu (CARVALHO, 1995, p. 8).

Existem diferentes interpretações a respeito da participação e controle social em saúde, considerando o contexto socioeconômico-cultural que foi definido, bem como a diversidade político-ideológica envolvida, o que leva a inúmeras interpretações do Estado, dos grupos sociais, das relações Estado-sociedade e mudança nas formas de intervenções (CARVALHO, 1995).

O termo controle social foi empregado pela primeira vez com um significado oposto ao que é utilizado hoje. Carvalho (1995) diz que inicialmente um sociólogo americano chamado E.A. Ross, no final do século passado, utilizou o termo referindo-se a uma dominação social: “[...] una dominación social voluntaria y planeada para cumplir una función em La sociedade” (INSTITUTO DE ESTUDOS POLÍTICOS, 1976, apud CARVALHO, 1995, p.9). Desta forma, a tradição sociológica clássica tem utilizado o termo controle social, de maneira geral, para influenciar um coletivo sobre o indivíduo na sociedade (CARVALHO, 1995).

O debate sociológico sobre o conceito de controle social foi relacionado por muito tempo em duas acepções: a primeira entendia todos os processos que, determinando a interação entre os indivíduos, organizam e regulam o comportamento do homem, estabelecendo assim, condições de ordem social; e a segunda entendia o controle exercido por um grupo sobre seus membros ou de uma instituição ou grupo de pressão e classes sociais sobre a população ou um grupo específico de uma sociedade (BOBBIO, 2000). Desta forma, seria um conjunto de processos e técnicas utilizadas por grupos ou sociedades, com o intuito de garantir obediência de seus membros, por meio de comportamentos padronizados. Podemos citar como exemplo a religião, as leis, a opinião pública, o governo, a educação, dentre outros instrumentos de controle social (DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA, 1977).

Bobbio (2000) também define um conceito de controle social aproximado com o que defende a sociologia clássica, sendo o conjunto de meios de intervenção realizados por grupo social ou pela sociedade, para induzir os próprios membros a não reagirem às regras

estabelecidas pelo sistema normativo, isto é, como limitação do agir individual do indivíduo numa determinada sociedade, conceito que está presente na teoria do Estado de Hobbes¹⁹.

A noção de controle social aplicada à relação Estado-sociedade, para Carvalho (1995), se aproxima do pensamento hobbesiano, quando afirma ser papel do Estado conter as ações egoístas e desagregadoras naturais do ser humano. Portanto, o conceito de controle social está relacionado a limitar as ações individuais e de grupos da sociedade, para não gerarem anarquia, mas sim fortalecer a ordem, o poder coletivo e servirem da melhor maneira possível ao Estado.

Os mecanismos de controle social foram modificados e reformulados, de acordo com cada momento histórico da sociedade, mas com o intuito de continuar garantindo o consenso. Um exemplo disso foi o período do capitalismo liberal, em que o controle social era pautado às leis de mercado, predominando um consenso de base meritocrática. Com a crise da ideologia liberal, o controle social passa a ser dirigido às intervenções do Estado de bem-estar social.

Posterior a sua crise, o modelo Welfare state é substituído e o controle social passa a ser um problema de regulação de interesses e de pressões de diversos grupos, por parte do Estado, em que os mais fortes ocupam posições centrais da estrutura social e produtiva (BOBBIO, 2000).

O modelo de ação do Estado mercantilista demonstra precisamente essa relação Estado-sociedade, que tinha como obrigação servir ao Estado. No contexto dessa relação, mais precisamente na política de saúde, não havia sujeitos, mas apenas os executores das ações sanitárias. Ao Estado cabia o papel, por suposta delegação da sociedade, de intervir em pessoas e grupos em nome da saúde de todos (CARVALHO, 1995), quando a compreensão que se tinha da sociedade era de ser incapaz de formular e decidir sobre as ações técnicas que cabiam ao estado executar. Este conceito de Controle Social não foi aceito pelo Movimento conhecido como “contra participação”, sendo este um grupo de resistência às ações impostas pelo Estado mercantilista²⁰.

O ambiente participacionista, identificado a partir do contexto da consolidação da CF/88 por Santos Júnior et al. (2004), propagou também o surgimento da regulamentação de diversas políticas sociais, juntamente a isso a incorporação da participação da sociedade na

¹⁹ Para Hobbes, o Estado defende a paz, protegendo a vida dos indivíduos que pertencem ao Estado. Desta forma, o Estado se constitui quando o indivíduo se rende a um poder coletivo, evitando situações de anarquia (BOBBIO, 2000).

²⁰Esta mudança de conjuntura é explicada por Carvalho (1995) por meio da ideia de participação comunitária, participação popular e participação social, citadas anteriormente neste capítulo no subtópico 4.2 deste trabalho.

gestão, em que o Conselho de Saúde foi o mecanismo adotado para exercer o Controle social. Nota-se que um novo sentido ao conceito de Controle Social é incorporado a partir de uma nova relação Estado-sociedade neste contexto.

A expressão “Controle Social”, de acordo com Paim (2008), foi citada no Projeto *Radis* da Fiocruz, de 1987, que lançava a publicação Proposta, denominada de “Jornal da Reforma Sanitária”. Nestes escritos, o Controle Social foi entendido como atuação efetiva dos usuários nas ações da saúde, seja sua relação direta com o prestador de serviço, ou indireta, por meio de representação nos conselhos, associações, dentre outros mecanismos de participação, incorporando, dessa maneira, os direcionamentos da nova postura a ser tomada na relação entre os serviços de saúde e a comunidade usuária em geral.

Este novo entendimento de controle social foi discutido anteriormente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tendo entre suas proposições a garantia da participação da população na organização, gestão e controle das ações e serviços de saúde. O documento final propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do tema “reformulação do Sistema Nacional de Saúde”. A referida Conferência tinha como proposta, garantir, pela primeira vez neste evento, a ampla participação da sociedade civil, profissionais de saúde e demais atores da área da saúde.

Com isso, além de construir proposições e elementos para constituição do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, contribuiu com a ampliação do conceito de saúde, seu reconhecimento como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS, a garantia da participação popular, a constituição do orçamento social e construção dos fundos de saúde. Sobretudo, contribuiu para a mobilização e o fortalecimento dos sujeitos sociais, em 1986 com a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com relação à fiscalização da política de saúde, o CS é entendido como um mecanismo de controle social, por conta da sua capacidade de influência nas decisões tomadas pela gestão. Desta maneira, a fiscalização se torna um mecanismo efetivado nos Conselhos, que assume de diversas formas: reuniões dos conselheiros, publicação das suas ações no diário oficial, audiências públicas, reuniões nas comunidades, dentre outros. “[...] de modo geral, os Conselhos ainda estão pouco aparelhados para o exercício da função de monitoramento de políticas públicas” (SANTOS JUNIOR et al., 2004, p.41).

Desta forma, destaca-se a possibilidade de desvios de prioridades e necessidades reais da sociedade, devido à ausência de uma agenda política ou de uma metodologia que garanta uma prévia discussão sobre as pautas a serem discutidas e uma definição de mecanismos a serem utilizados para a fiscalização da execução das decisões dos Conselhos. “Além disso, é

preciso registrar que as condições para o efetivo funcionamento dos conselhos não estão disseminadas igualmente, nem entre os municípios, nem entre os diferentes conselhos sob a mesma administração municipal” (SANTOS JUNIOR et al., 2004, p.44).

Entretanto, apesar das inúmeras deficiências identificadas a respeito da fiscalização, Santos Junior et al. (2004) apontam o surgimento de algumas inovações nos processos e mecanismos de Controle Social, destacando por exemplo: a criação de comissões internas; a criação de estruturas organizacionais e administrativas para a melhoria do funcionamento dos Conselhos Municipais; a realização de Conferências Municipais, como espaço de prestação de contas e fiscalização do poder público, dentre outros exemplos.

Com isso, os autores defendem que as condições de funcionamento dos Conselhos têm levado a perspectivas de melhoria dos processos de fiscalização e de decisão em torno da gestão das políticas sociais, apesar da maioria dos Conselhos ainda dependerem da interferência do governo local para funcionar.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Os dados de uma pesquisa, para Farias Filho (2009), são respostas identificadas para responder a pergunta da pesquisa, ou seja, “o conjunto de respostas que você terá coletado é o conjunto de dados ou de informações” (FARIAS FILHO, 2009, p. 35).

Neste sentido, segundo VÍCTORA et al. (2000), é fundamental que tenhamos claro que as metodologias estão inexoravelmente vinculadas às teorias sobre a realidade, e que as técnicas da pesquisa qualitativa devem ser selecionadas conforme os objetivos definidos do trabalho, utilizando, se possível, técnicas combinadas, para se chegar ao objeto de pesquisa. Com isso, divide as técnicas de pesquisa em: técnicas de coleta de dados, técnicas de registro de dados e técnicas de análise/interpretação de dados.

Como Minayo (2010) também afirma, o pesquisador precisa ser um curioso, sem o auxílio de teorias e da contextualização da realidade empírica para se chegar às respostas condizentes ao objeto investigado. Verdade esta afirmada por Farias Filho (2009) como uma preocupação constante na ciência e na vida ao processo de conhecimento e aprendizagem, pois “[...] a questão da utilidade, de aplicação, de profundidade e demais consequências passa, em primeiro lugar, pela discussão e compreensão da verdade” (FARIAS FILHO, 2009, p. 17).

O autor acima deixa claro, com isso, que a ciência não trata da verdade, mas sim de conhecimentos mais ou menos plausíveis, ou seja, o conhecimento é uma explicação provisória do comportamento de um fenômeno em um dado momento da realidade, devido ao fato de o fenômeno estudado estar em constante mutação. “A explicação científica é a finalidade da ciência [...]. Seu produto final deve ser, portanto, o levantamento de fenômenos, mas também, sempre que possível, uma proposta de explicação para o entendimento dos mesmos” (VÍCTORA ET AL., 2000, p. 75- 76).

Neste capítulo, nos deteremos a explicar ao leitor o processo metodológico utilizado na presente pesquisa.

5.1 UNIVERSO DA PESQUISA

O universo da pesquisa é composto pelos Conselheiros de Saúde, sendo a população delimitada a todos os segmentos que compõem o CS (usuários, profissionais de saúde governo e prestadores de serviço), considerando a Região Metropolitana de Belém como campo de estudo amostral, composto pelos municípios de Belém, Ananindeua e Marituba,

habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipalizado (GPSM), Santa Bárbara e Benevides na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ²¹.

Assim, a base de dados utilizada é dos CS das gestões anteriores (Gestão 2005-2006 e Gestão 2007-2008) e da gestão atual (2009-2010), definindo assim, uma amostragem do tipo não-probabilística intencional ou por julgamento.

Portanto, com um universo de quarenta e quatro conselheiros, a amostra selecionada foi de 45,45%, o que corresponde a vinte conselheiros entrevistados.

O questionário de entrevista foi aplicado a vinte conselheiros de saúde da RMB²². As entrevistas, juntamente com a observação, foram realizadas em duas etapas: a primeira etapa (abordagem inicial) em abril/2010 e a segunda etapa com a entrevista face a face (pesquisa de campo definitiva), no período de maio a agosto do ano de 2010.

Primeiro utilizamos como fonte de dados secundários o levantamento de informações sobre os municípios e seus Conselhos de Saúde (CS), com levantamento bibliográfico dos trabalhos acadêmicos publicados sobre o tema estudado, nos periódicos científicos via internet, como os periódicos da CAPES, a base de dados da SCIELO, especialmente os Cadernos de saúde Pública, as Revistas de Administração Pública e o portal da ANPAD. Posteriormente, utilizamos os documentos como fonte de informação da Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA), do Conselho Estadual de Saúde (CES), Ministério da Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Secretarias Municipais de Saúde, para se obter informações sobre os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) pesquisados, Organização Panamericana de Saúde e IBGE.

O *site* do DATASUS foi utilizado como base de dados quantitativos sobre transferências governamentais aos municípios, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Isso permite cruzar os dados sobre os CS, entre os municípios a serem analisados. Também utilizamos os documentos institucionais para análise documental dos mesmos, das decisões e implementações realizadas pela Gestão e pelos CS, como o Regimento Interno dos Conselhos, as atas de reuniões e suas Resoluções do período de 2005 a

²¹ Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipalizado (GPSM) são responsáveis por garantir todos os serviços e programas da Atenção Básica, de média e de alta complexidade no âmbito municipal, entendendo que estes teriam maior autonomia para gerir a política de saúde, enquanto que os municípios que estão na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) são responsáveis em assegurar os serviços e ações da atenção básica de saúde. Lembramos que os municípios de Ananindeua e Santa Bárbara apesar de fazerem parte da Região Metropolitana de Belém, não foram pesquisados por falta de autorização do Conselho de Saúde dos municípios referidos.

²² AS entrevistas foram aplicadas a quatro conselheiros do Conselho Belém; a quatro conselheiros do Conselho Marituba e aos doze conselheiros do Conselho Benevides.

2010, para acompanhar as deliberações e analisar o que foi decidido e implementado nos serviços de saúde, utilizando a análise de discurso e análise de conteúdo.

De acordo com Chizzotti (2008), tanto a primeira quanto a segunda análise tratam primordialmente de modalidades de interpretação de textos, retirados inicialmente de documentos, para serem interpretados e assim extrair seu significado. Farias Filho (2009) também define a análise de conteúdo como um método ou uma técnica em que avalia o conteúdo e atribui significados aos termos, com o intuito de medir a frequência com que ocorrem.

A análise de discurso, apesar de ter muitas semelhanças com a análise de conteúdo se mostra mais intersubjetiva, isto é, pretende interpretar mais além do que está escrito em um determinado espaço analisado, partindo do princípio de que o discurso é uma prática social. Sendo assim, a análise de conteúdo é utilizada como técnica na análise documental. “Então, o que é fonte para uma pesquisa é objeto de análise para outra” (FARIAS FILHO, 2009, p.187).

Desta forma, utilizaremos a análise de discurso, a qual Farias Filho (2009) afirma ser similar com a análise de conteúdo que, descreve e interpreta o conteúdo da mensagem. Entretanto, é mais intersubjetiva, pois se fundamenta no que está por trás do que está escrito, dito, em determinada unidade de análise. Vieira (2009) também afirma que nem sempre o discurso e a fala estão coerentes, por isso a importância da observação sistemática do comportamento e da fala.

De acordo com os objetivos traçados no presente trabalho, a pesquisa qualitativa e quantitativa foi utilizada, bem como a análise de discurso e de conteúdo, para caracterizar o conteúdo e categorizar os termos, por entendermos que tais técnicas foram imprescindíveis para responder ao problema central proposto.

5.2 INSTRUMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS

Vieira (2009) afirma que o pesquisador tem uma infinidade de técnicas disponíveis de pesquisa. Entretanto, existem duas técnicas básicas de pesquisa: a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa. Dessa maneira, entendemos que o presente trabalho necessita utilizar as duas técnicas de pesquisa citadas acima, por se tratar de uma pesquisa mista, em que requer, ao mesmo tempo, informar numericamente, classificar e associar as informações a partir de uma amostra – pesquisa quantitativa, bem como entender o significado das coisas nas palavras dos atores sociais pesquisados (conselheiros de saúde), quando as informações

disponíveis formalmente ainda são insuficientes - pesquisa qualitativa. Dessa forma, o trabalho se configura como uma pesquisa quantitativa e qualitativa.

Embora Minayo (2010) afirme existir diversas técnicas para realizar o trabalho de campo, defende que há dois instrumentos principais deste tipo de trabalho: a entrevista e a observação. Dessa forma, a pesquisa de campo envolve além destes dois instrumentos o questionário de entrevista.

As fontes e operacionalização utilizadas no levantamento de dados compara com o que é chamado também por Vieira (2009) de survey na língua inglesa, realizado por meio de entrevista, do tipo estudo de tendências. As entrevistas com técnicas qualitativas podem ser de dois tipos: semiestruturada e em profundidade (VIEIRA, 2009).

A entrevista semiestruturada é interpretada como uma combinação de perguntas fechadas e abertas, que possibilita o entrevistado responder às questões sem uma prévia resposta formulada pelo entrevistador (MINAYO, 2010).

A primeira etapa das entrevistas e da observação foi iniciada em abril/2010 e a segunda etapa com a entrevista face a face (pesquisa de campo definitiva), no período de maio a agosto do ano de 2010. As entrevistas foram semiestruturadas, pela necessidade de utilizarmos questões abertas, sendo aplicada uma pesquisa qualitativa aos Conselhos pesquisados, direcionadas aos conselheiros representantes dos usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço, isto é, todos os segmentos que compõem o CS. A aplicação dessas técnicas teve como objetivo avaliar sua percepção sobre a gestão da política de saúde municipal, e com isso, obter mais informações sobre a função fiscalizadora dos Conselhos de Saúde, entre o que é decidido nas plenárias e o que é executado sobre a política de saúde em cada município.

Foram aplicados quatro questionários²³ por município, conforme demonstra o quadro 1 a seguir, organizados em seis variáveis, sendo: a) relações entre o governo e sociedade civil; b) informação no Conselho; c) processo de decisão no Conselho; d) perfil dos conselheiros; e) fiscalização dos serviços e ações de saúde. Ao segmento dos usuários foram aplicadas duas entrevistas e para os demais segmentos - profissional de saúde e Gestor/Prestador de serviço foi aplicada uma entrevista para cada segmento. Como critérios de aplicação das entrevistas foram definidos ser membro titular do Conselho, ser conselheiro da gestão atual (2009-2010),

²³ De acordo com Vieira (2009), questionário é um instrumento de pesquisa utilizado para responder uma série de questões de um determinado tema de pesquisa. Sendo assim, pode ser aplicado de duas formas: questionários de autoaplicação e questionários aplicados em entrevistas face a face, sendo este último utilizado na presente pesquisa, juntamente com a entrevista semiestruturada.

conselheiro representante de um segmento do Conselho de Saúde e concordância em participar da entrevista²⁴.

Quadro 1 - Distribuição das entrevistas por município pesquisado

Conselho	Número total de conselheiros existentes	Discriminação das entrevistas realizadas por segmento	Quantitativo de entrevistas realizadas por segmento
Belém	20	Usuários	2
		Profissional de saúde	1
		Gestor/Prestador de serviço	1
Marituba	12	Usuários	2
		Profissional de saúde	1
		Gestor/Prestador de serviço	1
Benevides	12	Usuários	6
		Profissional de saúde	3
		Gestor/Prestador de serviço	3
Total de conselheiros	44	Total de conselheiros entrevistados	20

Fonte: Elaboração própria (2011).

A observação foi utilizada com o intuito de responder às questões levantadas sobre a participação e a fiscalização dos CS e registrar informações que não seriam identificadas por meio da entrevista, pois, de acordo com Farias Filho (2009), a observação torna-se importante metodologicamente quando se quer uma análise do objeto em seu estado natural, o que neste caso será utilizada de forma assistemática. Desta forma, a abordagem qualitativa foi adotada diretamente neste instrumento por meio das entrevistas com os membros dos Conselhos Municipais de Saúde e nas reuniões ordinárias dos Conselhos. REVER A PALAVRA POR MEIO E ATRAVES

De acordo com Víctora et al. (2000), a observação é justificada quando há vários elementos que não podem ser apreendidos pela fala ou pela escrita, por isso a definição do objeto de pesquisa é anterior ao ato de observar.

As técnicas de pesquisa foram utilizadas de forma combinada, para se chegar ao objeto de pesquisa, sendo: técnicas de coleta de dados, técnicas de registro de dados e técnicas de análise/interpretação de dados.

A partir da categorização e caracterização dos dados empíricos levantados na pesquisa de campo, nas entrevistas com os conselheiros e na pesquisa documental conseguimos apontar os resultados da pesquisa realizada com os CS da RBM.

²⁴ No Conselho de Saúde do município de Benevides foram entrevistados todos os conselheiros, somando doze entrevistas, entendendo que o referido município seria o projeto piloto da pesquisa.

A categorização das respostas das entrevistas foi realizada no sentido de sistematizar os dados qualitativos levantados no decorrer da entrevista. Para isto, foram selecionadas as seguintes perguntas do questionário aplicado aos conselheiros:

Pergunta 10 – por que se candidatou à vaga de conselheiro municipal de saúde?

Pergunta 11 – quais os critérios para se candidatar a conselheiro de saúde?

Pergunta 12: como se tornou conselheiro de saúde?

Pergunta 16 – como você identifica o interesse de ser conselheiro dos demais representantes do CS?

Pergunta 20: Na sua opinião, o número de membros no CS é grande ou pequeno?

Pergunta 21: De que forma este número de membros influencia na fiscalização das ações deliberadas no CS?

Pergunta 23 – quais os mecanismos de informação das ações do conselheiro à entidade que representa?

Pergunta 24 – como são deliberadas as questões dentro do CS?

Pergunta 26 – quais as principais dificuldades para um conselheiro atuar? Por quê?

Uma pesquisa, sobretudo, não pode se restringir a instrumentos rígidos de coleta de dados, visto que o trabalho de campo nos proporciona ir além das informações, e isso pode levar a alterações necessárias ao caminho da pesquisa (MINAYO, 2010; VÍCTORA et al., 2000).

Para Brandão (2004), a linguagem deve ser estudada não somente enquanto formação linguística, mas como formação ideológica, pois uma prática discursiva deve ser explicada em dois parâmetros: a competência específica, em que o indivíduo utiliza o “eu” como regra; e a competência ideológica, que considera implicitamente a totalidade das ações e significações.

6 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: UM ESTUDO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

No Estado do Pará, os serviços e ações de saúde estão organizados em treze Centros Regionais de Saúde (CRS), cuja distribuição pode ser visualizada abaixo na tabela 1.

Tabela 1 – Relação dos Centros de Referência de Saúde - CRS do Estado do Pará.

CRS	Localização	Número de municípios
1º	Belém	05
2º	Santa Isabel	09
3º	Castanhal	11
4º	Capanema	16
5º	São Miguel	12
6º	Barcarena	05
7º	Marajó (Belém)	09
8º	Marajó	07
9º	Santarém	19
10º	Altamira	09
11º	Marabá	20
12º	Conceição do Araguaia	15
13º	Cametá	05

Fonte: Dados retirados do endereço eletrônico portal.

Os CRS têm como missão garantir a articulação entre as ações da Sociedade Civil nas áreas da Saúde, de Trabalho e de Assistência Social, interfaceando com as ações das políticas públicas, visando oferecer proteção social integrada às famílias, contribuindo para a redução das desigualdades sociais. Sendo assim, sua estrutura organizacional está relacionada diretamente com a estrutura dos CS, visto que tem na sua missão a garantia de participação da sociedade civil, junto às ações governamentais.

Os Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Belém estão localizados dentro do 1º Centro Regional de Saúde (CRS), de acordo com a organização administrativa da SESPA, isto é, ele é composto pelos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará²⁵. Estes municípios têm suas peculiaridades, assim como as demais regiões do Estado do Pará. É importante destacar que o número de habitantes de cada município interfere diretamente na transferência de recursos do Governo Federal, bem como no número de estabelecimentos de saúde implantados em cada um.

²⁵ Como já foi dito anteriormente os municípios de Ananindeua e Santa Bárbara que compõem a Região Metropolitana de Belém não autorizaram a realização da pesquisa nos seus respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

Os serviços de alta e média complexidade estão concentrados em Belém, como também a maioria dos serviços de atenção básica, de acordo com a tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - População residente e estabelecimentos de saúde por nível de complexidade.

Município	População residente Ano - 2008	População residente Ano - 2009	População residente Ano - 2010	Nº de Estabelecimentos de saúde da atenção básica	Nº de Estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade
Belém	1.424.124	1.437.604	1.393.399	83	459
Marituba	45.616	101.159	108.246	18	14
Benevides	98.746	46.611	51.651	17	04

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES Net) - datasus /Ministério da Saúde.

Neste sentido, os municípios que compõem a Região Metropolitana de Belém constituem em sua estrutura organizacional da política de saúde a criação de Conselho Municipal de Saúde, sendo este um dos requisitos para repasse de recursos do Governo Federal aos municípios, de acordo com o determinado na Lei 8142/90. Diante disso, podemos constatar que todos os municípios pesquisados contam com Conselho Municipal de Saúde, composto por 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados, ou sem fins lucrativos, conforme resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

No tópico a seguir, trataremos das diretrizes dos CS, no âmbito estadual e municipal, de acordo com a orientação da Resolução nº 333, criada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual orienta a respeito das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: SUAS ATRIBUIÇÕES GERAIS NAS ESFERAS GOVERNAMENTAIS

Neste tópico, destacamos as diretrizes dos Conselhos de Saúde, sendo estes de âmbito estadual ou municipal, de acordo com a orientação da Resolução 333/2003 do CNS.

Tais informações foram organizadas de forma geral, com o propósito de relacionar estas informações gerais entre os Conselhos pesquisados, para que no próximo tópico façamos um levantamento das informações específicas de cada Conselho, com o intuito de analisar as particularidades e singularidades entre eles. A organização das informações a respeito dos Conselhos de Saúde foi feita por meio de 11 itens, sendo: a) definição de cada

conselho de saúde; b) legislação específica; c) composição; d) organização; e) estrutura; f) funcionamento; g) função do conselheiro; h) periodização das reuniões; i) critérios de participação; j) competências; e k) decisões do Conselho de Saúde.

a) Definição de Conselho de Saúde (CS)

Órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência definidas na Lei 8142/90. Portanto, o CS substancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde, para a garantia do controle social. A partir de então, tem ocorrido desdobramentos, com o surgimento de outros Conselhos, como os Conselhos regionais, Conselhos locais, Conselhos distritais, dentre outros, sendo que os Conselhos de Saúde da esfera correspondente é responsável pela coordenação dos demais Conselhos ligados à área da saúde.

b) Legislação específica

A Lei de criação dos CS é estabelecida por cada esfera de Governo, sendo por Lei Municipal, Estadual ou Federal. A reformulação de cada Conselho deverá agregar as demandas da população, consubstanciadas nas Conferências de Saúde, com base na Lei 8142/90. Quando não houver Conselho Municipal de Saúde, caberá ao Conselho Estadual assumir a responsabilidade de realizar a primeira Conferência de Saúde no município, que terá dentre seus objetivos a criação e composição do Conselho Municipal de Saúde.

c) Composição

O número de Conselheiros será definido pelo plenário dos CS e Conferências de Saúde e posteriormente definido em Lei específica, com composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. Deverão ser distribuídos por 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; e 25% de representação de governo e prestador de serviços privados e conveniados, ou sem fins lucrativos. Destaca-se que os segmentos escolhidos para compor o CS devem representar a sociedade como um todo, para a melhoria da eficiência do SUS.

d) Organização

O CS é uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, devido garantir a participação da sociedade organizada.

e) Estrutura

Os governos garantirão autonomia ao pleno funcionamento dos CS, com dotação orçamentária, e orçamento do CS gerenciado por seus Conselheiros. O plenário de cada CS deverá definir sua dimensão e estrutura, de acordo com seu regimento interno e conforme a NOB de recursos humanos do SUS. A estrutura interna de cada Conselho, como sua coordenação e direção dos trabalhos, deverão propiciar uma relação democrática entre seus membros, com distribuição de atribuições entre os conselheiros, evitando a hierarquia de poder entre os mesmos e não comprometendo seu funcionamento nos moldes democráticos; A secretaria executiva será subordinada ao plenário do CS.

f) Funcionamento

Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. É importante destacar que o CS exerce suas atribuições mediante o funcionamento do plenário, composto pelas comissões intersetoriais, previstas na lei 8080/90, pelas comissões internas, que têm caráter temporário ou permanente, e outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias podendo haver nestas, integrantes não conselheiros. O CS constituirá uma coordenação geral ou mesa diretora, considerando a paridade entre os conselheiros, eleita em plenário, bem como seu presidente ou coordenador. Destaca-se ainda sobre as alterações na organização do CS, devendo prevalecer o que está garantido na Lei. A proposta deverá ser encaminhada ao Conselho e posteriormente votada em reunião plenária, para ser inserida no regimento interno e homologada pelo Gestor da esfera correspondente.

g) Função de conselheiro

A função dos membros do CS é considerada de relevância pública, não será remunerada e garante sua dispensa do trabalho, sem prejuízo para o conselheiro, durante as reuniões e demais atividades e ações de cada CS.

h) Periodização das reuniões

Cada CS deverá realizar reunião ordinária no mínimo uma vez por mês e extraordinária quando convocada por seu presidente, ou por um terço de seus conselheiros, sendo a pauta e o material de cada reunião encaminhado com antecedência aos conselheiros. As reuniões plenárias devem ser abertas ao público.

i) Critérios de Participação

São consideradas como existentes, para fins de participação no CS, as entidades com personalidade jurídica reconhecida e regularmente funcionando. Os representantes do CS serão indicados, por escrito, por seus respectivos segmentos e entidades, de acordo com sua organização ou por meio de fóruns próprios e independentes. O mandato dos conselheiros será definido em regimento interno de cada Conselho. No entanto, a resolução 333/2003 sugere que tenha duração de dois anos, podendo haver recondução de conselheiros, a critério de suas entidades representadas. A resolução 333/2003 orienta que os poderes judiciários e legislativos não participem dos CS, devido o comprometimento que isso possa levar ao fortalecimento da independência entre os poderes. Em se tratando do poder executivo é apto a participar ativamente dos Conselhos, inclusive em cargos de decisão, como ocorre em muitos Conselhos que têm como presidente nato o Secretário de Saúde.

j) Decisões do Conselho de Saúde

As decisões do CS serão adotadas mediante *quorum* mínimo da metade mais um de seus integrantes. O pleno do Conselho deverá se manifestar por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções deverão ser homologadas de forma pública e oficial, pelo chefe do poder constituído por cada esfera de governo, no prazo de 30 dias. Caso a resolução não seja homologada no prazo determinado, e o gestor não envie ao Conselho justificativa para tal fato, as entidades integrantes do CS podem recorrer ao Ministério Público, para validação da resolução.

k) Competências

São definidas na quinta diretriz da resolução 333/2003, vinte e quatro competências, sendo os itens a seguir: 1) implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde; 2) elaborar o regimento interno do Conselho e outras normas de funcionamento; 3) discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas

Conferências de Saúde; 4) atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; 5) definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; 6) estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; 7) proceder a revisão periódica dos planos de saúde; 8) deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde; 9) estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade; 10) avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; 11) avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; 12) aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observando o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes; 13) propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos; 14) fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre os critérios de movimentação de recursos de saúde, incluindo o Fundo de saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União; 15) analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento; 16) fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente; 17) examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias; 18) estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho

de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-Conferências e Conferências de Saúde; 19) estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da saúde; 20) estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da Saúde pertinentes ao desenvolvimento do SUS; 21) estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões; 22) apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento; 23) aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS; 24) acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde.

Dentre as vinte e quatro competências apresentadas anteriormente, destacamos onze itens que definem explicitamente a função fiscalizadora do CS, sendo: item 6. estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; item 7. proceder à revisão periódica dos planos de saúde; item 10. avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; item 13. propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos fundos de saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos; item 14. fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre os critérios de movimentação de recursos de saúde, incluindo o Fundo de saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União; item 15. analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento; item 16. fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente; item 17. examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias; item 21. estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo

informações sobre as agendas, datas e local das reuniões; item 22. apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento; item 24. acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde.

Os onze itens sobre as competências do CS destacados acima constatarem que, aproximadamente, a metade dos itens (num total de vinte e quatro itens) dizem respeito diretamente à função fiscalizadora do CS.

De acordo com Paracampo (2004), o discurso acerca do modelo de democracia carrega em sua essência a criação de instâncias representativas, o que contribuiu para o aumento da participação dos cidadãos no processo político, surgindo “novas institucionalidades”, como fóruns, câmaras, conselhos, entre outros para garantir a ampliação do processo da democracia das políticas públicas. “[...] os conselhos municipais são arranjos institucionais que permitem uma participação ampla da sociedade civil nos processos deliberativos das políticas públicas locais” (PARACAMPO, 2004, p. 9). Estes visam padrões de cooperação e negociação, dentro das decisões públicas no âmbito local, ou seja, pretendem ampliar a capacidade da gestão em gerar consensos.

Os conselhos municipais configuram os novos padrões associativos que potencializam a construção de novas institucionalidades políticas levando a uma ruptura com as formas tradicionais de participação política, atuam como instâncias mediadoras, canais institucionais de representação que visam ampliar a capacidade de participação da sociedade organizada nos processos decisórios das políticas públicas (PARACAMPO, 2004, p. 13).

Dessa forma, apesar dos resultados de sua pesquisa, em entrevista com os conselheiros, afirmarem que a gestão local respeita as deliberações definidas no pleno do Conselho de saúde, não há em termos de legislação, uma garantia de efetividade dessas deliberações, ou seja, não existem ainda mecanismos de acompanhamento e/ou fiscalização consolidados e efetivos do processo das decisões tomadas no interior dos Conselhos, pois estes ainda são muito frágeis e progressivamente se afastam de suas bases políticas, não apresentando resultados de sua atuação nas políticas públicas junto ao Conselho de Saúde (PARACAMPO, 2004).

Na visão de Paracampo (2004), os Conselhos são considerados como arenas decisórias, enquanto novas “institucionalidades democráticas”, sendo autônomos e com o

papel de garantir os direitos e representar as demandas e interesses do coletivo da sociedade, permitindo seu reconhecimento e incorporação nas arenas decisórias entre os diversos atores e grupos do sistema político. No entanto, afirma que a partilha desigual de poder dentro dos Conselhos restringe a participação da sociedade civil nos processos decisórios das políticas públicas, o que limita as ações do Conselho apenas à função consultiva ou de simples legitimação das decisões de Gabinete.

6.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS CONSELHEIROS E O SEU PAPEL FISCALIZADOR DENTRO DO PROCESSO DECISÓRIO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Nesta seção, pretendemos compor um perfil dos conselheiros a partir de variáveis: conselheiros residentes no município; grau de escolaridade; média salarial; gênero predominante; e critérios para se tornar conselheiro, com o intuito de analisar seu papel fiscalizador nas decisões das ações e serviços de saúde.

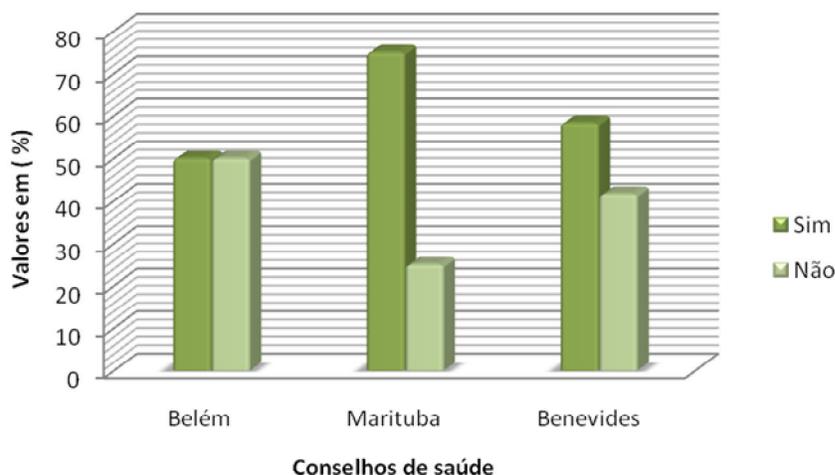
Michels (1982) afirma que a massa urbana da organização decide as demandas mais importantes, sejam estas demandas específicas da cidade ou campo. O gráfico abaixo demonstra que a maioria dos conselheiros reside no município de atuação do Conselho que representa. Entre os municípios, o conselho de Benevides demonstra uma diferença maior entre esses residentes, enquanto que nos demais conselhos pesquisados esta diferença é mínima. Neste sentido, quanto mais próximo do centro, maior o índice de conselheiros residentes no município de atuação.

Podemos dizer também que isto é um indicador da fragilidade organizacional dos municípios afastados do centro, concordando, assim com Michels (1982), que afirma que a massa urbana da organização decide sobre as demandas mais importantes, sejam estas demandas específicas da cidade ou campo, interferindo nas condições locais, nas decisões de ordem tática, tendo os membros que habitam longe dos grandes centros apenas um papel coadjuvante nas decisões.

Desta forma, os dados confirmam uma fragilidade organizacional existente nos municípios afastados do centro, bem como afirma Michels (1982). Como bem afirma o autor, não há como garantir democracia pura. Sendo assim, podemos afirmar que, baseado nos dados levantados, as decisões locais são definidas por um grupo especializado, com autoridade e conhecimento mais elevado, do que os membros que habitam longe dos grandes

centros, que tem papel coadjuvante, pois todos os assuntos de ordem tática exigem um conhecimento especializado.

Gráfico 1 - Residem ou não no município de atuação do CS.



Fonte: Elaboração própria (2011).

Dentre os conselhos da RMB pesquisados destacamos que o grau de escolaridade predominante é o ensino médio.

O gráfico 2 demonstra que no conselho de Belém prevalece o ensino médio completo, posteriormente o ensino superior completo e incompleto entre os conselheiros. No Conselho de Marituba ocorre o inverso, prevalecendo entre os conselheiros o ensino superior incompleto e o ensino médio completo. No Conselho de Benevides há variações, apresentando maior número de conselheiros com ensino superior completo, posteriormente com número abaixo o ensino médio completo e ensino superior.

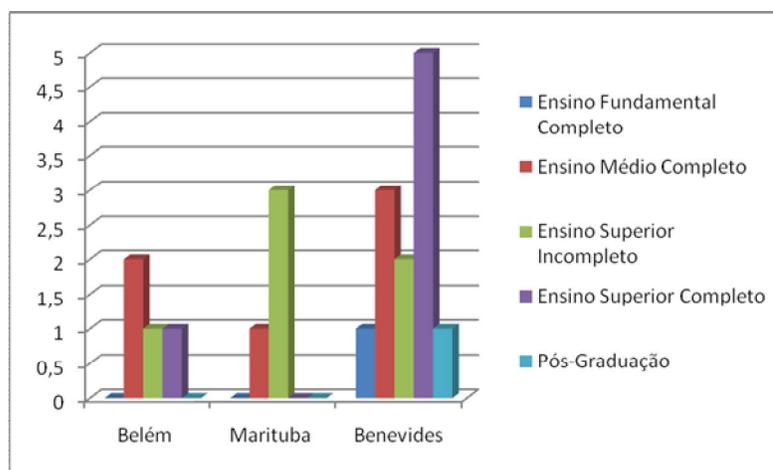
Michels (1982) afirma que as massas têm uma necessidade intensa de direção, mesmo as massas organizadas, devido às diferenças no grau de cultura e educação entre seus membros. Isto garante mais poder e influência aos dirigentes, sendo estes vistos como indispensáveis, e assim participam comumente de várias organizações e ocupam diversos cargos, sendo o acúmulo de funções uma característica dessas lideranças.

Isso demonstra que ainda há disparidades entre o grau de escolaridade, principalmente se compararmos os segmentos dos usuários, dos profissionais de saúde e o segmento dos gestores.

No segmento dos gestores é onde encontramos o nível mais elevado de escolaridade: o ensino superior completo e a pós-graduação, disparidade identificada entre os segmentos,

principalmente no Conselho de Benevides. Isso comprova o desnível de conhecimento entre os conselheiros, tornando o entendimento de assuntos da política de saúde de forma global mais limitada e complexa aos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde, concentrando maior capacidade técnica e decisória ao segmento dos gestores. Isto é um fator decisivo dentro da função fiscalizadora do Conselho, pois este só terá condições de participar da devida fiscalização da política de saúde municipal, se tiver as informações necessárias para atuar no Conselho.

Gráfico 2 – Grau de escolaridade dos conselheiros.



Fonte: Elaboração própria (2011).

O gráfico 3 demonstra que no Conselho de Belém, mais de 70% dos conselheiros recebem até dois salários mínimos; no conselho de Marituba, 50% dos conselheiros recebem acima de cinco salários mínimos; e no Conselho de Benevides, aproximadamente 30% dos conselheiros recebem acima de cinco salários mínimos.

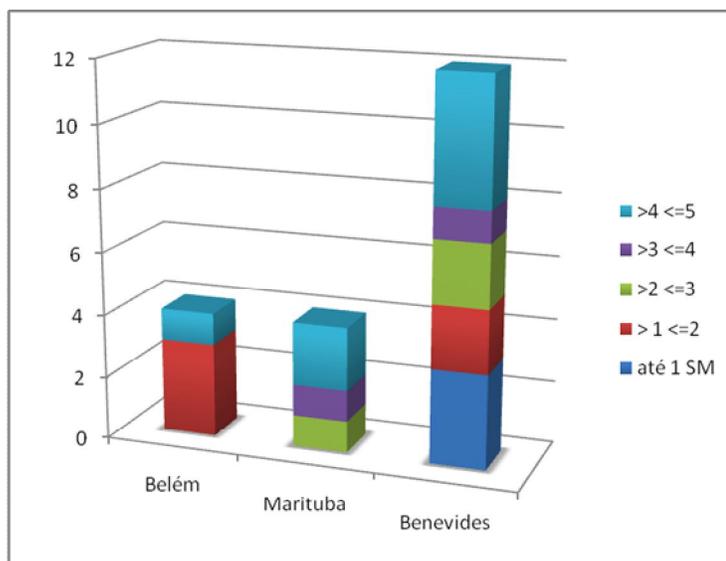
No entanto, a relação do nível salarial mais alto ainda se concentra no segmento dos gestores e prestadores de serviço, o que demonstra certa dependência dos segmentos dos usuários e profissionais de saúde, visto que estes fazem parte da gestão e dependem financeiramente da mesma.

De acordo com Olson (1999), os indivíduos se unem num grupo ou organização por compartilharem de um interesse comum ou coletivo. No entanto, os interesses puramente individuais não são anulados, mas movidos por um interesse em comum. É preciso superar a ação individual, pois não existe um grupo sem interesses.

Diante da afirmação de Olson (1999), podemos dizer que os dados comprovam que as decisões a serem tomadas pelo Conselho de Saúde estão diretamente relacionadas com sua

condição de dependência financeira, devido os conselheiros estarem vinculados a empregos formais na gestão atual.

Gráfico 3 – Média salarial dos conselheiros.

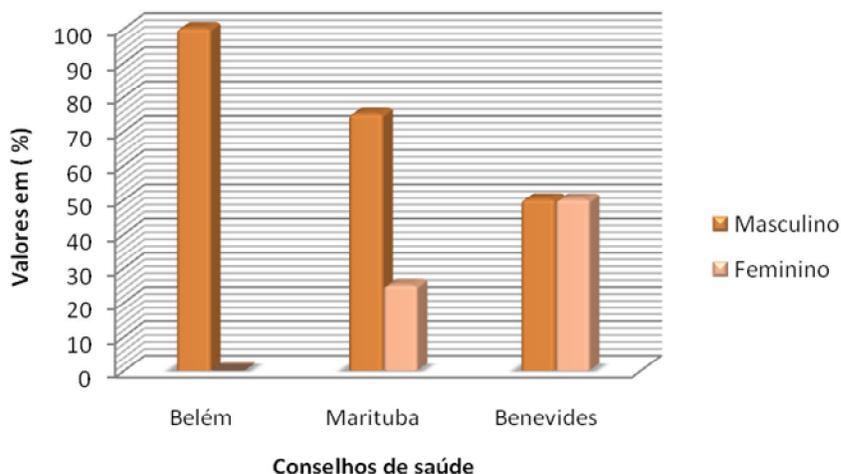


Fonte: Elaboração própria (2011).

Os dados abaixo demonstram que quase 100% é do gênero masculino no Conselho de Belém, bem como no Conselho de Marituba, com 70% de conselheiros do gênero masculino, enquanto que em Benevides 50% é do gênero masculino e 50% é do gênero feminino. Pode-se afirmar com isso, que o gênero masculino ainda é predominante na maioria dos Conselhos.

Esse dado apresentado levanta indicadores importantes para estudos futuros, sobre a participação política da mulher. No gráfico 4 apresentado observamos que ainda há um desequilíbrio da participação da mulher na esfera política na estrutura do Conselho de Belém e de Marituba, contrariamente ao que ocorre no conselho de Benevides, que vem equilibrando os gêneros na sua gestão atual, o que nos questiona se é apenas uma coincidência ou um sinal de maior inserção política da mulher. Este suposto equilíbrio da participação da mulher no Conselho pode ter sido um critério na escolha dos conselheiros.

Em geral os dados confirmam significativa disparidade de gênero dentro do papel político do conselho, que ainda tem na sua representatividade a participação efetiva da figura masculina nas decisões das políticas de saúde da Região Metropolitana de Belém.

Gráfico 4 - Gênero predominante entre os conselheiros.

Fonte: Elaboração própria (2011).

Podemos dizer então que o perfil atual dos conselheiros da RMB é de: uma composição de representantes que são predominantemente residentes do seu município de atuação; o ensino médio é o grau de escolaridade que prevalece entre os conselheiros; em relação ao gênero, o masculino prevalece; a média salarial varia de um município para outro, sendo que no Conselho Belém, a média é de até dois salários mínimos, no Conselho Marituba a média é de até cinco salários mínimos e no Conselho Benevides a média salarial é bastante variada, sendo que menos da metade dos conselheiros recebe até cinco salários mínimos. No entanto, há uma característica em comum observada entre estes Conselhos, pois os maiores salários ainda se concentram no segmento dos gestores e prestadores de serviço.

Considerando a teoria da ação coletiva utilizada neste trabalho, na perspectiva de Olson (1999) e Michels (1982), as possibilidades dos Conselhos Municipais atuarem em prol dos direitos à saúde, como preconiza o SUS, são limitadas, no máximo dois anos de mandato, podendo este ser prorrogado, visto que as diferenças e desníveis de conhecimento e interesses individuais dos conselheiros são superiores aos interesses coletivos.

Desta forma, a função fiscalizadora estudada neste trabalho, mesmo sendo uma ação inerente dos CS é prejudicada ao longo de seu processo de atuação, por envolver interesses difusos, barganhas e negociações que estão além dos interesses coletivos de bem estar do cidadão brasileiro, que tem direito à saúde pública de qualidade.

6.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM E A FISCALIZAÇÃO COMO TAREFA

Para entendermos melhor sobre os Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Belém, neste subtópico faremos uma descrição preliminar acerca deste fenômeno, que compreende os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara²⁶.

Com isso, pretende-se identificar, no quadro denominado Informações do Conselho Municipal de Saúde (Apêndice B), a participação no que diz respeito à fiscalização dos CS no SUS, demonstrando por meio de alguns indicadores, os mecanismos que são utilizados para medir o funcionamento (ou não) de uma função que é inerente ao CS: a fiscalização.

Este quadro foi construído com informações de dados secundários particulares de cada conselho pesquisado, como: a Lei de criação do Conselho de saúde de Belém nº 7.666/93; Lei de criação do Conselho Municipal de saúde de Marituba nº 120/2003; Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde de Benevides nº 824/95; regimento interno de cada Conselho; Lei 8.080/90; Lei 8.142/90; e Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Apresentamos as informações de cada Conselho Municipal de Saúde pesquisado por meio de doze itens, sendo: 1) Definição ou objetivo do Conselho Municipal de Saúde (CMS); 2) Legislação específica de criação do CMS; 3) Composição; 4) Organização; 5) Estrutura; 6) Funcionamento; 7) Comissões existentes; 8) Função de conselheiro; 9) Periodização das reuniões; 10) Decisões; 11) Critérios de Participação; e 12) Competências.

A partir das informações desse quadro, faremos uma análise específica das competências que condizem diretamente à função fiscalizadora dos Conselhos na política de saúde, para posteriormente, no próximo capítulo, fazermos uma análise mais aprofundada.

Comparando os dados secundários coletados dos municípios pesquisados, analisamos a partir do quadro citado acima as informações do objeto pesquisado, por meio dos ítems criados neste quadro, conforme constatamos nos apêndices.

Na definição ou objetivo de criação de cada Conselho, este é integrante da estrutura básica da secretaria municipal de saúde, definido como instância ou órgão de caráter permanente e deliberativo, em geral com a finalidade ou objetivo de deliberar, acompanhar, fiscalizar, coordenar e avaliar as ações de saúde, segundo as diretrizes do SUS, no âmbito da

²⁶ Destacamos que os municípios de Ananindeua e Santa Bárbara não autorizaram a realização da pesquisa nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. Sendo assim, o presente estudo foi delimitado aos demais municípios que compõem a Região Metropolitana de Belém, sendo: Belém, Marituba e Benevides, o que não compromete a qualidade dos resultados deste trabalho.

Política municipal de saúde. É importante destacarmos que este objetivo é formulado de acordo com orientação do Governo Federal, que exige a criação do Conselho de Saúde como instância colegiada, para a transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios. Portanto, todos os Conselhos foram criados e regulamentados por meio de Lei municipal específica ao Conselho de Saúde, bem como orienta o Governo Federal.

Sobre sua composição, o Conselho Belém tem maior número de Conselheiros do que os Conselhos de Marituba e de Benevides, com vinte membros, enquanto que os dois últimos são compostos por doze membros.

Uma observação importante é com relação à representatividade dentro do segmento dos gestores e prestadores de saúde. No conselho Belém, dos cinco representantes deste segmento, três são da Secretaria de Saúde; no Conselho de Marituba, dos três representantes dois são da Secretaria de Saúde; no Conselho de Benevides, dos três representantes, dois também são da Secretaria de Saúde. Desta forma, destaca-se que é predominante a representação da Secretaria de Saúde em todos os Conselhos, exercendo grande influência nas decisões dos Conselhos.

Outro destaque é com relação ao segmento dos usuários de Benevides – Coordenadoria Municipal de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CMAPEN), que apesar de estar representando o segmento dos usuários, em entrevista foi constatado que esta entidade é uma organização governamental. O entrevistado afirmou ter clareza desta indefinição, mas destacou que foi a única forma de participar da gestão do Conselho, visto que o município carece de representação não governamental que assegurem os direitos da pessoa com deficiência. Isto constata a fragilidade da representação dos usuários e interferência novamente do segmento do governo nas demais representações dentro do Conselho.

Todos os Conselhos são compostos por plenário, presidência, secretaria executiva e comissões como estrutura organizacional principal, tendo variação na formação de suas comissões, na sua finalidade e funcionamento. No Conselho Belém, existe a previsão de criação de câmaras técnicas e específicas no regimento interno deste Conselho. No Conselho Marituba, existem as comissões permanentes, sendo criadas as comissões específicas e temáticas de acordo com a necessidade deste Conselho. No Conselho Benevides, apesar do regimento interno definir a criação de comissões permanentes, foi constatado nas entrevistas que as comissões não estão atuando, devido o regimento interno estar em processo de reformulação, o que levará a alterações nas comissões existentes.

Com relação à estrutura dos Conselhos, de acordo com determinação do Governo Federal, é de competência do poder executivo, por meio da secretaria municipal de saúde, indicar um técnico administrativo para exercer a função de secretário executivo do Conselho e proporcionar aos conselhos previsão orçamentária, garantindo as condições necessárias para seu pleno funcionamento.

Outro destaque ao conselho de Benevides é o fato do seu regimento interno definir como presidente e membro nato o secretário municipal de saúde. Isto constata a dependência financeira do Conselho, o que interfere diretamente nas ações e atividades a serem definidas por cada Conselho, visto que a viabilização de recursos do conselho é definida diretamente pela gestão governamental, para realizarem sua função de conselheiro de saúde.

A função de conselheiro é destacada como função não remunerada, considerada de relevância pública. As seções das plenárias são previstas ordinariamente a serem realizadas no mínimo uma reunião ao mês, e, extraordinariamente, quando convocada pelo presidente do conselho ou um terço de seus membros. No Conselho Benevides, ainda é previsto no regimento interno a prerrogativa do presidente definir “ad referendum” ao plenário, se não estiver presente a maioria absoluta dos conselheiros. No conselho Belém e Benevides, o regimento interno destaca que as plenárias, tanto ordinárias, como extraordinárias, são abertas ao público, com pauta e data que devem ser divulgadas nos meios de comunicação, para garantir a participação da população.

Encontramos como pontos convergentes entre os Conselhos, critérios de participação: o mandato de dois anos dos conselheiros, sendo substituídos com a realização da próxima Conferência Municipal de Saúde, podendo haver recondução dos membros do Conselho; os membros titulares e suplentes são indicados pelos segmentos e entidades que representam e nomeados pelo Prefeito do município.

Outro critério de participação diz respeito ao desligamento dos membros: caso estes, sem justificativa, não compareçam a três reuniões seguidas ou a cinco reuniões alternadas, no período de um ano, poderão ser substituídos, mediante solicitação de sua entidade ou organização responsável por sua indicação. Novamente o governo tem grande influência na escolha dos membros do Conselho, tendo como um dos critérios de participação no Conselho a sua nomeação pelo prefeito.

Sobre as decisões do Conselho, todos os seus atos são consubstanciados em resoluções, mas essas são efetivadas e variam de um conselho para outro. No conselho de Belém, as decisões devem ser homologadas pelo Prefeito, podendo ser legitimadas por meio de portaria do secretário municipal de saúde. No conselho de Marituba devem ser

homologadas pelo secretário municipal de saúde, cabendo à secretaria municipal de saúde tomar as medidas necessárias para sua efetivação. Em Benevides, as deliberações do Conselho são consubstanciadas em resoluções.

Sobre o número de reuniões realizadas em cada Conselho, estas devem ocorrer ordinariamente uma vez ao mês e extraordinariamente de acordo com pedido da maioria dos conselheiros ou de seu presidente, por uma urgência ou deliberação específica.

Este quantitativo de reuniões realizadas pode sinalizar e contribuir para a análise do nível de fiscalização e eficiência de cada Conselho, visto que as reuniões são mecanismos de discussão e deliberação dos Conselhos. Conforme quadro abaixo, podemos observar o número de reuniões realizadas a cada ano nos Conselhos pesquisados, sendo levantada as gestões do CS referente aos anos de 2005 a 2010²⁷:

Quadro 2 - Quantitativo de reuniões realizadas por ano nos CS.

Ano	Número de reuniões ordinárias (ORD.) e extraordinárias (EXT.)					
	Conselho					
	Belém		Marituba		Benevides	
	Reuniões ORD.	Reuniões EXT.	Reuniões ORD.	Reuniões EXT.	Reuniões ORD.	Reuniões EXT.
2005	09 ord.	01 ext.	12 ord.	_____	04 ord.	03 ext.
2006	06 ord.	01 ext.	12 ord.	_____	01 ord.	01 ext.
2007	05 ord.	04 ext.	08 ord.	_____	_____	03 ext.
2008	04 ord.	03 ext.	08 ord.	01 ext.	02 ord.	01 ext.
2009	08 ord.	02 ext.	08 ord.	01 ext.	04 ord.	01 ext.
2010	05 ord.	05 ext.	Sem informação	Sem informação	Sem informação	03 ext.
TOTAL	37 ORD.	16 EXT.	48 ORD.	02 EXT.	11 ORD.	12 EXT.

Fonte: Elaboração própria (2011).

De acordo com o quadro acima, podemos analisar que o número de reuniões realizadas entre os Conselhos pesquisados varia bastante, por exemplo, no Conselho Belém varia de 05 a 09 reuniões ordinárias por ano; no Conselho Benevides ocorre de 01 a 04 reuniões ordinárias por ano; e no Conselho de Marituba ocorrem de 08 a 12 reuniões ordinárias por ano.

Apesar das reuniões extraordinárias não serem analisadas como variáveis essenciais neste trabalho, o número de reuniões extraordinárias realizadas no Conselho de Benevides nos chamou a atenção, pois em alguns anos ocorreram com maior ênfase do que as reuniões ordinárias, considerando o caráter da reunião extraordinária. Assim, podemos confirmar que as reuniões ocorreram para deliberar uma pauta específica, sem provocação de discussões de demandas e necessidades existentes no município.

²⁷ As informações do ano de 2010 foram coletadas em campo até o mês de agosto, de acordo com o período de pesquisa de campo realizado nos CS pesquisados.

O baixo número de reuniões ordinárias realizadas por ano em cada Conselho demonstra a dificuldade entre eles de participar da fiscalização da política de saúde, visto que as reuniões são o mecanismo mais utilizado de organização, discussão, deliberação e decisão das ações da saúde nos Conselhos. Neste sentido, constatamos que há uma lacuna na fiscalização das ações de saúde nos municípios pesquisados, pois os mesmos não se reúnem periodicamente ou se reúnem poucas vezes para discutirem sobre as questões de saúde de seu município.

Por outro lado, analisando não somente o quantitativo de reuniões, mas, sobretudo o conteúdo qualitativo das discussões em pauta nas reuniões, se não há reuniões, dificilmente a fiscalização do Conselho de Saúde funcionará, pois não identificamos outro mecanismo ou espaço de discussão criado entre os conselheiros além das reuniões ordinárias e extraordinárias a serem realizadas durante o ano. De acordo com a análise das pautas definidas nas atas das reuniões realizadas, pouco se discute com relação à fiscalização das ações e serviços de saúde em cada município.

7 A INEFICIÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo pretende interpretar os dados coletados nos Conselhos Municipais de Saúde da RMB, no sentido de traduzir o que significam. “[...] o cientista, com o uso da lógica demonstrável, interpreta os dados, diz o que eles devem dizer” (FARIAS FILHO, 2009).

No que se refere à interpretação dos dados, procuramos ir além do material coletado, por acreditarmos ser importante atingir um grau de significação mais amplo ao objeto estudado. Portanto, este capítulo apresenta a matriz da fiscalização, sendo esta criada para medir o nível de fiscalização dos CS da RBM, por meio do levantamento de dados secundários e primários coletados na pesquisa.

A matriz de análise da fiscalização dos Conselhos de Saúde (CS)²⁸ pesquisados é apresentada neste capítulo em três momentos: Matriz 1 - município de Belém; Matriz 2 - município de Marituba; e Matriz 3 - município de Benevides. Estas matrizes foram criadas com o intuito de medir o nível da fiscalização dos CS dos municípios da Região Metropolitana de Belém, conforme apêndice D, demonstrando de forma geral o nível de fiscalização dos CS no período de 2005 a 2010, o que veremos mais adiante neste capítulo.

A matriz de cada Conselho pesquisado foi organizada em três critérios, sendo: Função do CS; Descrição dos subitens das funções do Conselho de Saúde; e a coluna para análise dos níveis de fiscalização em seu respectivo ano de gestão do Conselho de Saúde, no período de 2005 a 2010. Explicaremos abaixo cada Função fiscalizadora discriminada nos CS, bem como seus subitens²⁹:

A Função 1, denominada Controle dos gastos públicos, foi organizada para analisar o nível de controle e fiscalização dos Conselhos a respeito dos recursos destinados ao Fundo Municipal da Saúde, bem como definir sua utilização, de acordo com as necessidades e demandas da população com relação à saúde municipal. Selecionamos como subitens: 1.1) Análise do PPA da Secretaria Municipal de Saúde; 1.2) Avaliação e acompanhamento dos critérios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal de Saúde; 1.3) Análise da prestação de contas trimestral da Secretaria Municipal de Saúde; 1.4) Avaliação do Relatório de gestão;

²⁸ A matriz da fiscalização dos CS foi construída a partir de informações da legislação específica do SUS e documentos específicos dos CS pesquisados.

²⁹ O procedimento metodológico dos subitens das funções do CS estão discriminadas no quadro do apêndice E.

Com o intuito de medir o nível de acompanhamento dos Conselhos sobre as ações e serviços de saúde, a Função 2, intitulada Deliberação sobre ações do CS teve como indicadores a realização de visitas nos estabelecimentos de saúde para fiscalizar seu funcionamento; reuniões de avaliação das deliberações dos conselhos e sua efetivação nos serviços de saúde municipal. Os subitens definidos foram: 2.1) Avaliação do funcionamento dos serviços de saúde; 2.2) Acompanhamento das ações e serviços de saúde no município; 2.3) Avaliação das reuniões anteriores do CS para averiguar a efetivação das deliberações feitas à rede de atendimento do Sistema Municipal de Saúde; 2.4) Visitas regulares nos estabelecimentos de saúde, para fiscalizar seu funcionamento.

Na Função 3, chamada Denúncias de irregularidades nos serviços, foi organizada com a finalidade de medir o nível de fiscalização das irregularidades e sua discussão nas pautas de reuniões do Conselho, por meio de câmaras de fiscalização, relatórios e parecer das questões denunciadas, se os órgãos responsáveis são chamados para averiguar as denúncias feitas nos Conselhos. Nesta função, os subitens selecionados foram: 3.1) Criação de Câmaras e comissões de fiscalização, para averiguação das denúncias; 3.2) Discussão nas reuniões para examinar as denúncias e as irregularidades nos serviços; 3.3) Apresentação de relatório dos casos nas reuniões; 3.4) Apresentação de parecer do CS sobre a irregularidade denunciada; 3.5) Encaminhamento das denúncias para os devidos órgãos responsáveis.

E por último, organizamos a Função 4, intitulada Divulgação das ações do CS, com a finalidade de medir o nível de publicização das ações, funções e competências do Conselho de Saúde à comunidade, por meio da análise da frequência de relatórios, audiências, material informativo, dentre outros, para garantir maior participação da sociedade na construção da política de saúde. Os subitens definidos foram: 4.1) Informação à comunidade da agenda de reuniões (Data e local) do CS; 4.2) Informação das funções e competências do CS nos meios de comunicação local (jornal, revista, rádio etc.); 4.3) Apresentação de relatório de atividades do CS; 4.4) Formulação de Panfletos, cartilhas produzidas pelo CS; 4.5) Realização de audiências pública.

De acordo com Gomes (2010), o procedimento da categorização é necessário para que se tenha uma análise objetiva, a partir de um esquema classificatório adequado ao tema estudado e análise do material de pesquisa, “[...] em outras palavras, cada categoria deve ser obtida a partir dos mesmos princípios utilizados para toda a categorização (GOMES, 2010, p. 88).

Desta forma, criamos três níveis de fiscalização como um indicador de frequência a ser medido, ou seja, as Funções da fiscalização serão mensuradas por meio da categorização e

características (apêndice B) demonstradas na análise dos dados do objeto estudado, por meio de três níveis da fiscalização dos Conselhos de Saúde:

- a) Sem Fiscalização (Nível 1), aplicado quando não houver nenhum tipo de interferência ou controle do Conselho de Saúde nos resultados;
- b) Fiscalização Instrumental/Formal (Nível 2), aplicado quando os resultados forem manipulados e dirigidos para vários rumos, ou seja, é discutido nas reuniões do Conselho, mas não ocorre de forma efetiva; e
- c) Fiscalização Efetiva (Nível 3), aplicado quando o Conselho fiscaliza e controla diretamente as ações e resultados.

Para chegarmos ao nível de fiscalização, calculamos as funções de fiscalização com o peso 1, para cada ano de gestão dos CS, isto é, respectivamente do ano de 2005 a 2010. Na fórmula abaixo exemplificamos a Função 1 do ano de 2005 do Conselho Belém, por meio da letra N (Nível de Fiscalização) e a Letra Vn (Valor atribuído a cada subitem da função) e o número de subitens da função (nSIF), conforme a fórmula definida abaixo:

$$N = \frac{Vn(\text{ano})}{nSIF}$$

No tópico a seguir, apresentamos o perfil dos conselheiros da RBM, a fim de contribuir para uma análise do papel fiscalizador dos mesmos, por meio de características identificadas de acordo com as variáveis definidas neste estudo.

7.1 O PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA

Nesta seção, pretendemos traçar um perfil dos conselheiros entrevistados, a partir das variáveis: Conselheiro mais participante por segmento; Conselheiro mais atuante por segmento; Conselheiro menos atuante por segmento; Opinião sobre o número de membros no CS; Número de conselheiros filiados a partidos políticos; e Partido político predominante nos CS.

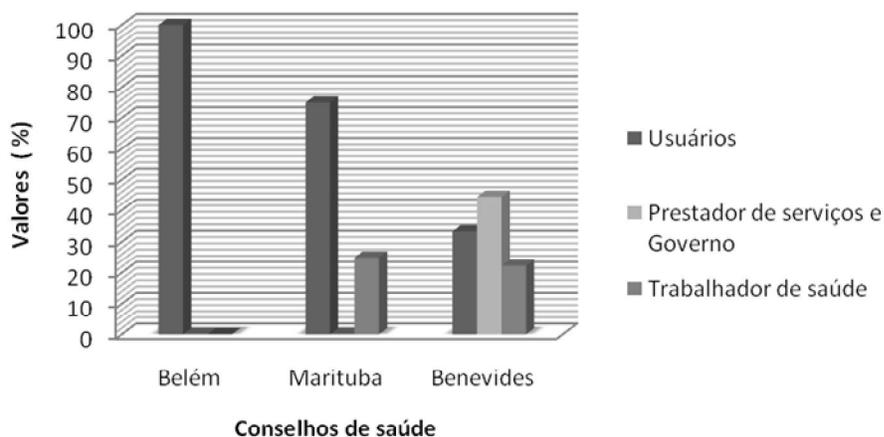
Sobre o conceito de participação social utilizado neste trabalho, segundo Carvalho (1995) é o caminho à cidadania, em que utiliza como categoria central a sociedade. Com isso, surge uma nova relação entre o estado e a sociedade, em que diversos atores são inseridos na arena de negociação, juntamente com o estado na formulação, deliberação, planejamento e monitoramento das políticas públicas.

O gráfico abaixo demonstra que o segmento dos usuários é considerado o segmento mais participante no Conselho Belém e Marituba. Já em Benevides, a maioria dos entrevistados considera o segmento do governo e prestador de serviço o mais participante; ficando o segmento dos usuários em segunda posição.

A maioria dos entrevistados concorda que participar seria estar presente nas reuniões, seja por sentimento de dever ou por hábito, no qual assume uma postura de homem político, com consciência histórica, o que se aproxima do conceito de participação social formulado por Carvalho (1995).

Neste sentido, de acordo com os dados levantados podemos afirmar que dentre os conselhos pesquisados predomina um perfil de conselheiro participante no segmento dos usuários, mas que ainda se concentra as decisões no segmento do governo e prestadores de serviço, devido estar à frente das questões administrativas e táticas da política de saúde.

Gráfico 5 - Conselheiro mais participante por segmento.



Fonte: Elaboração própria (2011).

A complexidade da sociedade moderna, caracterizada por desigualdades, divergências de interesses coloca em análise o significado de representação. Isso exige novas funções e formas para desempenhar na estrutura social, bem como inserção de diversos atores (MICHELS, 1982; OLSON, 1999).

Comparando o que Michels (1982) e Olson (1999) afirmam, constatamos nos dados abaixo que os entrevistados apesar de entenderem que a participação é um processo necessário à conquista da cidadania, o ato de intervir segundo os entrevistados está relacionado ao perfil de quem delibera, decide e intervém nas reuniões.

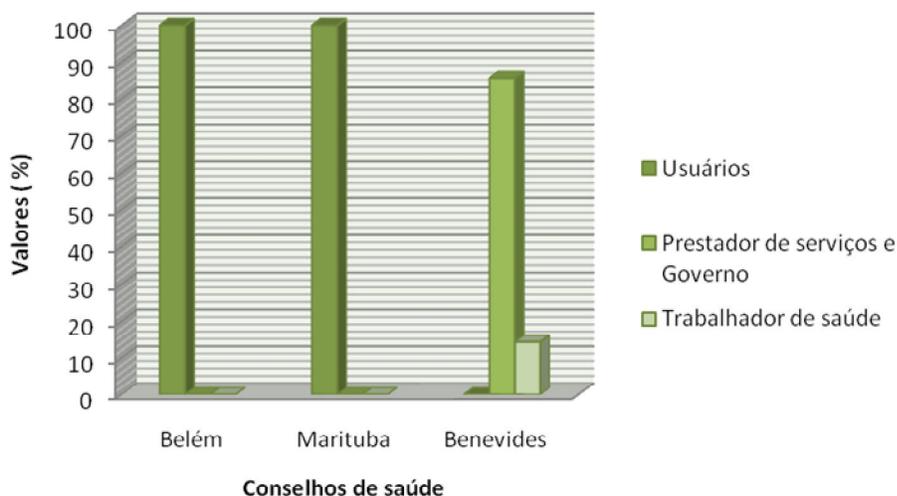
O gráfico abaixo também converge em algumas informações com o gráfico anterior, quando tanto o Conselho Belém, quanto o Conselho Marituba consideram o segmento dos usuários como o mais participante e o mais atuante. Isto demonstra que as decisões dentro destes Conselhos estão concentradas no segmento dos usuários, o que poderia garantir mais controle sobre as ações municipais de saúde e aumento da fiscalização. No entanto, em Benevides, o segmento do governo e prestadores de serviço é quem decide e intervém dentro do Conselho, ou seja, considerado o segmento mais atuante entre os entrevistados.

No gráfico anterior, em Benevides o segmento do governo também aparece como o mais participante, constatando que o poder de deliberação está concentrado neste segmento do conselho, ou seja, a gestão é quem delibera as ações no Conselho, reforçando a ausência de eficiência dos demais segmentos na função fiscalizadora do conselho e no controle das ações.

Neste sentido, com frequência, o ato de representar interesses coletivos, numa sociedade heterogênea se coloca como um desafio praticamente inoperante e obsoleto à realidade da sociedade atual.

A argumentação de Michels (1982) e Olson (1999) confirma que as decisões estão concentradas nas mãos dos chefes, que progressivamente estão se profissionalizando, com maior grau de instrução e poder decisório, o que se coloca em questão é se a base é consultada e se realmente prevalecem os interesses coletivos definidos pela maioria.

Gráfico 6 - Conselheiro mais atuante por segmento.



Fonte: Elaboração própria (2011).

De acordo com Olson (1999), uma organização é criada com o intuito de atender os interesses comuns de seu grupo, pelo fato de não existir grupo sem interesse. No entanto, seja

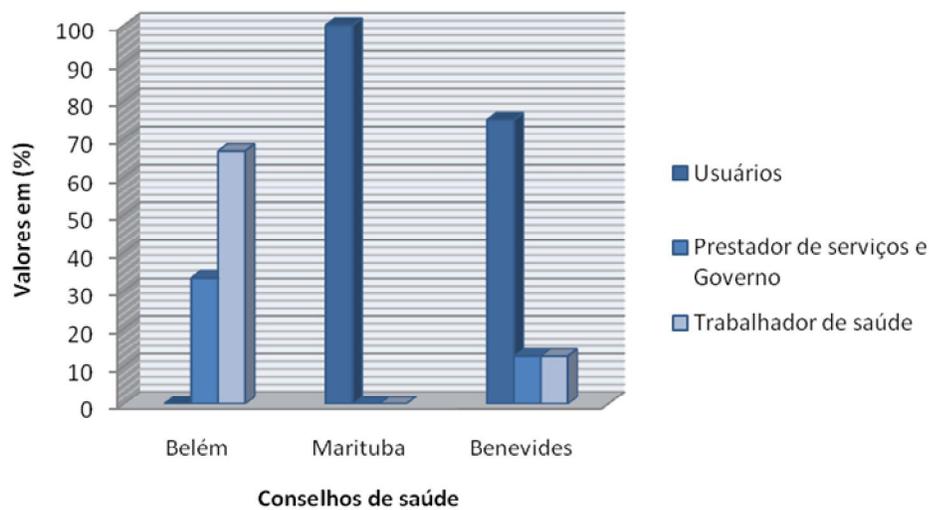
qual for a natureza da organização, dificilmente receberá apoio dos indivíduos, pois estes estão centrados em seus próprios interesses, e isso é inerente a qualquer organização.

Michels (1982) também reforça esta ideia quando afirma que apenas uma minoria dos cidadãos se interessa pelos assuntos públicos e participa das decisões mais importantes. Com isso, os chefes acabam decidindo os assuntos mais importantes pela maioria da base que representa, sem necessariamente consultá-la.

Dentro de uma organização, sempre haverá alguém que pensa diferente ou tem interesses divergentes dos demais membros, o que torna a tarefa de organização mais difícil. Sendo assim, num grupo sempre existirá conflitos, correlações de força, interesses divergentes, para serem barganhados e acordados entre os atores envolvidos.

No gráfico 6 (conselheiro menos atuante por segmento), os resultados da análise se contradizem com os resultados dos gráficos 5 e 6 analisados anteriormente. Enquanto que no gráfico 6 o segmento dos usuários é apontado como o mais atuante no Conselho Marituba, o gráfico 7 aponta o mesmo segmento como o menos atuante, isto é, não delibera, intervém ou decide. Sendo assim, o gráfico 7 demonstra as divergências entre o discurso dos conselheiros e a realidade deste CS. No Conselho Belém, o segmento do trabalhador em saúde se destaca como o menos atuante. Em Benevides, o segmento dos usuários é considerado o menos atuante, demonstrando o quanto a representação da sociedade está distante do controle das ações de saúde no município, quando as decisões e deliberações são realizadas diretamente pelo segmento do governo.

Portanto, os dados mais uma vez confirmam as afirmações de Michels (1982), de que as decisões concentradas nas mãos dos chefes só vêm a reforçar o domínio dos chefes e enfraquecer o sistema representativo, inviabilizando, conseqüentemente, a consolidação da democracia.

Gráfico 7- Conselheiro menos atuante por segmento.

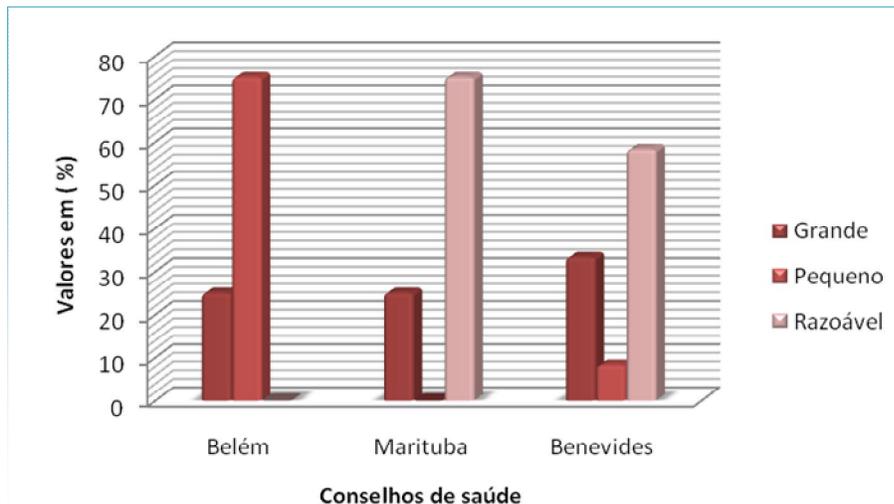
Fonte: Elaboração própria (2011).

Segundo Olson (1999), os grupos pequenos e grandes operam em princípios diferentes. A proporção dos benefícios coletivos de um grupo depende do número de membros, quanto mais membros, menor será a quantidade de benefícios coletivos aos mesmos e menor será sua eficiência no grupo. Já nas organizações grandes, as ações individuais têm pouco efeito no grupo, sendo que todos os membros desfrutam das vantagens do grupo. Olson (1999) destaca outros elementos, como o emocional e o ideológico, que terão influência na decisão de um indivíduo dentro da organização.

O gráfico abaixo (Gráfico 8 - Opinião sobre o número de membros no CS) mostra que a maioria dos entrevistados do Conselho de Belém e de Marituba afirmaram que o número de membros no Conselho é pequeno. Em Benevides a maioria, dos entrevistados afirmaram ser um número razoável. Isso demonstra que a maioria dos Conselheiros entrevistados estão descontentes com o número de membros, devido este número ser insuficiente para o CS exercer sua função fiscalizadora.

A teoria tradicional de grupo, discutida por Olson (1999), seria incompatível para a análise dos Conselhos de Saúde, por defender que o tamanho do grupo não influencia na eficiência deste grupo. No entanto, afirma que um grupo não pode ser avaliado apenas por seu tamanho, pois cada um atribui valores diferenciados ao benefício coletivo. O objeto de estudo demonstra em sua análise que cada grupo, pequeno ou grande, apesar de se tratar do mesmo tipo de organização - Conselhos Municipais de Saúde - diverge entre si.

Gráfico 8 - Opinião sobre o número de membros no CS.



Fonte: Elaboração própria (2011).

O gráfico a seguir mostra que a maioria dos conselheiros de Belém e de Benevides não se filiou a partido político. Em Marituba, o quadro político se mostra diferenciado, com equilíbrio entre os conselheiros filiados e os não filiados a partidos políticos.

Assim, enquanto que em Belém e Benevides não assimilam, aparentemente, as relações partidárias com as ações do Conselho, em Marituba nota-se uma presença partidária equilibrada, o que, de forma direta ou indireta, influencia nas ações e deliberações deste Conselho.

É importante destacar que os conselheiros entrevistados, ao serem indagados sobre o motivo de não se filiarem a partido político, deram respostas bastante variadas: preferem não se envolver em política; não precisam de partido político; não querem se comprometer com nenhum partido político; não se interessaram pela filiação; são apenas simpatizantes; e outros não justificaram.

No entanto, o discurso abaixo confirma a influência que a política exerce sobre o CS:

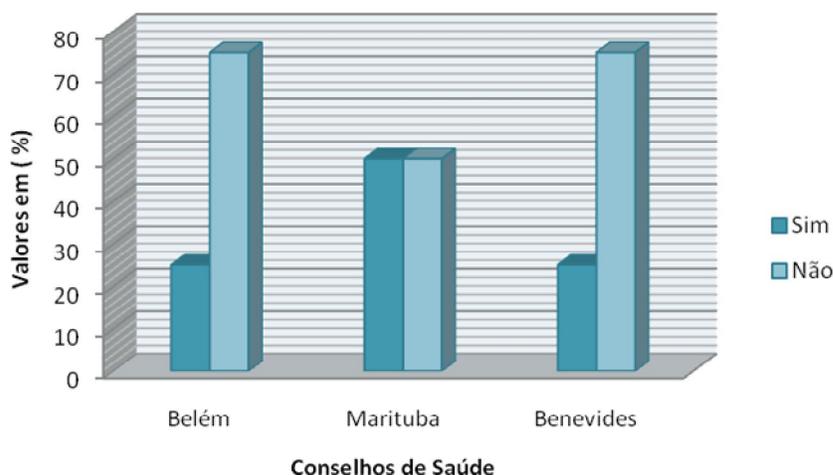
[...] cidade pequena, tudo aqui gira em torno de política, se você não trabalha em favor da máquina você vai pra rua mesmo, se você não vestir a camisa você vai pra rua! O chamado voto do cabresto e, consoante a isso [...] as pessoas tem medo de falar [...] (Conselheiro entrevistado).

Isto demonstra mais uma vez a distância entre o discurso dos conselheiros e a realidade do Conselho.

O fato de o conselheiro não ser filiado, não quer dizer que o mesmo não tenha influências políticas e que não exerça essa influência na relação com os demais conselheiros e deliberações do CS. Portanto, a questão política interfere nas decisões do Conselho.

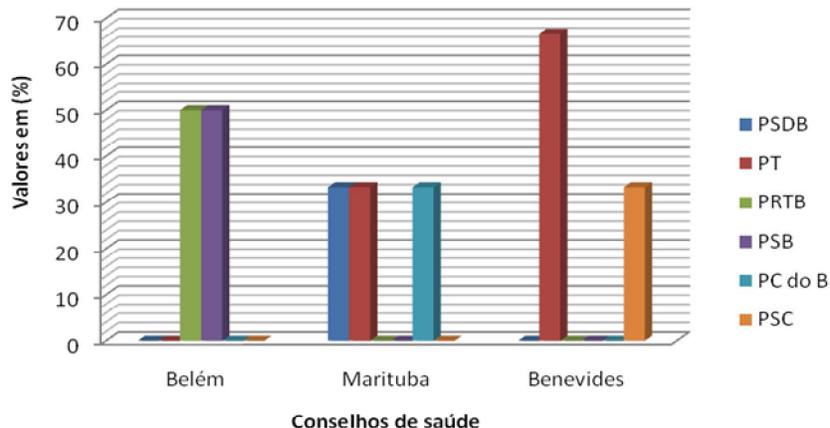
De acordo com Michels (1982), é inconcebível a democracia sem organização, sendo esta entendida por ele como a única forma de criar uma vontade coletiva, ou seja, somente por meio da organização a resistência política será possível, e assim se tornar uma arma a favor da massa. Portanto, o princípio da organização é politicamente necessário para fortalecer a democracia.

Gráfico 9 - Número de conselheiros filiados a partidos políticos.



Fonte: Elaboração própria (2011).

Apesar de os Conselhos de Belém e Benevides terem poucos conselheiros filiados a partidos políticos, como demonstra o gráfico 9 (Número de conselheiros filiados a partidos políticos), o gráfico 10 mostra que em Belém o partido político predominante é o PRTB e o PSB. Em Benevides se destaca o PT, o PSC, enquanto que em Marituba, no qual há um equilíbrio entre o número de conselheiros filiados e não filiados, se distribui predominantemente em três partidos: o PSDB, o PT e o PC do B. Neste sentido, a análise demonstra que o PT se destaca em dois Conselhos: Marituba e Benevides, o que demonstra a influência deste Partido na maioria dos Conselhos pesquisados da RMB.

Gráfico 10 – Partido político predominante nos CS.

Fonte: Elaboração própria (2011).

7.2 A ANÁLISE DO PAPEL FISCALIZADOR DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

Neste subtópico, analisamos as entrevistas realizadas com os conselheiros, utilizando como método a análise de discurso e de conteúdo. A categorização dos termos foi identificada no formulário de entrevistas (Apêndice B), com a finalidade de traduzir e interpretar, ao máximo, o conteúdo da mensagem escrita nas entrevistas e seu significado, de acordo com Farias Filho (2009).

De acordo com os relatos dos entrevistados, os motivos principais de candidatura à vaga de conselheiro municipal de saúde foram:

- a) participar da vida política de forma efetiva;
- b) saber mais da situação de saúde no município;
- c) sempre participou de organizações;
- d) ter controle dos recursos da saúde no município;
- e) foi eleito na Conferência Municipal de Saúde;
- f) adquirir mais conhecimento; e
- g) contribuir com sua comunidade ou organização.

Dentre as respostas, as que se destacaram com maior frequência foram:

- a) garantir uma representatividade no Conselho de Saúde;
- b) Ser indicado pela organização que representa; e
- c) melhorar a saúde no município.

Portanto, a pergunta acima corrobora com o que Michels (1982) afirma sobre representar; segundo ele, significa impor a vontade individual, pois numa representação permanente, a vontade dos representantes prevalece sobre os representados. Apenas uma minoria se interessa pelos assuntos públicos e participa das decisões mais importantes.

De acordo com o que o autor diz, os membros de uma organização participam pelo sentimento de dever ou apenas por hábito. Portanto, os chefes, pela força dos acontecimentos, decidem pela maioria, sem consultar sua base. Qualquer organização produz funções e competências diferenciadas entre seus membros, o que Michels (1982) chama de uma maioria

Sobre os critérios para se candidatar a conselheiro de saúde, alguns responderam que desconheciam os critérios dos demais segmentos, mas citaram alguns como:

- a) ter tempo disponível para participar;
- b) não ser vinculado a órgão público;
ser morador do município que representa;
- c) participar da Conferência, por meio de uma entidade desde que a mesma seja eleita na Conferência Municipal de Saúde;
- d) conhecer a comunidade que representa;
- e) seguir os critérios do segmento que está representando.

Dentre as diversas respostas dos entrevistados, três foram selecionadas com maior frequência:

- a) melhorar a saúde no município;
- b) ser indicado pela organização que representa; e
- c) garantir uma representação no CS.

Alguns entrevistados alegaram que o Conselho é manipulado politicamente e conduzido, por isso há necessidade de nivelamento cultural, intelectual entre os conselheiros, e estes deveriam ser critérios mínimos para que a discussão dentro do Conselho fosse mais produtiva. No entanto, a maioria respondeu como critérios mais relevantes para se tornar conselheiro:

- a) representar uma entidade ou organização;
- b) estar inserido num segmento;
- c) ter perfil e se identificar com a defesa do SUS; ou
- d) apenas querer ser conselheiro.

Com isso, constatamos que no discurso dos entrevistados os mesmos relacionam o motivo de se tornar conselheiro a interesses coletivos, ou seja, que representam os interesses do segmento que o elegeu, sendo comum o conflito de ideias, visto que o Conselho é formado por diversos atores, com divergentes interesses, dependendo do objetivo do grupo ou organização que está inserido.

Neste sentido, retornamos à discussão de Olson (1999), que defende que as organizações são criadas para atender os interesses comuns de seu grupo, mas que todo grupo tem seu interesse individual. Portanto, como afirma Michels (1982), um grupo é concebido de conflitos, vários interesses e diversos atores envolvidos, o que dificulta e torna mais complexa a função do CS na condução da política de saúde e defesa de interesses coletivos, diferente do que informam os conselheiros entrevistados.

A partir da visão de Olson (1999) e de Michels (1982), a pergunta 12 “como se tornou conselheiro de saúde” foi formulada também com o intuito de verificar o interesse individual e coletivo dos conselheiros entrevistados.

Foram identificados entre os diversos motivos dos entrevistados:

- a) que foi a comunidade ou organização que representam que cobrou sua participação para a melhoria da saúde;
- b) por já ter participado anteriormente de movimentos sociais e outras organizações;
- c) por já terem sido eleitos na Conferência Municipal de Saúde;
- d) pelo dever de participar.

No entanto, a maioria dos entrevistados afirmou que o processo de inserção no Conselho se deu principalmente:

- a) em razão de serem presidentes da organização que representam;
- b) por fazerem parte de uma entidade ou organização;
- c) ou somente por indicação de sua entidade.

A respeito do interesse de ser conselheiro dos demais representantes do CS houve diferentes respostas dadas pelos entrevistados, de forma positiva e negativa, como:

- a) poucos são os conselheiros que agem por interesses próprios;
- b) os interesses de cada conselheiro dependem do segmento a que está inserido;
- c) todos que entram no Conselho têm interesse que a saúde melhore, ou seja, de forma positiva, em todos os discursos dos entrevistados identificamos a defesa pelo interesse coletivo.

Por outro lado as respostas com sentido negativo foram:

- a) a maioria não tem interesse pelos assuntos do CS e não assume o compromisso de ser conselheiro;
- b) a maioria está para cumprir acordos;
- c) a forma de inserção no Conselho deve mudar, pois há fragilidades no sistema eleitoral.

Entretanto, dentre a variação de respostas, três se destacaram com maior frequência:

- a) todos se interessam em contribuir para a melhoria da saúde;
- b) há interesse político e a maioria tem interesses próprios, divididos, em alguns momentos, entre os individuais e os coletivos;
- c) e, por último, se reafirma nas respostas que prevalecem os interesses individuais entre os conselheiros.

Observa-se que o interesse dos representantes de Conselho está diretamente relacionado ao que Olson (1999) e Michels (1982) afirmam: que os interesses individuais prevalecem sobre os interesses coletivos, confrontando com o objetivo inicial da criação da organização, que é o de atender aos interesses comuns de seu grupo, mesmo o grupo tendo interesses individuais (OLSON, 1999).

[...] tem que padronizar, na verdade, as eleições dos conselhos municipais, por que eu acho muito aberto, muito frágil, a forma do sistema eleitoral nos conselhos de saúde, há uma cooptação dos governos em cima dos conselheiros, há uma fragilidade do sistema eleitoral, tem que melhorar, por que acontece o seguinte, às vezes o conselheiro está lá e não sabe nem por que ele é conselheiro, ele está para representar um grupo e uns interesses por trás de algumas coisas, então esquece de defender seu grupo de saúde que é o mais importante, eu acho que muitos, por que tem alguma participação na comunidade onde mora, então é mais ou menos isso, então acho que falta ainda mais, não por culpa dos conselheiros, mas por culpa da fragilidade da legislação, eu acho que tem mudar a forma de eleição dos conselhos municipais (Conselheiro entrevistado).

Com relação ao número de membros no CS, a maioria dos entrevistados afirmou ser um número razoável de membros e outros afirmaram ser um número insuficiente, demonstrando aspectos positivos e negativos. De forma negativa, sendo o grupo pequeno, a fiscalização de todos os serviços de saúde se torna insuficiente, conforme aponta a fala de um dos conselheiros entrevistados:

Acho que esta de bom tamanho. [...] olha, nós sabemos que o conselheiro ele tem uma certa dificuldade sobre a questão da fiscalização, a gente sabe disso [...] porque muitas vezes [...] o que o conselho fiscaliza? [...] O Conselho não tem autoridade pra

ele dizer assim: “mostra aí a relação do pessoal que fez ultrassonografia pra ver se de fato não tem mais participação” Quem tem esse poder? Simplesmente a secretaria de saúde e, o Conselho deveria ter o poder de fiscalizar [...].

De forma positiva, alegam ser um número bom de conselheiros, mas que a fiscalização depende da vontade de cada membro, que influencia se o Conselho for atuante. Sobretudo, o número de membros não influencia sobre a fiscalização das ações deliberadas no CS, pois, segundo a maioria dos entrevistados, é possível fiscalizar com o número de membros disponível nos CS, de acordo com o que ilustra a seguinte afirmação: “É suficiente, não é grande nem pequeno. Se tivesse um número maior, teria mais divergência, esse número influencia [...]” (conselheiro entrevistado).

Quando perguntamos aos entrevistados quais os mecanismos de informação das ações do Conselheiro à entidade que representa, ou seja, de que forma os conselheiros defendem, nas pautas do Conselho, os interesses das entidades que representam, destacam-se as seguintes respostas:

- a) realizam reunião periódica para informar as decisões tomadas no conselho ou para decidir quais as demandas que devem ser discutidas nas reuniões do Conselho;
- b) repassam as informações aos membros de maneira informal e individual;
- c) não repassam as informações para a entidade que representam;
- d) o conselheiro decide o que será discutido nas reuniões, sem consultar a entidade que representa.

As respostas com relação à forma de deliberação das questões dentro do CS foram diversas:

- a) alguns afirmaram que não há como atender todas as demandas, e por isso é necessário priorizar;
- b) as pessoas denunciam as situações diretamente nos Conselhos e nas reuniões se toma conhecimento destas, e as deliberações são feitas por meio da mesa diretora, que abre a pauta e o pleno aprova ou não, pois tudo é definido por meio de pauta para posteriormente ser colocado à votação do plenário. Observemos na seguinte fala esta constatação:

Através de votação da plenária, qualquer proposta é colocada em votação na plenária, por isso a reunião só ocorre se houver coro [...]. As deliberações são democráticas, se não concordou vota contra, se concordou vota a favor, não tem nada de rolo compressor, todo mundo lá é livre, tem essa abertura com a gestão [...] (Conselheiro entrevistado).

No entanto, alguns entrevistados afirmaram que não há deliberações do CS, devido frequentemente não haver quorum nas suas reuniões. Na maioria das vezes, as deliberações são feitas pelo secretário municipal de saúde, devido os recursos estarem concentrados na Secretaria Municipal de Saúde, que define as demandas, e por isso o Conselho de Saúde não tem poder de deliberação.

[...] a gente não tem quorum pra votar ou então tem sempre uma irregularidade que alguém quer ajeitar e fica pra outra reunião porque não tem quorum, a secretária não esta e não tem suplente pra decidir por ela, tá tudo parado. Na verdade os trabalhos de 2010 ainda não abriram ainda, esta tudo estagnado (Conselheiro entrevistado).

Sobre as principais dificuldades para um conselheiro atuar, e o porquê, apenas um entrevistado afirmou não haver dificuldades para sua atuação de conselheiro, sendo apontadas pelos demais entrevistados diversas dificuldades, como:

- a) a falta de interesse;
- b) pouco tempo disponível e dedicação dos conselheiros;
- c) a questão política partidária e a relação política com a gestão;
- d) as limitações na participação do Conselho;
- e) a atuação do Conselho depender da aprovação da maioria nas reuniões;
- f) Conselho não propositivo;
- g) não reconhecimento do trabalho do Conselho;
- h) pouco acesso às informações de saúde no município, o que leva à ausência de controle das ações e demandas de saúde.

Dentre as diversas dificuldades de atuação dos conselheiros levantadas, três foram apontadas com maior frequência:

- a) a falta de autonomia nas decisões do Conselho de Saúde;
- b) a falta de infraestrutura do Conselho, o que leva à ausência de identidade do Conselho e até mesmo à perda da credibilidade por parte da sociedade;
- c) e a falta de reparasse dos recursos financeiros do Conselho, para que este possa atuar com mais eficiência.

Assim, vou enumerar, bem genérica, o conselho ele tem o estatuto, ele tem o regimento, para atuar você tem que seguir o estatuto, o regimento do conselho municipal. Do conselho estadual, você pode até querer participar de uma plenária do conselho, mas é preconizado lá, que na área de gestor só vá o presidente, então, tu tens limitações até na participação. Para se manifestar, por exemplo, eu não posso participar de uma plenária do conselho estadual de saúde, quem participa é o presidente e o vice do conselho que tem voz e voto, eu tenho voz e voto no municipal. Dentro de qualquer conselho existe regimento interno, e você só pode

atuar o que está dentro do regimento, o conselheiro não pode fazer o que quiser, ele tem que obedecer ao regimento que às vezes está precisando ser reformulado e não foi. Depois eu acho que, quando você senta numa mesa de discussão, de uma plenária, você tem ideias diferentes, cabeças diferentes pensando, e tudo lá é consensuado, a tua ideia não prevalece, a tua ideia vai se submeter a uma votação e pode ser que ninguém concorde com o que você gostaria que fosse, e na verdade você tem que concordar com o que for consensuado. Tudo que é aprovado lá é através de votação [...]. A tua atuação vai depender de votação (Conselheiro entrevistado).

No subtópico a seguir, apresentamos os gráficos 12, 13 e 14, que indicam a média das Funções dos Conselhos de Saúde pesquisados, com o intuito de relacionarmos as informações das Funções de fiscalização analisadas de forma individual, para posteriormente, nos gráficos de 15 a 18, do subtítulo seguinte, analisarmos de forma comparativa as funções e níveis de fiscalização entre os Conselhos pesquisados.

7.3 A ANÁLISE DAS FUNÇÕES DE FISCALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

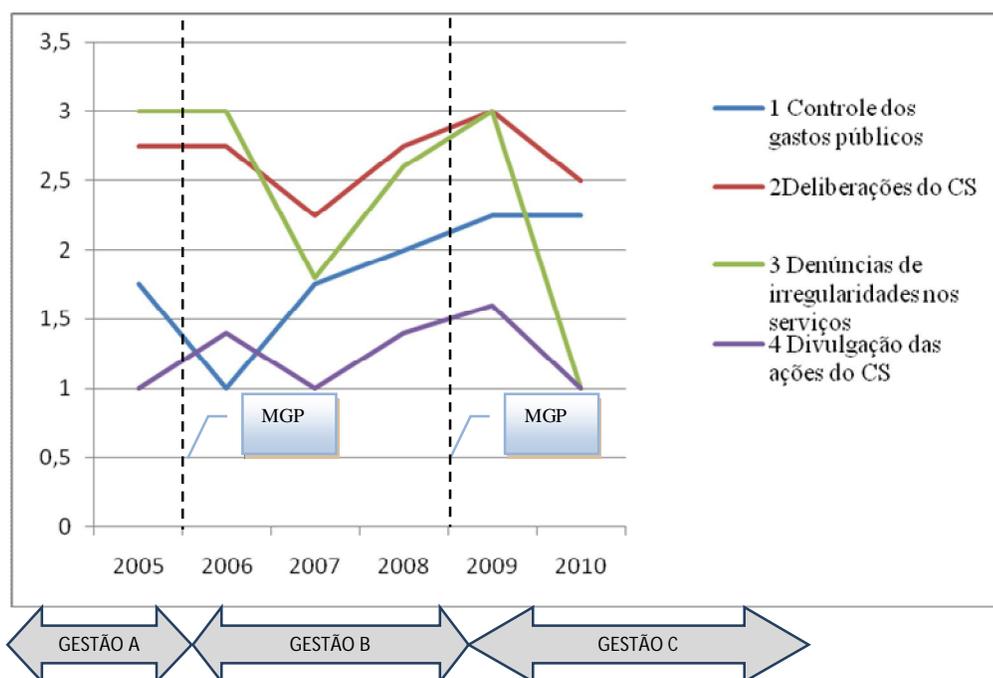
Neste subtópico, analisamos as médias das funções de fiscalização dos CS pesquisados, de forma individual, ou seja, as quatro funções selecionadas como principais à função fiscalizadora dos CS analisadas conjuntamente em cada Conselho pesquisado, sendo: controle dos gastos públicos (Função 1); deliberações do CS (Função 2); denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3); e por último a divulgação das ações do CS (Função 4). Em seguida, a análise dos gráficos é feita de maneira comparativa entre os Conselhos pesquisados, a respeito dos níveis e funções da fiscalização.

Os gráficos apresentados aqui foram construídos a partir das informações da matriz da fiscalização (Apêndice D), que indicam as médias das funções dos CS pesquisados da Região Metropolitana de Belém. Nestes gráficos, destacamos ainda o período de Mudança de Gestão Política (MGP), por meio da linha de tempo de cada gestão. Portanto, as setas indicando gestão A, B e C na parte inferior dos gráficos significam o momento de início e de término de cada gestão política.

Nas quatro funções relacionadas à fiscalização do Conselho de Saúde de Belém, o gráfico abaixo demonstra que existem diferenças entre elas. Como podemos observar, em denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3), a mesma gestão apresenta uma diferença de nível de fiscalização: a gestão 2005-2006 e gestão do ano de 2009 apresentam maior nível de fiscalização, enquanto que em 2007 e 2010 há um declínio significativo. O mesmo ocorre com deliberações do CS (Função 2) e divulgação das ações do CS (Função 4).

Somente em controle dos gastos públicos (Função 1) apresenta uma constante, permanecendo a Fiscalização formal (nível 2) entre a gestão 2009 - 2010. Sendo assim, o gráfico comprova que o nível de fiscalização varia entre uma função e outra deste Conselho, predominando entre as gestões analisadas sem fiscalização (nível 1) e fiscalização formal/instrumental (nível 2); a fiscalização efetiva (nível 3) é destacada apenas nas funções 2 e 3 deste Conselho, sendo identificadas somente nos anos 2006 e 2009.

Gráfico 11 – Funções de fiscalização do Conselho de Saúde de Belém.



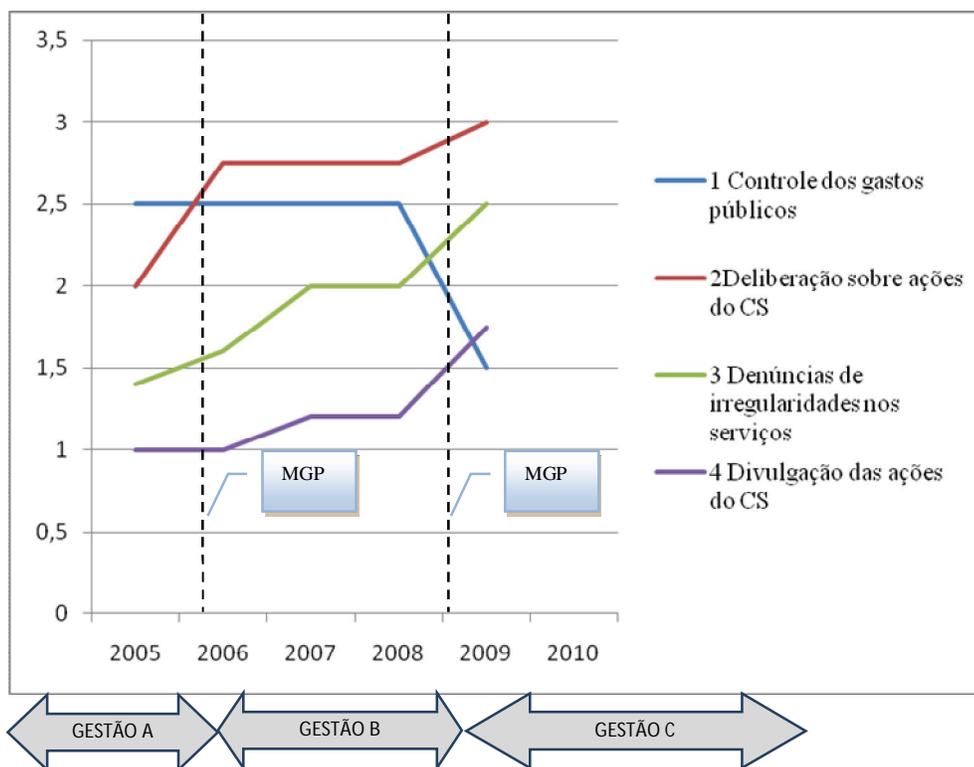
Fonte: Elaboração própria (2011).

O gráfico abaixo demonstra que, entre as funções de fiscalização do Conselho de Marituba sobre o controle dos gastos públicos (Função 1), existe uma constante regular, no qual o nível de fiscalização desta função varia entre fiscalização formal/instrumental (nível 2), com 2,5. Contudo, na gestão atual, destacando o ano de 2009, há um declínio muito significativo para sem fiscalização (nível 1).

No ano de 2010, não foi possível realizar a análise deste Conselho, devido os dados do referido ano não serem disponibilizados por este Conselho, o que nos leva a questionar se o nível de fiscalização melhorou, visto a grande disparidade identificada entre o nível de fiscalização da gestão anterior e a gestão atual deste Conselho. Com relação às demais funções, se destacam as deliberações sobre as ações do Conselho (Função 2), por apontar a

fiscalização efetiva (nível 3), enquanto que as funções 3 e 4 ficam na posição sem fiscalização (nível 1) e fiscalização formal/instrumental (nível 2).

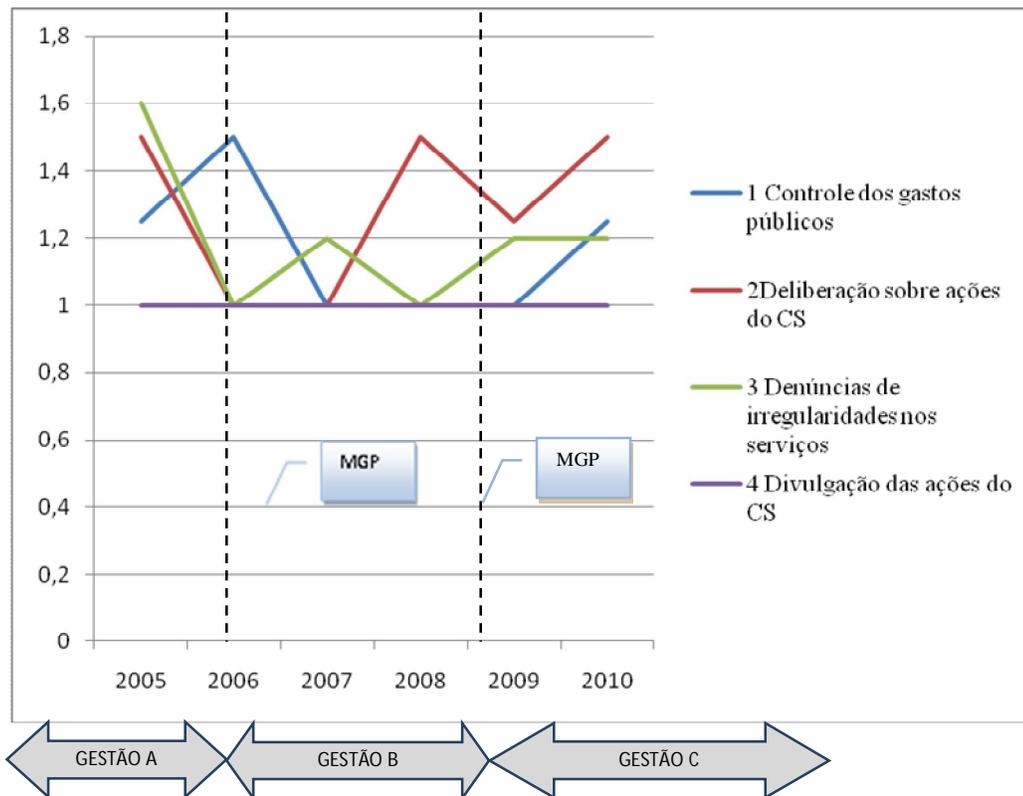
Gráfico 12 – Funções de fiscalização do Conselho de Saúde de Marituba.



Fonte: Elaboração própria (2011).

No gráfico abaixo, podemos constatar que o nível de fiscalização do Conselho de Benevides é predominantemente sem fiscalização (nível 1) em todas as funções de fiscalização apresentadas. Destacamos que em divulgação das ações do CS (Função 4), o declínio é ainda maior, comparado às demais funções de fiscalização, pois em todas as gestões do Conselho analisado esta função permanece sem fiscalização (nível 1), não havendo alteração do nível em nenhum momento. A maior ascendência é percebida em deliberação sobre ações do CS (Função 2). No entanto, não chega a um índice considerável de mudança de nível, visto que apesar de aumentar, continua no nível sem fiscalização.

Gráfico 13 – Funções de fiscalização do Conselho de Saúde de Benevides.



Fonte: Elaboração própria (2011).

No subtópico a seguir, analisamos as quatro funções de fiscalização dos CS de forma comparativa entre os CS da RBM pesquisados.

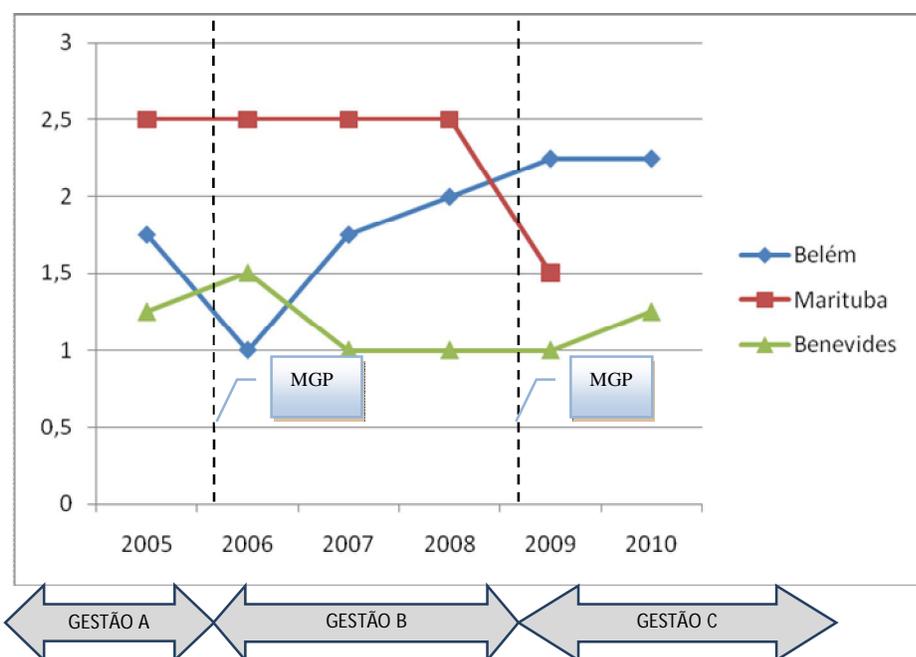
7.3.1 A análise comparativa das funções de fiscalização entre os Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém

Neste subtópico, apresentamos os gráficos 14, 15, 16 e 17, que demonstram respectivamente os níveis das funções de fiscalização: controle dos gastos públicos (Função 1); deliberação sobre as ações do Conselho (Função 2); denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3); e divulgação das ações do CS (Função 4). Os gráficos foram criados com o intuito de realizar uma análise comparativa das informações entre os CS pesquisados, no que diz respeito a sua função fiscalizadora.

No gráfico abaixo, controle dos gastos públicos (Função 1), é destacada com maior nível de fiscalização no Conselho de Marituba, sendo a fiscalização instrumental /formal (nível 2). O Conselho Belém está bem aproximado deste nível, entretanto, com uma diferença

quando há tendência deste aumentar o nível de fiscalização na sua gestão atual, já no Conselho Marituba, o nível é decrescente. No Conselho Benevides, predomina sem fiscalização (nível 1), o que se percebe sem nenhuma variação, ou seja, sem perspectiva de mudança de nível da função referida. Sendo assim, o nível predominante entre os Conselhos, no que diz respeito à função 1 oscila entre sem fiscalização (nível 1) e fiscalização formal/instrumental (nível 2), o que constata a ausência de fiscalização efetiva em todas as gestões dos Conselhos de Saúde pesquisados.

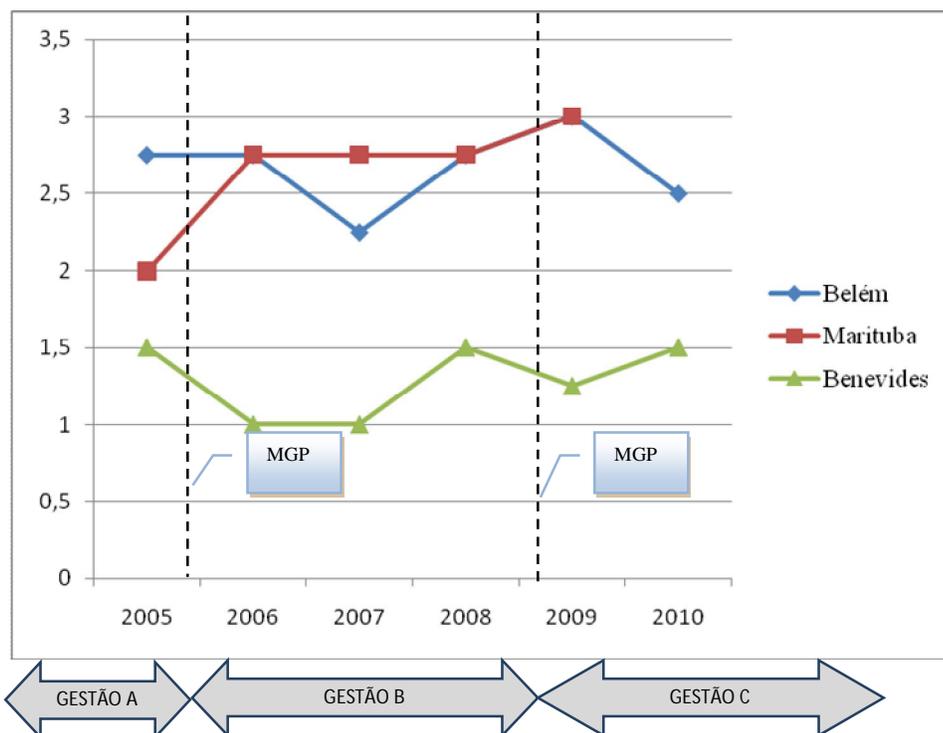
Gráfico 14 – Controle dos gastos públicos (Função 1).



Fonte: Elaboração própria (2011).

Na Deliberação sobre as ações do Conselho (Função 2), demonstrada no gráfico abaixo, há uma convergência entre o Conselho de Belém e de Marituba no ano de 2009, correspondente à gestão atual dos Conselhos, pois ambos se classificam em fiscalização efetiva (nível 3). No entanto, no ano seguinte apresentam um declínio deste nível, retornando para fiscalização instrumental/formal (nível 2), pois este nível foi predominante nas gestões anteriores destes Conselhos. Novamente percebe-se que o Conselho de Benevides, comparado aos demais Conselhos pesquisados está na condição sem fiscalização (nível 1), não havendo nenhum sinal de mudança do nível indicado desta função.

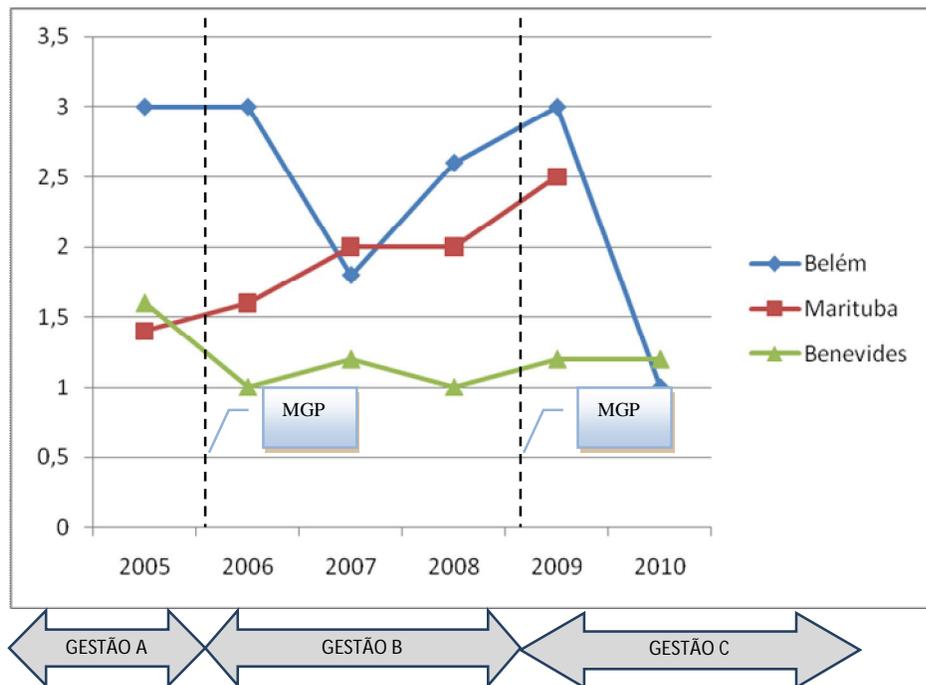
Gráfico 15 - Deliberação sobre as ações do Conselho (Função 2).



Fonte: Elaboração própria (2011).

O gráfico abaixo demonstra que entre o Conselho Belém e os demais Conselhos pesquisados há uma disparidade de nível de fiscalização em Denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3). Enquanto o Conselho Belém atinge a fiscalização efetiva (nível 3), os demais Conselhos (Marituba e Benevides) não se aproximam deste nível, e atingem apenas o nível sem fiscalização (nível 1) e fiscalização instrumental/formal (nível 2), sendo que o Conselho Marituba apresenta no ano de 2010 da gestão atual uma perspectiva de aumentar seu nível para 3. No entanto, não há informações das ações do CS no ano de 2010 para se constatar tal fato, devido a não disponibilidade dos dados no referido Conselho.

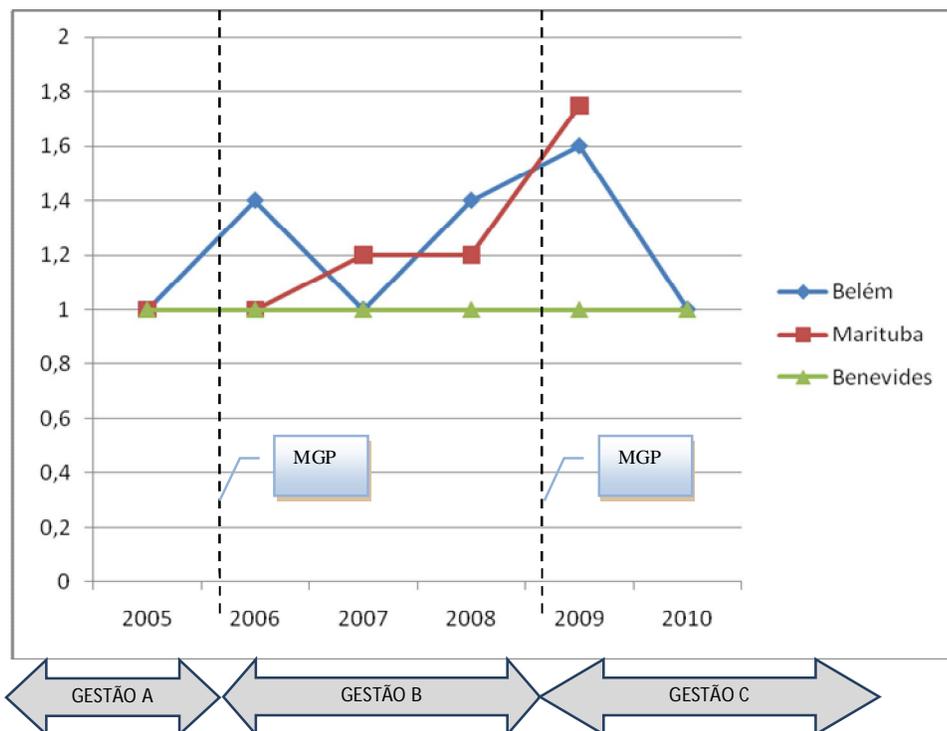
Gráfico 16 – Denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3).



Fonte: Elaboração própria (2011).

O gráfico abaixo diz respeito à Divulgação das ações do CS (Função 4).

Gráfico 17 – Divulgação das ações do CS (Função 4)



Fonte: Elaboração própria (2011).

Analisando as informações contidas no gráfico, observamos que o Conselho de Benevides apresenta o menor nível de fiscalização entre os Conselhos pesquisados. Constatamos, desta maneira, que sem fiscalização (nível 1) é o nível predominante em todas as gestões deste Conselho.

O ano de 2009 apresenta uma variação, quando observamos que, tanto o Conselho de Belém quanto o de Marituba indicam uma ascendência do nível de fiscalização, mas que não consegue atingir a fiscalização instrumental/formal (nível 2). Observamos que no ano seguinte este declínio é ainda maior no Conselho Belém, retornando ao nível sem fiscalização (nível 1), equiparando-se ao Conselho de Benevides.

Portanto, apesar dos demais Conselhos apresentarem um índice maior do nível de fiscalização demonstrado no gráfico, também estão no nível 1 de fiscalização, ou seja, a função de fiscalização dos conselhos, tendo em vista tudo o que foi levantado no trabalho, não está sendo cumprida de maneira efetiva pelos mesmos, o que expõe apenas uma parte de toda a deficiência do sistema público de saúde no Brasil.

8 CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 foi um marco de conquistas do movimento social para garantia de direitos, proporcionando o fortalecimento da descentralização e a configuração de um novo arranjo administrativo, predominando então uma gestão compartilhada, entre o Estado e a sociedade civil. A nova orientação na gestão das políticas sociais no âmbito do Estado revelou limites na garantia de um processo democrático na arena decisória da agenda governamental (SANTOS JÚNIOR et al., 2004).

Desta forma, o panorama levantado por meio dos resultados da pesquisa contribuiu para a explicação dos resultados deste trabalho, no qual destacamos primeiramente as divergências e convergências identificadas entre os Conselhos de Saúde (CS) da Região Metropolitana de Belém analisados.

Como pontos divergentes entre os CS, foram identificados:

a) Sobre os critérios para o repasse de verbas do Governo Federal, que é o mesmo para todos os municípios, há uma acentuada desigualdade entre eles, visto que verificamos que o número populacional diverge de maneira significativa entre os municípios pesquisados. Portanto, a responsabilidade exigida dos municípios pelo Governo Federal desconsidera suas especificidades, como por exemplo, o número de habitantes, o que inclusive é um dos critérios para repasse de verbas à execução dos serviços de saúde.

Neste sentido, a composição dos CS fica atribuída a um número restrito de organizações representativas e seus respectivos conselheiros, o que dificulta a fiscalização, e, sobretudo a consolidação da democracia, do direito constitucional à participação ampla da sociedade na formulação das políticas públicas e no controle das ações das esferas de governo.

b) Nos CS da RMB, quanto maior a distância da capital do Estado e quanto menor o número de habitantes no município, maiores são os entraves para a atuação do Conselho na fiscalização das ações de saúde no âmbito local, diminuindo as chances de organização e articulação entre os atores sociais, pois as decisões mais importantes ainda são concentradas nos grandes centros urbanos (CARVALHO, 1995). Desta maneira dentre os municípios pesquisados, constata-se que o Conselho de Benevides, de acordo com os gráficos das funções

do CS, é o Conselho com os níveis de fiscalização mais baixo, apresentando em todas as funções o nível 1, isto é, sem fiscalização;

c) Outro ponto relevante identificado nas falas dos conselheiros é a respeito do conceito de participação. Para muitos, o conceito de participação se aproxima de atuação, quando no momento da entrevista afirmam que ser atuante é deliberar, decidir e intervir, o que para eles cabe também ao ato de participar. No entanto, analisamos que este conceito, de fato, tem entendimentos e interpretações que variam de acordo com os interesses individuais dos conselheiros, principalmente quando se trata da função fiscalizadora do CS.

Os resultados da pesquisa constataram esta divergência entre os Conselhos, quando no Conselho Belém e Marituba o segmento dos usuários é considerado o segmento mais participante, e em Benevides a maioria dos entrevistados aponta o segmento do governo e prestador de serviço como o mais participante.

Neste sentido, quando comparamos o conceito de participação social apresentado por Carvalho (1995), com o que a realidade dos CS demonstra, principalmente nas análises dos resultados a respeito da Função Divulgação das ações do CS (Função 4), constatamos que todos os Conselhos pesquisados apresentam o nível sem fiscalização (nível 1) nas três Gestões dos CS. Desse modo, apesar do conceito de participação social utilizado neste trabalho representar um avanço para a democracia, quando incorpora e legitima a participação ampliada, com o reconhecimento de outros sujeitos sociais no processo de gestão das políticas públicas, ainda há uma lacuna entre a participação de fato dos representantes do segmento da sociedade civil dentro dos Conselhos de Saúde.

Apesar de alguns entrevistados do Conselho Belém e Benevides afirmarem que o interesse primordial do conselheiro é contribuir para trazer melhorias à saúde, na maioria das respostas dos conselheiros pesquisados seu interesse primordial está relacionado a interesses individuais, que estão ligados ao interesse político. Por outro lado, essa postura dos conselheiros diverge com o conceito de participação social atribuído por Carvalho (1995), pelo fato da participação está estritamente relacionada á efetivação da democracia.

d) De acordo com a legislação que preconiza as Diretrizes dos Conselhos em suas diversas esferas de Governo, deveria haver instrumentos de garantia de fiscalização. Entretanto, na prática se evidencia uma lacuna muito grande entre o discurso do conselheiro e os dados levantados sobre a atuação na fiscalização do CS nas ações de saúde, principalmente

quando analisamos as Funções Deliberações do CS (Função 2) e Denúncias de irregularidades nos serviços (Função 3).

Comparando os níveis de fiscalização entre os Conselhos analisados, verificamos que o Conselho Belém (Gestão 2009-2010) apresenta maiores índices, com fiscalização efetiva (nível 3), no entanto, apresenta um declínio no ano de 2010; o Conselho Marituba (Gestão 2007-2008) oscila entre a fiscalização formal/instrumental (nível 2) e a fiscalização efetiva (nível 3), deliberações do CS (Função 2). Benevides apresenta uma ascensão entre o ano de 2008 e de 2010 (Gestão 2007-2008 e Gestão 2009-2010), mas continuando sem fiscalização (nível 1). Diante disso, os dados demonstram que os CS ainda necessitam melhorar seu nível de fiscalização, pois apesar da maioria dos CS pesquisados apresentarem os melhores níveis de fiscalização na Gestão atual, mais precisamente no ano de 2009, nesta mesma Gestão verificamos que no ano seguinte, em 2010, apresentam um declínio significativo, demonstrando que o nível de fiscalização entre os CS da RMB vem diminuindo, o que nos permite questionar o nível de avanço da democracia na política do SUS, visto que a não participação da sociedade está evidenciada nos resultados desta pesquisa.

Desta maneira, podemos afirmar que as divergências entre os CS da RMB, demonstram uma heterogeneidade entre eles, com resultados de dados diferenciados, como exemplo o número de membros no CS; o número de conselheiros filiados; os níveis de fiscalização entre as Funções fiscalizadoras; a média salarial: sendo Marituba e Benevides com média salarial dos conselheiros acima de quatro salários, enquanto que em Belém a média é de até um salário mínimo; o grau de escolaridade, quando o maior grau (Nível superior) também é identificado em Marituba e Benevides, dentre outras particularidades, que caracterizam cada espaço de Conselho como um universo ímpar e complexo.

Identificamos também pontos convergentes entre os Conselhos pesquisados, em que consideramos abaixo os mais importantes nos resultados da pesquisa:

a) Ao analisarmos a Função Divulgação das ações do CS (Função 4), identificamos que o nível de fiscalização em todos os Conselhos é sem fiscalização (nível 1), em todas as Gestões dos CS pesquisados, o que nos leva a questionar o grau de interesse dos conselheiros em divulgar as suas ações dentro do CS e o nível de envolvimento das bases comunitárias, bem como a sociedade civil em geral.

Dessa forma, destacamos algumas convergências com a teoria trabalhada nesta pesquisa que respondem ao ponto identificado acima: quando Olson (1999) afirma que todo tipo de organização compartilha de uma ação coletiva entre seus membros por não poderem

defender seus interesses individuais de forma isolada, mas que sempre haverá uma tendência à exploração de alguns membros do grupo. Michels (1982) atribui que a maioria dos membros não se interessa pelas questões administrativas e táticas e concorda com o que um pequeno grupo decide. Sendo assim, os chefes que representam os interesses de sua base progressivamente se afastam desta, perdendo a visão de conjunto.

Portanto, os níveis de fiscalização da Função 4 demonstram que o seu papel de divulgar as suas ações não é considerada importante pelos conselheiros entrevistados, pois o distanciamento com a base que representa ainda é crescente nas características dos Conselhos, confirmando a ausência de publicização de suas ações à comunidade em geral e a concentração de informações e decisões apenas a um número restrito de representantes.

De acordo com o que define Demo (1988) sobre pobreza política, esta ainda é predominante na estrutura organizacional dos CS analisados, sendo característica própria do poder a concentração, por isso não consegue inserir de fato a condução dos representantes, principalmente dos usuários, no processo decisório. O poder dos chefes é justificado pela incompetência das massas de gerir seus próprios interesses, por sua imaturidade política, sendo esta a justificativa teórica central de dominação efetiva dos chefes, pois a especialidade destes significa autoridade, levando a uma submissão da massa, devido não terem competência bastante para gerir os assuntos políticos (MICHELS, 1982). Portanto, é conveniente que se mantenha o poder estatal e se tenha a participação da sociedade organizada apenas para cumprir a legislação do SUS, no que se refere à transferência e a liberação de recurso financeiro;

b) Comparando os três gráficos: Conselheiro mais participante por segmento, Conselheiro mais atuante por segmento e Conselheiro menos atuante por segmento, identificamos diversas disparidades entre os conselhos pesquisados, pois apesar do segmento dos usuários ser apontado como o mais participante e o mais atuante na maioria dos CS (Belém e Marituba), este segmento também aparece em destaque como o segmento menos atuante entre os Conselhos, confirmando contradições entre as respostas dos conselheiros entrevistados. Sendo assim, o segmento dos usuários seria o que menos exerce controle sobre as ações no processo decisório e estes chefes, entendendo serem os legítimos escolhidos para tomarem as decisões pelas massas, cometem o que há de mais grave contra os princípios democráticos, quando se constituem diretamente como uma oligarquia e não admitem que as massas contestem suas decisões. Assim, quanto maior for o grupo menor será o sentimento de coletividade de cada indivíduo envolvido sobre o grupo.

Olson (1999) segue esta linha de raciocínio quando afirma que o tamanho do grupo também influencia nas ações da organização, pois assim como os grupos grandes não conseguem prever benefícios coletivos, nos grupos pequenos apesar de conseguirem benefícios coletivos, estes são insuficientes para todos do grupo, ou seja, quanto maior o número de membros, menor será a eficiência do grupo, pois menor será a quantidade de benefícios coletivos aos seus membros.

c) Por meio de análise documental dos CS da Região Metropolitana de Belém (RMB) identificamos no apêndice C, no item 3 (composição) que ainda prevalecem as hierarquias dentro dos CS, quando a figura do secretário municipal de saúde está presente na estrutura do CS, e em muitos casos assume o cargo de presidente no CS, como membro nato do segmento do Governo, influenciando diretamente nas decisões dos CS. Dessa forma, seria difícil afirmar que todos os segmentos têm o mesmo nível de poder sobre as decisões tomadas, pois as esferas de Governo têm controle financeiro direto das ações e serviços de saúde, o que fragiliza também o processo de fiscalização por todos os segmentos do CS, considerando que a atuação dos CS na fiscalização das ações do SUS é composta por diversos segmentos, com interesses divergentes e difusos.

Partindo da questão central deste trabalho, nos propomos a responder aos questionamentos específicos, o que nos remete a afirmar, a partir dos resultados dessa pesquisa, que:

a) Os segmentos dos CS não cumprem seu papel fiscalizador das ações que são decididas no âmbito de cada Conselho Municipal. Podemos afirmar que a participação na fiscalização dos atores sociais, diante dos níveis de fiscalização apresentados nos resultados da pesquisa, demonstra que a eficiência na fiscalização é um desafio dentro da estrutura dos CS que temos hoje, quando os CS na sua maioria apresentam um baixo nível de fiscalização. O que representa um desafio comum à construção de um Estado de direito, almejando como sistema vigente na sociedade o sistema democrático.

b) Não há relação entre o que é decidido nas plenárias dos CS e o que é implementado de serviço de saúde nos municípios, pois não existe o retorno do que é discutido entre os conselheiros da base que representam, e conseqüentemente não há avaliação se os serviços de saúde implementados nos municípios estão coerentes com os interesses e necessidades daquela população a qual seus representatens se propuseram em defender.

c) Não há uma prioridade estabelecida no processo decisório dos CS, na implementação das ações de saúde. Somente no momento das reuniões ordinárias ou extraordinárias alguns pontos são definidos, de forma aleatória, ou pautados como uma “questão emergencial”, em que o Conselho precisa aprovar, como, por exemplo, aprovação de projetos, serviços com o co-financiamento do Governo Federal. Dentre as funções do CS, este não tem poder de influência sobre os resultados, principalmente na Função Controle dos gastos públicos, no qual os representantes do segmento do Governo local têm maior influência sobre as decisões, quando comparado aos demais segmentos que compõem o Conselho.

A teoria utilizada sobre organização, na perspectiva de Olson (1999) e de Michels (1982), citadas no presente trabalho, ratifica que a maioria não consegue relacionar suas decisões e consequências às ações do Estado, e o que esta decisão interfere na sua rotina e decisão individual (MICHELS, 1982).

De acordo com o que afirma Olson (1999) sobre a ação coletiva, pode-se comprovar que ainda são poucas as possibilidades empíricas de prevalência dos interesses coletivos no âmbito dos CS pesquisados, pois os interesses comuns que guiam o processo decisório não resultam de ação coletiva, mas principalmente da organização dos interesses de poucos sobre os interesses difusos de muitos. Sendo assim, a política pública seria formulada não a partir de resultados de disputa entre grupos, mas de uma análise racional.

Com isso, os dados remetem à análise da atuação fiscalizadora dos CS da RBM, que comprova o distanciamento existente na participação dos CS na fiscalização das ações de saúde. Este distanciamento aumenta principalmente quando se relaciona a fiscalização às questões políticas existentes na estrutura organizacional dos Conselhos, pois estas são inerentes e estão diretamente ligadas ao autointeresse (ou preferências) dos atores sociais participantes do processo decisório das ações da política de saúde nos Conselhos, bem como a demais fatores (social, econômico, cultural) que, de forma direta ou indireta, afetam tais decisões na sociedade. Isto influencia direta ou indiretamente também nas ações do CS, pois “[...] cada participante e cada processo podem atuar como um incentivo ou como um ponto de veto” (SOUZA, 2007, p.74).

Isso corrobora com o entendimento de Souza (2007), quando esta autora afirma do ponto de partida da política pública dado pela política, cujo consenso é construído mais por barganha do que por persuasão, diferentemente quando a política pública considera como foco o problema a ser enfrentado, que parte da persuasão para se chegar ao consenso.

Diante dos resultados da pesquisa, de acordo com o que este trabalho se propôs a responder como questionamentos centrais, bem como objetivo central do presente trabalho, constatou-se que a atuação dos CS na fiscalização das ações do SUS não funciona, devido a entraves de cunho ideológico, social e econômico que, de forma direta ou indireta, dificultam a eficiência das ações de fiscalização dos Conselhos. Sobretudo, são as questões políticas que influenciam, de forma expressiva, na ineficiência da fiscalização dos Conselhos, muitas vezes de maneira “silenciosa” nas decisões; conseqüentemente, a não participação da sociedade na formulação das políticas do SUS, em uma função que, apesar de ser inerente aos CS, não funciona – a função fiscalizadora.

Portanto, a realidade do sistema político vigente também se torna um desafio a ser enfrentado pelos CS, que precisam se organizar para participar de maneira eficiente na fiscalização como determina a Lei, nas discussões, determinações e implementações das ações da política do SUS, pois “[...] embora os Conselhos possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros” (CÔRTEZ, 2007, p. 132).

Reportando-se a Silva (2001), quando destaca a heterogeneidade de interesses, riscos e incertezas sobre processos e resultados, diante da diversidade de racionalidades que envolvem os atores participantes da formulação das políticas públicas, seria difícil definir quais fatores afetariam de maneira significativa o desempenho dos Conselhos: “[...] uns diriam à falta de apoio político e/ou precariedade das instalações, ao passo que outros derivariam do formato desenhado para os colegiados” (LABRA, 2010, p. 90).

No entanto, é de extrema necessidade se fazer uma análise desses fatores específicos, que perpassam no âmbito dos Conselhos de Saúde do país. Aos Conselhos de Saúde, cabe ainda uma construção simbólica e material do processo de formulação de políticas públicas, devido a inúmeros motivos, como por exemplo, a autonomia limitada dos Conselhos, antagonismos entre os agentes e a formatação do colegiado desses Conselhos.

Os resultados apontados nesta pesquisa confirmam assim a necessidade de se repensar a fiscalização como instrumento de controle e participação social, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. A fiscalização como função inerente dos CS, ainda perpassa por muitos entraves para sua efetivação e destaca vários desafios a serem superados à consolidação do SUS, enquanto projeto político de sociedade.

Sendo a participação ainda um instrumento de ideologia do poder (DEMO, 1988), e tendo em vista essa concepção de poder predominante na sua essência, os processos participativos se colocam como um desafio na sociedade atual. Diante disso, o significado do processo participativo seria não somente um meio necessário para a efetivação da democracia, mas, sobretudo um mecanismo de resistência contra as posturas dominantes (MONTEIRO, 2009).

Neste sentido, como contribuição deste trabalho destacamos alguns questionamentos e considerações, no sentido de refletir sobre a participação dos CS na fiscalização do SUS, bem como refletir acerca do processo de democratização, a partir dos resultados da pesquisa.

A primeira questão a destacar é a respeito da participação, em que implica custos significativos, e com isso a ação e conduta dos conselheiros. A instituição Conselho, conseqüentemente, é afetada, devido a desigualdades de recursos de ordem financeira, intelectual, subjetivo, dentre outros. Com isso, seria praticamente impossível pensar a efetiva participação institucional desvinculada de seus condicionantes sociais.

O primeiro desafio feito aos CS está ligado à democracia representativa, quando os Conselhos manifestam os interesses coletivos, pois neste momento as deliberações são feitas por membros eleitos para representar determinada coletividade, e com isso se configura os pressupostos de um Estado democrático. Sendo assim, a ação coletiva é um mecanismo de consolidação de princípios democráticos na sociedade, mas que necessita também de fortalecimento de sua base organizacional, para que representantes dos interesses de um determinado coletivo não se distancie dos interesses desse coletivo que se propôs em defender de início.

Dessa maneira, pode-se afirmar que a participação nos Conselhos produz impactos positivos sobre a cultura política dos conselheiros, pois apesar das inúmeras limitações dessa instituição, a experiência participativa nos Conselhos pode gerar cidadãos mais preocupados e comprometidos com a administração pública e, dessa forma, consolidar a democracia no Brasil (FUKS et al., 2004). Portanto, mesmo com a existência de entraves nos diferentes âmbitos e esferas é importante percebermos que os CS historicamente foram resultado de uma conquista das lutas sociais pela democracia, e que sua criação é assegurada como reflexo da efetiva participação e controle social de novos sujeitos sociais no âmbito do processo de gestão do SUS, legitimado na Constituição Federal brasileira.

Seguindo este raciocínio, considerando as deficiências levantadas a respeito da fiscalização dos Conselhos, Santos Júnior et al. (2004) apontam avanços com o surgimento de algumas inovações nos processos e mecanismos de Controle Social, destacando como

exemplos a criação de comissões internas; a criação de estruturas organizacionais e administrativas para a melhoria do funcionamento dos Conselhos Municipais; a realização de Conferências Municipais, dentre outros. Com isso, os autores defendem que as condições de funcionamento dos Conselhos têm levado a perspectivas da ampliação e da melhoria dos processos de fiscalização e de decisão em torno da gestão das políticas sociais, apesar da maioria dos Conselhos ainda dependerem da interferência do governo local para funcionar.

Sendo a participação social em saúde entendida como uma forma de efetivação da democracia, os resultados da pesquisa indicam que há um grande desafio na prática dos conselheiros, no que diz respeito à efetivação da função fiscalizadora dos CS: primeiro, por haver uma diversidade de entendimentos entre os conselheiros do que seria de fato a participação, o que leva ao imprevisto, a incerteza e variadas formas da operacionalização da participação no âmbito dos CS; segundo, devido os CS estarem em constante dilema de interesses difusos, entre defender seus interesses individuais ou defender os interesses coletivos.

É importante destacar que, a política de saúde pautada nas diretrizes da democracia, na garantia de direito a todos está relacionada à estrutura da sociedade que temos. Portanto, é necessário pensarmos uma gestão correlacionada às demais políticas sociais. Desta maneira, podemos projetar a efetivação das ações em saúde coerente com as diretrizes preconizadas no SUS, em uma nova cultura política e no fortalecimento de uma sociedade com fins democráticos.

Notadamente, ainda não é a estrutura social que temos, o que nos permite questionar em que nível estamos avançando rumo à democracia pela defesa do SUS e os caminhos que vem percorrendo para a consolidação de um Estado democrático, visto que a não participação da sociedade está evidenciada nos resultados desta pesquisa, bem como a concentração de decisões ainda nas esferas de poder municipal, estadual e federal. O baixo nível de fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde, sendo sem fiscalização (nível 1), indica e confirma ainda um entrave para a concretização da participação social, visto que há uma lacuna significativa entre o que preconiza a legislação do controle social do SUS e o cotidiano de suas ações na fiscalização da política municipal de saúde.

No entanto, não se pode negar o avanço da participação cidadã como mecanismo de efetivação da democracia, a partir de sua legitimação como direito Constitucional, mas no que diz respeito à ação fiscalizadora dos CS ainda se tem um longo caminho a percorrer. Também consideramos necessário criar outros mecanismos visando o fortalecimento da participação da sociedade civil e junto a isso a consolidação da democracia no país.

É importante destacar que a política de saúde, pautada nas diretrizes da democracia, na garantia de direito a todos, está relacionada com a estrutura da sociedade que temos. Portanto, é necessário pensarmos a gestão da política de saúde de forma correlacionada às demais políticas sociais. Desta maneira, poderemos projetar uma política de saúde coerente, com as diretrizes preconizadas no SUS, em uma nova cultura política e com o fortalecimento de uma sociedade com fins democráticos.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Mônica. AZEVEDO, Sérgio de. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de (Org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização.** Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

_____. RODRIGUEZ, Vicente. Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. In: ARRETCHE, Marta. RODRIGUEZ, Vicente (Org.) **Descentralização das políticas sociais no Brasil.** São Paulo: FUNDAP; FAPESP; Brasília, DF: IPEA, 1999.

_____. MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto. ARRETCHE, Marta. MARQUES, Eduardo. (Org.) **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AVRITZER, Leonardo. **Sociedade civil e participação no Brasil.** Disponível em:<<http://www.democraciaparticipativa.org/files/AvritzerSociedadeCivilParticipacaoBrasil.pdf>>. Acesso em: 13 nov.2010.

BAPTISTA, Josil Voidela et al. Governança urbana: estudo sobre conselhos municipais da Região Metropolitana de Curitiba. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos, RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO Sérgio de. (Org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

BELÉM. Prefeitura municipal de Belém. **Lei nº 7.666, de 16 de novembro de 1993.** Dispõe sobre a organização do conselho municipal de saúde de Belém, criado na forma do art. 177 da Lei Orgânica do Município de Belém, 1993.

BENEVIDES. Prefeitura Municipal. **Lei nº 824, de 10 de abril de 1995.** Dispõe sobre a criação do conselho municipal de Benevides.

BIDARRA, Zelimar Soares. Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos e controle social. **Revista Serviço Social e sociedade,** São Paulo: Cortez, v. 26, n.88, nov. 2006.

BITOUN, Jan. LIMA, Rosa Maria Côrtes de. Os conselhos municipais da Região Metropolitana do Recife: aspectos da cultura cívica. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos, RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO Sérgio de (Org.) **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política.** 5. ed. Brasília, DF: UNB; São Paulo: Imprensa Oficial, 2000. v.1.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção primeiros passos).

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nacional, nº 333, 2003**.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Marcos Antonio Oliveira Fernandes, organização. 14 edição. São Paulo: Rideel. 2008 (coleção de leis Rideel. Série compacta).

CALSING, Elizeu Francisco. O município brasileiro e a descentralização governamental: anotações sobre a necessidade de revitalização dos municípios. In: FIGUEIREDO, Wilma de M. (Coord.). **Cidadão, Estado e políticas públicas no Brasil contemporâneo**. Brasília, DF, UNB, 1986.

CAPELLA, Ana Cláudia. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: ARRETCHE, Marta. MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. HOCHMAN, Gilberto. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CAYRES, Guilhermina Maria Vieira. **Participação como estratégia de intervenção: uma reflexão sobre planos participativos de desenvolvimento na Amazônia brasileira**. 200 f. 2009. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) - Núcleo de Altos estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE; IBAM, 1995.

CARVALHO, Maria do Carmo. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: Instituto Pólis. 2000. Disponível em: <www.polis.org.br/obras/arquivo_169.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2010.

CHAIÁ, Vera. TÓTORA, Silvana. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de (Org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

COLIN, Denise Ratmann Arruda. Assistência social: entre o favor e o direito num contexto de participação política democrática. In: FUKS, Mário. PERISSINOTTO, Renato M. SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.); SCHLUMBERGER, Renata et al. (Col.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Decreto 99438, de 7 de agosto de 1990**. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm>. Acesso em: 4 fev. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n 291, de 06 de maio de 1999**. Aprova o regimento interno do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: < http://www.saude.pa.gov.br/ces/index.php?option=com_content&view=article&id=47:segunda-reuniao-do-conselho-estadual-de-saude-do-para&catid=36:destaques&Itemid=1&fontstyle=f-smaller&date=2014-10-01>. Acesso em: 4 fev. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 333, de 4 de Novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em <http://www.saude.pa.gov.br/ces/index.php?option=com_content&view=article&id=47:segunda-reuniao-do-conselho-estadual-de-saude-do-para&catid=36:destaques&Itemid=1&fontstyle=f-smaller&date=2014-10-01> Acesso em: 4 fev.2010.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Viabilizando a participação em Conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, Gilberto N; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CUSTÓDIO, Lia Borges de Mattos et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro: FGV, p.1369-1378, nov./dez, 2009.

ESTEVE. Josep M. Pascual. **Governança democrática: construção coletiva do desenvolvimento das cidades**. Juiz de Fora: UFJF, 2009.

FABRÍCIO, Augusto de Oliveira. JUNIOR, Geraldo Biasoto. Descentralização das políticas sociais no Brasil. In: _____. **Descentralização das políticas sociais no Brasil**, São Paulo: FUNDAP: FAPESP, Brasília, DF: IPEA, 1999.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas: espaço público e controle social. **Revista Serviço Social e sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 88, v.26, nov. 2006.

FERREIRA, Luiz Lins Pinto. **Dicionário de sociologia**. São Paulo: Bushatsky, 1977.

FARIAS FILHO, Milton C. **Organizações burocráticas e instituições forjadas: as mudanças no poder executivo do Estado do Pará (1995-2005)**. 254 f. Tese (Doutorado em área de desenvolvimento socioambiental), Universidade Federal do Pará, Belém, 2005.

_____. **Noções gerais de projeto e pesquisa:** uma abordagem didática. São Paulo: Barúna, 2009.

FUKS, Mário. Democracia e participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001). In: . FUKS, Mário. PERISSINOTTO, Renato M. SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.); SCHLUMBERGER, Renata et al. (Col.). **Democracia e participação:** os conselhos gestores do Paraná Curitiba: UFPR, 2004.

FUKS, Mário. SALES, Márcio Rojânio da Ponte. SCHEVISBISKI, Renata Schlumberger. O controle social na política de saúde: um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1991-2001). In: FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato M.; SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.). **Democracia e participação:** os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GONÇALVES, Alcindo. Políticas públicas e a ciência política. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas:** reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA Nísia Trindade; GERCHMAN Silvia; EDLER, Flavio Coelho (Org.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOBATO, Maria das Graças Leite. **A representatividade nos conselhos paritários:** a prática do Conselho Estadual de Assistência Social do Pará. 2005. 232 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Centro Socioeconômico, Universidade Federal do Pará, Belém, 2005.

MARITUBA. Prefeitura Municipal de. **Lei municipal nº 120, de 2003.** Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Marituba, 2003.

MICHELS, Robert. **Sociologia dos partidos políticos**, Brasília, DF: UNB, 1982. (Coleção pensamento político, n. 53.).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, Mara Rúbia Muniz. **A democratização da sociedade:** participação das organizações da sociedade civil - experiências em Juruti Velho-Pa. 143 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

NORONHA, Rudolf de et al. **Conselhos municipais e políticas sociais.** Rio de Janeiro: IBAM; IPEA, 1997.

OLIVEIRA JUNIOR, Fabrício Augusto de; BIASOTO, Geraldo. **Descentralização das políticas sociais no Brasil.** São Paulo: FUNDAP; FAPESP; Brasília, DF: IPEA, 1999.

OLIVEIRA, Márcia Cristina Sarges de. **Conselho Municipal de Assistência Social de Soure: participação democrática ou participação gerencial?**. 99 f. 2006. (Mestrado em Serviço Social) – Centro Sócio Economico, Universidade Federal do Pará, 2006.

OLIVEIRA, Aline Penedo de. **O princípio da eficiência da licitação**. 2005. f.102 Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade da Amazônia , Belém, 2005.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **Desigualdade regional e território da saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

OLSON, Mancur. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais**. São Paulo: USP, 1999 (Clássicos. n.16).

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARACAMPO, Vitória. **Democracia participativa e conselhos municipais da região metropolitana de Belém**. Belém: FASE – núcleo cidadania e políticas de reforma urbana, 2004.

PERISSINOTTO, Renato M. poder e participação no Conselho Municipal de Assistência Social de Curitiba (1999-2001). In: FUKS, Mário. PERISSINOTTO, Renato M. SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004.

RIBEIRO, Ednaldo Aparecido. Cultura política e teoria democrática: implicações empíricas de um debate teórico. In: FUKS, Mário. PERISSINOTTO, Renato M.; SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos et al. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

SANTOS, Mauro Rego Monteiro dos. **Conselhos Municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas**. Rio de Janeiro: FASE, 2002.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001.

SOUZA, Celina. Estado de arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto. ARRETCHE, Marta. MARQUES, Eduardo, (Org.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano. 8, n. 16, p.20-45, jul./dez.,2006.

SOUZA, Isabel Ribeiro de Oliveira Gómez. Reflexões sobre a participação política. In: SOARES, Ricardo prata et al. (Org.). **Estado, participação política e democracia**. São Paulo: ANPOCS, 1985.

SOUZA, Nelson Rosário de. Cenário e atores: a arena pública do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente de Curitiba (1997-2001). In: FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato M. ; SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.) **Democracia e participação**: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004a.

SOUZA, Vanessa A. de. 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, Mário. PERISSINOTTO, Renato M. SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.). **Democracia e participação**: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004b.

STEINBRENNER, Rosane Maria Albino. **Para além da informação**: dilemas e desafios da participação. 217 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento)- Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Univeridade Federal do Pará, 2006.

TOBAR, Federico. YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de janeiro: Fiocruz, 2001.

TONELLA, Celene. Conselhos municipais de políticas públicas na região de Maringá. In: FUKS, Mário. PERISSINOTTO, Renato M. SOUZA, Nelson Rosário de. (Org.). **Democracia e participação**: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004.

VÍCTORA, Ceres Gomes et al. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIEIRA, Sonia. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de entrevista aplicado aos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de Belém.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

01	Município:	
02	Nome do Conselheiro:	
03	Data de nascimento:	Telefone:
04	E-mail:	
05	Endereço:	
06	Escolaridade: (Michel)	
07	Renda Mensal:	
08	Profissão/Ocupação? (Michel)	
09	Exerce outra função além de Conselheiro de Saúde? Qual? (Michel)	
10	Por que se candidatou à vaga de conselheiro municipal de saúde? (verificar o interesse individual e coletivo segundo Olson e Michel)	
11	Quais os critérios para se candidatar a conselheiro de saúde? (Michel)	
12	Como se tornou conselheiro de saúde?	
13	Representa qual segmento dentro do CS? (Michel)	
14	Qual o nome da entidade que representa?	
15	Exerce algum cargo no CS? Qual? Por quê?	
16	Como você identifica o interesse de ser conselheiro dos demais representantes do CS? (Michel)	
17	Quem você identifica como o conselheiro mais participante? Por quê? (Olson / Michel/ Demo/ Muniz e Gomes) (1)	
18	Quem você identifica como conselheiro mais atuante? Por quê? (Olson e Michel) (2)	
19	Qual o conselheiro menos atuante (nas reuniões ou nas atividades?) do CS? Por quê? (Olson)	
20	Em sua opinião o número de membros no CS é grande ou pequeno? (Olson e Michel)	
21	De que forma este número de membros influencia na fiscalização das ações deliberadas no CS? (Olson e Michel)	
22	Participa de comissões dentro do Conselho? Se sim, qual. Por quê? (Michel)	
23	Quais os mecanismos de informação das ações do conselheiro à entidade ou organização que representa no CS? (Michel)	
24	Como são deliberadas as questões dentro do CS? (Olson - pergunta de funcionamento do CS)	
25	Você é filiado a algum partido político? Qual? Por quê? (Michel)	
26	Quais as principais dificuldades para um Conselheiro atuar? Por quê?	

(1) Conceito de conselheiro mais participante: Participar seria pelo sentimento do dever ou dos que vão às sessões por hábito. Os que se interessam pelas questões administrativas e táticas (a maioria não participa e concorda que o pequeno grupo que assiste às reuniões decida sobre as demandas). O homem político é aquele que tem consciência histórica, que sabe dos problemas e busca soluções, ultrapassando seu estado de objeto para ser sujeito de sua história. Os indivíduos que participam de um grupo ou organização têm interesses em comum e por isso criam uma organização. No entanto, quando um grupo de indivíduos compartilha de um interesse, de um objetivo é preciso superar uma ação individual independente para a promoção do interesse em comum. A lógica é sempre ter algo em troca, ou seja, um retorno vantajoso.

(2) Conceito de conselheiro mais atuante: Ser atuante é deliberar, decidir e intervir.

As massas, sendo organizadas ou não precisam ser dirigidas e guiadas. Isto se deve às diferenças de cultura e de educação que existem entre seus membros e que imprimem necessidade de direção. Para ele o acúmulo de funções é uma característica dos partidos democráticos modernos.

APÊNDICE B - Categorização do formulário de entrevistas.

Pergunta 10 – por que se candidatou à vaga de conselheiro municipal de saúde?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Por ser presidente de uma organização	2	-	2
Por ter sido indicado por sua entidade ou organização	-	1	7
Por fazer parte de uma entidade ou organização	-	-	7

Pergunta 11 – quais os critérios para se candidatar a conselheiro de saúde?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Representar uma entidade ou organização	3	1	2
Está inserido num segmento	1	2	4
Ter perfil, se identificar com a defesa do SUS, querer ser conselheiro	-	4	6

Pergunta 12: como se tornou conselheiro de saúde?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Devido ser presidente de uma organização	2	-	2
Queria conhecer mais sobre o Conselho de Saúde	1	1	-
Por meio da conferência municipal de saúde	-	-	1
Pela necessidade da comunidade ter representantes no CS (para garantir a melhoria da saúde na comunidade)	2	1	-
Tornou-se conselheiro somente por que foi indicado	-	1	7
Devido já participar, há muito tempo, de movimento social e organizações	-	2	1
Pelo dever de participar	-	2	1
Por fazer parte de uma entidade ou organização	-	-	7

Pergunta 16 – como você identifica o interesse de ser conselheiro dos demais representantes do CS?

Categoria das respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Prevalece o interesse individual	-	-	3
Há interesse político, pois a maioria dos conselheiros tem interesses próprios (querem se dá bem; os interesses são divididos)	-	1	3
Todos se interessam em contribuir para trazer melhorias para a saúde e isso é importante	2	-	4

Pergunta 20: Em sua opinião, o número de membros no CS é grande ou pequeno?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Suficiente	1	1	4
Insuficiente	3	-	1
Razoável	-	3	7

Pergunta 21: De que forma este número de membros influencia na fiscalização das ações deliberadas no CS?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Sendo o número de membros pequeno não dá para fiscalizar todos os serviços de saúde	3	-	1
O CS fiscaliza a farmácia básica e visitam os postos de saúde	-	-	1
Dá para fiscalizar, pois o número de membros possibilita a fiscalização	-	4	4

Há uma falha na participação que influencia na fiscalização de forma negativa	-	-	1
Apesar de ser um número grande de membros não influencia porque não há fiscalização	-	-	1
É um número bom de membros, mas depende da boa vontade de cada um, sendo um conselho atuante terá poder de influenciar na fiscalização	1	-	4
Apesar de ser um número suficiente a fiscalização é impedida pelas condicionalidades, não pelo número de conselheiros. A fiscalização é entendida no conselho como responsabilidade do segmento do usuário	-	-	1
Não há necessidade de aumentar o número de membros, mas sim de aumentar a participação, interação entre os membros	-	1	-
É um número bom de membros, mas falta mais interesse dos conselheiros, logística, para que as coisas que se define como prioridades aconteçam	-	-	1

Pergunta 23 – quais os mecanismos de informação das ações do conselheiro à entidade que representa?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Reuniões periódicas para informar as decisões tomadas no conselho	1	-	2
Repassam as informações aos membros de maneira informal e individual	1	1	2
Reunião periódica para decidir as necessidades da entidade a serem discutidas no conselho	-	2	7
Não repassam informações aos membros da entidade que representam	1	-	1
O conselheiro decide o que será discutido nas reuniões sem consultar a entidade que representa	-	1	-

Pergunta 24 – como são deliberadas as questões dentro do CS?

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Não tem como atender todas as demandas, por isso é importante definir prioridades de ação	1	-	-
Por meio de mesa diretora que abre a pauta de reunião e o pleno aprova ou rejeita a proposta feita pelos conselheiros (Por meio de votação; direto do plenário)	3	1	7
As pessoas denunciam as situações de saúde no próprio Conselho e nas reuniões se discute as situações apresentadas (na maioria das vezes a secretaria executiva anota as reivindicações e resolve o que fazer)	-	1	2
O regimento interno do Conselho resolve como deve ser construída a pauta de reunião	-	1	-
A secretaria executiva repassa ao presidente do Conselho (todo conselheiro pode solicitar um ponto de pauta na reunião, por meio de ofício)	-	1	-
As deliberações são feitas pela secretaria de saúde, por conta da deliberação dos recursos (O conselho não tem poder de deliberação)	-	-	5

Pergunta 26 – quais as principais dificuldades para um conselheiro atuar? Por quê? *

Categoria de respostas	Frequência de respostas		
	Belém	Marituba	Benevides
Falta de recursos financeiros	1	1	5
Falta de interesse da maioria dos conselheiros	1	-	3

Falta de infraestrutura (o conselho de Benevides não tem espaço físico próprio)	1	1	6
Falta de tempo do conselheiro para se dedicar mais ao Conselho	1	-	2
Há muitas questões políticas partidárias no Conselho (há muita relação política com a gestão)	-	2	1
A atuação do Conselho depende da decisão da maioria	-	1	2
O trabalho do Conselho não é reconhecido pela população	-	-	1
Falta autonomia nas decisões do Conselho	-	-	9
O conselho não tem controle das ações e demandas de saúde	-	-	2
O acesso às informações de saúde do município é insuficiente	-	-	2
Não há dificuldades de atuação no Conselho	-	-	1
O conselho não é propositivo	-	-	1

*Nesta pergunta os conselheiros responderam mais de uma categoria de resposta.

APÊNDICE C - Quadro da categorização dos Conselhos Municipais de Saúde da RMB			
Item	Informações do Conselho Municipal de Saúde (CMS)		
	Belém	Marituba	Benevides
1- Definição ou objetivo do Conselho Municipal de Saúde (CMS)	O Conselho Municipal de saúde é instância permanente e deliberativa, integrante e gestor do Sistema Municipal de Saúde, na forma estatuída pela Lei Orgânica do Município de Belém, integrado ao SUS. Tem como objetivo básico o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde.	O Conselho Municipal de Saúde de Marituba - COMSAM, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde, em caráter permanente no âmbito municipal, como órgão deliberativo do SUS. Tem como finalidade deliberar e fiscalizar a política municipal de saúde, a implementação do SUS no município.	Fica instituído o Conselho Municipal de Saúde e Saneamento – CMSS, como órgão deliberativo do SUS no âmbito municipal. Tem por finalidade coordenar e fiscalizar as ações de saúde, segundo as diretrizes do SUS.
2-Legislação específica de criação do CMS	Criado pela lei municipal nº7.847/1997.	Criado pela Lei municipal nº 120/2003.	Criado pela Lei municipal nº 824/1995
3-Composição	Terá sua composição definida pelas Conferências Municipais de Saúde. Até a realização da próxima Conferência este Conselho, de acordo com seu regimento interno aprovado em 08/03/2001 este é composto por vinte entidades titulares, com seus respectivos suplentes, sendo: a)Gestores e prestadores de serviço (05): um representante do Sindicato dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Estado do Pará (SINDESSPA); um da Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará (AHACSEP); e três representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA); b)trabalhadores de saúde (05): dois representantes do Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Belém (SISBEL); um da Associação dos Profissionais em Saúde Pública do Estado do Pará (APASP); um representante da União Geral dos Trabalhadores do Estado do Pará (UGT/PA); um representante do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará (SENPA); c)usuários (10): Arquidiocese de Belém; Conselho Metropolitano de Entidades Comunitárias e Representações Populares (COMEC); Centro Comunitario São Francisco; Associação Comunitária São Sebastião – Paracuri II; Instituto Desportivo Comunidades do Barreiro e Sacramento (IDECOBAS); Centro de Organização dos	O Cs é paritário e composto por doze membros distribuídos por 50% representantes de usuários, 25% representantes de governo, entidades ou instituições de prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados, conveniados ao SUS do município; 25% de representação de entidades de trabalhadores da área de saúde. Para efeito desta Lei, entende-se por representantes de usuários, toda e qualquer entidade legalmente constituída e organizada. Este conselho tem a seguinte composição: a)Gestores e prestadores de serviço (03): dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU); um representante do Hospital Divina Providência (HDP); b)trabalhadores de saúde (03): dois representantes da Associação dos Trabalhadores Públicos de Saúde de Marituba (ATPSMA); um do Hospital Divina Providencia (HDP); c)usuários (06): Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); Tabernáculo Batista; Associação dos Moradores do Residencial Almir Gabriel (AMORAG); Centro de Atendimento a Criança e ao Idoso (CACI); Igreja Católica de	Composto por doze membros, com mandato de dois anos. Sendo modificada pela Lei nº 904/97, ficando com a atual composição: a)Gestores e prestadores de serviço (03): dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde; um do Hospital Maternidade do Povo; b)trabalhadores de saúde (03): dois representantes do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará (SENPA); um representante do SINDSAÚDE; c)usuários (06): Associação dos Amigos de Benevides; Centro Comunitário Santa Luzia; Associação Comunitária Santa Rosa de Lima; Associação dos Moradores do Bairro Independente (AMBI); Associação dos Amigos de Benfica (ASAB); Coordenadoria Municipal de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CMAPEN).

	Moradores do Bairro do Atalaia (COMBAT); Conselho Comunitário do Bairro da Terra Firme e Conselho Comunitário do Bairro do Jurunas; Associação de Comerciantes e Barraqueiros do Outeiro (ASCAMBO); Associação Comunitária e Ecológica Preserve a Natureza (ASCOPREN) e ONG PARAVIDA; Associação de Moradores do Conjunto Tapajós.	Nossa Senhora de Nazaré; Associação de Desenvolvimento Solidário e Sustentável de Marituba (ADSMAR).	
4-Organização	Terá como instância de deliberação: a) plenário do Conselho; b) mesa diretora (presidente; vice-presidente; 1º secretário; 2º secretário); Estrutura organizacional: a) comissões técnicas e câmaras específicas; b) secretaria executiva; c) assessoria técnica	São órgãos do COMSAM: a) plenário; b) presidência; c) vice-presidência d) secretaria executiva; e) comissões.	São órgãos deste Conselho: a) plenário; b) presidência (presidente; vice-presidente; 1º secretário; 2º secretário); c) comissões.
5-Comissões existentes	Não é especificado no regimento interno	De acordo com o regimento interno instituído pela Lei municipal de saúde, nº 039/98 e 063/99, são definidas como Comissões permanentes a comissão de assuntos técnicos e a comissão de assuntos administrativos e financeiros.	De acordo com o regimento interno, disposto na resolução nº 01/95, são definidas como Comissões permanentes a comissão de assuntos técnicos e a comissão de assuntos administrativos.
6-Estrutura	A Secretaria Municipal de Saúde indicará um técnico administrativo, dentre seu corpo funcional, para exercer a função de secretário executivo, bem como previsão orçamentária, suplantadas se necessário, e integrarão o cronograma de previsão orçamentária da secretaria, para recursos e infraestrutura necessários ao bom funcionamento e encaminhamento das atividades deste CS. Esta função não poderá ser exercida por membro integrante deste CS.	Compete ao poder executivo, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Marituba, proporcionar ao Conselho Municipal de Saúde de Marituba (COMSAM) as condições necessárias para seu pleno funcionamento, suporte técnico-administrativo, fornecendo recursos humanos e materiais necessários ao pleno exercício de suas atividades, inclusive criando rubrica própria.	A secretaria municipal de saúde e saneamento prestará apoio administrativo ao funcionamento do CS.
7-Funcionamento	O funcionamento se dá por meio da Plenária, composta pelos conselheiros, sendo esta órgão de deliberação deste CS e a Coordenação executiva, composta por presidente, vice-presidente e secretário (a) geral. escolhida pela plenária, tendo como função coordenar e executar as atividades necessárias para o bom andamento e cumprimento dos objetivos do CS, bem como define seu regimento interno e encaminhar as deliberações, publicação do relatório da Conferência Municipal e	O presidente e vice-presidente do COMSAM serão eleitos entre seus pares durante a 1ª reunião ordinária deste Conselho. Poderá constituir comissões que contribuirão para o andamento dos trabalhos, para acompanhar a elaboração da LDO, do PPA e os Planos de aplicação e demais Planos no que se refere à área de saúde do município. Serão considerados colaboradores do CS as universidades e demais entidades representativas da	Tem como estrutura o plenário, a presidência e as comissões, sendo o primeiro considerado o órgão de deliberação máxima. Os membros do CMSS poderão ser substituídos mediante solicitação da autoridade ou entidade responsável a que faça parte, apresentada ao Prefeito municipal. O secretário municipal de

	preparar a posse dos novos membros eleitos. O CS poderá convidar entidades e órgãos, autoridades ou cientistas e técnicos, nacionais ou estrangeiros, para participarem das reuniões e subsidiarem os debates, estudos e deliberações.	sociedade civil organizada de relevância pública. Poderão compor as comissões os colaboradores, entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais e estrangeiros convidados por este CS.	saúde é membro nato do CMSS e é de sua competência privativa presidilo.
8-Função de conselheiro	As funções de seus membros não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado relevante serviço prestado à saúde da população.	A função dos membros deste Conselho é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.	O exercício da função de conselheiro não será remunerada e será considerada como serviço público relevante.
9-Periodização das reuniões	As seções das plenária serão realizadas ordinariamente a cada trinta dias, com calendário de reuniões definido e extraordinariamente quando convocadas pelo Presidente, ou por um terço de seus membros. As seções das plenárias instalam-se com a maioria absoluta dos seus membros e delibera por maioria simples. As seções da plenária serão abertas ao público, com pauta e data previamente divulgadas pelos meios de comunicação.	O Conselho realizará reuniões ordinárias no mínimo uma vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente, ou na forma regimental.	As seções plenárias serão realizadas uma vez ao mês, ou extraordinariamente quando convocadas pelo Presidente ou por requerimento escrito e assinado por um terço de seus membros. Para a realização da seções será necessária a presença da maioria absoluta dos membros do CS, que deliberará pela maioria dos votos dos presentes. Cada membro tem direito a um voto na seção plenária. O presidente do CS terá a prerrogativa de definir “ad-referendum” ao plenário, se não estiver presente a maioria absoluta dos conselheiros. As seções plenárias ordinárias e extraordinárias deste Conselho serão públicas.
10-Critérios de Participação	O mandato dos membros do Conselho será de dois anos e encerrará sessenta dias após a realização da próxima Conferência Municipal de Saúde que compor o novo Conselho. Cada conselheiro tem direito a um voto. O membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou cinco reuniões alternadas no período de um ano do conselho será dispensado, pois durante seu mandato, qualquer membro do Conselho poderá ser substituído, mediante solicitação de sua entidade ou órgão responsável pela indicação, ou devido suas ausências nas reuniões sem justificativa, sendo	O mandato dos membros do COMSAM será de dois anos. A convocação da Conferência Municipal de Saúde deverá ser solicitada no mínimo a cada dois anos. Os membros do CS serão indicados pelos segmentos e entidades que representam e nomeados pelo Prefeito Municipal. No caso de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, seu suplente assumirá automaticamente. Se um dos membros deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas sem motivo justificado no período de um ano, perderá o	O mandato será de dois anos, podendo haver recondução dos membros do conselheiro. São consideradas existentes para fins de participação no CMSS as entidades de personalidade jurídica reconhecida e regularmente funcionando. A representação do segmento dos trabalhadores será definida por indicação conjunta das entidades representativas das

	<p>sua substituição encaminhada ao P refeito Municipal por meio de coordenação executiva.</p>	<p>mandato de conselheiro, salvo se estiver representado pelo suplente.</p>	<p>diversas categorias. Os membros titulares e suplentes serão nomeados pelo prefeito municipal, no caso das entidades os representantes do Governo municipal a indicação é de livre escolha do Prefeito municipal. Para melhor desempenho de suas funções o CMSS poderá recorrer a pessoas ou entidades mediante alguns critérios, considerando como colaboradores as instituições formadoras de recursos humanos para a saúde e as entidades representativas de profissionais e usuários dos serviços de sua condição de membros, podendo convidar pessoas ou instituições de notória especialização, para assessorar o CS em assuntos específicos.</p>
11-Competências	<p>1-Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde a nível municipal, de acordo com seus aspectos econômicos, financeiros e de gerencia técnico-administrativa e operacional; 2-estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível municipal, estadual e nacional; 3- propor políticas, programas e projetos integrados intersetorialmente de maneira adequada as necessidades da população; 4-acompanhar, analisar, fiscalizar e exercer o controle do uso e aplicação adequada dos recursos destinados às ações do SUS a nível municipal; 5- analisar e emitir parecer sobre a proposta orçamentária anual para o setor, antes que seja enviada para a aprovação do poder legislativo municipal; 6- propor critérios à programação e execução financeira e orçamentária ao Fundo Municipal de Saúde, acompanhando sua movimentação e destinação dos recursos; 7- traçar diretrizes de elaboração e aprovar o Plano municipal de saúde, adequando-o a diversas</p>	<p>1-atuar na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, incluídos os seus aspectos econômicos e financeiros, que serão fiscalizados mediante o acompanhamento de execução orçamentária; 2- articular-se com os demais órgãos colegiados do SUS, das esferas dos Governos Federal e Estadual; 3- organizar e normatizar diretrizes para elaboração do Plano Municipal de Saúde, estabelecidas na Conferência Municipal de Saúde, adequando-as à realidade epidemiológica e à capacidade organizacional dos serviços; 4- propor adoção de critérios que definam padrão de qualidade e melhor resolutividade das ações e serviços de saúde, verificando, também, o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área; 5- propor critérios à programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação de recursos; 6-</p>	<p>1-Definir as prioridades de saúde e saneamento; 2-estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde e Saneamento – PMSS; 3- atuar na formulação de estratégias no controle da execução da política de saúde e saneamento; 4- propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde e Saneamento – FMSS, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos; 5- acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos de entidades públicas e privadas integrantes do SUS no município; 6- definir critérios de</p>

	<p>realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços; 8- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de utilidades públicas municipais prestadoras de serviços de saúde, no âmbito do SUS; 9- opinar, previamente sobre qualquer projeto público ou privado que implique na política pública de saúde; 10- acompanhar, avaliar e fiscalizar o serviço de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS; 11- definir e aprovar celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde no que tange à prestação de serviços de saúde; 12- definir critérios de qualidade ao funcionamento dos serviços públicos e privados de saúde, no âmbito do SUS, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área; 13- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS; 14- examinar propostas e denúncias, além de responder a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e serviços de saúde; 15- convocar, compor a comissão organizadora e realizar a Conferência bienal de saúde, com objetivo de avaliar as ações desenvolvidas no Sistema Municipal de Saúde, propor as diretrizes para a formulação da política, programas e projetos de saúde e aprovar a composição do Conselho Municipal de Saúde; 16- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde, de interesse para o desenvolvimento do SUS; 17- realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil, órgãos públicos ou privados, para debater e informar matérias de interesse para o setor de saúde; 18- aprovar o Plano Municipal de Saúde; 19- avaliar, subsidiar e acompanhar a participação do representante municipal de saúde na Comissão Bipartite; 20- elaborar e aprovar o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde e suas normas regulamentares; 21 – estabelecer parcerias ou convênio com o Ministério Público, PROCON e órgão de defesa do consumidor e de fiscalização sanitária, visando dar desdobramento às denúncias e irregularidades apuradas e devidamente comprovadas; 22- analisar a aprovar</p>	<p>analisar e deliberar sobre as contas dos órgãos integrantes do SUS; 7- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS no município; 8- examinar propostas e denúncias, responder às consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar a respeito de deliberação do colegiado; 9- incentivar e defender a municipalização de ações e serviços de saúde prestados à população por meio de órgãos e entidades públicas e privadas, integrantes do SUS no município, impugnando aqueles que eventualmente contrariem as diretrizes da política de saúde ou a organização do sistema; 10- incentivar e defender a municipalização de ações, serviços e recursos de saúde como forma de descentralização de atividades; 11- solicitar informações de caráter operacional, técnico-administrativo, econômico-financeiro, de gestão de recursos humanos e outros que digam respeito à estrutura e licenciamento de órgãos públicos e privados vinculados ao SUS; 12- divulgar e possibilitar o amplo conhecimento do SUS no município à população e às instituições públicas e privadas; 13- definir os critérios para a elaboração de contratos ou convênios do setor público e das atividades privadas, no que tange a prestação de serviços de saúde; 14- apreciar previamente os contratos e convênios referidos no inciso anterior e acompanhar e controlar sua execução; 15- estabelecer diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços públicos e privados no âmbito do SUS; 16- garantir a participação e o controle comunitário, por meio da sociedade civil organizada, nas instâncias colegiadas e gestoras das ações de saúde; 17- apoiar e normatizar a organização de Conselhos Comunitários de Saúde; 18- promover articulações com os órgãos de fiscalização do exercício</p>	<p>qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde pública e privada no âmbito do SUS; 7- definir critérios para a celebração de contratos e convênios entre o setor público e entidade de saúde, a respeito da prestação de serviço de saúde; 8- apreciar previamente os contratos e convênios referidos anteriormente; 9- estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de unidades prestadoras de serviço de saúde pública e privadas, no âmbito do SUS; 10- elaborar seu regimento interno; 11- examinar propostas e denúncias e responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do colegiado; 12- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde, de interesse para o desenvolvimento do SUS; 13- promover Conferência anual com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e do saneamento e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e saneamento no município; outras atribuições serão definidas em normas complementares.</p>
--	--	---	---

	trimestralmente prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, remetendo seu parecer para o Prefeito Municipal e para a Câmara Municipal; outras atribuições estabelecidas em normas complementares ou que lhes sejam delegadas pelo Conselho Estadual ou Nacional de Saúde.	profissional e outras entidades representativas da sociedade civil, para definição e controle de padrões éticos, para pesquisa e prestação de serviços de saúde; 19- promover articulações entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional superior, com finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuadas dos recursos humanos do SUS, assim como à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições; 20- elaborar e aprovar o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde e as propostas de suas modificações e encaminhá-las à homologação do executivo municipal; 21- outras atribuições deverão ser estabelecidas em normas complementares.	
<u>12-Decisões</u>	Os atos do Conselho serão consubstanciados em resolução e homologadas pelo Prefeito Municipal, por meio de Decreto no prazo máximo de trinta dias após a promulgação desta Lei, ratificando a nomeação dos atuais membros do CMS, conforme sua composição definida pela Conferência Municipal de Saúde, ou, por meio de portaria pelo Secretário Municipal de Saúde.	De acordo com a Lei Federal nº 8.142/90 as decisões do CS deverão ser homologadas pelo secretário municipal de saúde, sendo suas decisões consubstanciadas em resoluções, cabendo a secretaria municipal de saúde tomar as medidas necessárias para sua efetivação.	As resoluções do CS, bem como os temas tratados em plenário, reunião de diretoria e das comissões deverão ser publicadas. As deliberações normativas do CS serão consubstanciadas em resolução.

Fonte: Adaptado a partir de Legislação específica do SUS de criação dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém.

APÊNDICE D - Matriz da fiscalização dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana de Belém.

Matriz 1 - município de Belém.

Funções do Conselho de Saúde	Descrição dos subitens das funções do Conselho de Saúde	Ano de gestão dos CS					
		Gestão		Gestão		Gestão	
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
		Níveis de fiscalização					
1 Controle dos gastos públicos	1.1 Análise do PPA da Secretaria Municipal de Saúde	3	1	2	1	1	1
	1.2 Avaliação e acompanhamento dos critérios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal de Saúde	2	1	1	3	2	2
	1.3 Análise da prestação de contas trimestral da Secretaria Municipal de Saúde	1	1	3	1	3	3
	1.4 Avaliação do Relatório de gestão	1	1	1	3	3	3
	Média F1	1,75	1	1,75	2	2,25	2,25
2 Deliberação sobre ações do CS	2.1 Avaliação do funcionamento dos serviços de saúde	2	2	3	3	3	3
	2.2 Acompanhamento das ações e serviços de saúde no município	3	3	2	3	3	3
	2.3 Avaliação das reuniões anteriores do CS para averiguar a efetivação das deliberações feitas à rede de atendimento do Sistema Municipal de Saúde	3	3	3	3	3	3
	2.4 Visitas regulares nos estabelecimentos de saúde, para fiscalizar seu funcionamento	3	3	1	2	3	1
	Média F2	2,75	2,75	2,25	2,75	3	2,5
3 Denúncias de irregularidades nos serviços	3.1 Criação de Câmaras e comissões de fiscalização, para averiguação das denúncias	3	3	3	3	3	1
	3.2 Discussão nas reuniões para examinar as denúncias e as irregularidades nos serviços	3	3	3	3	3	1
	3.3 Apresentação de relatório dos casos nas reuniões	3	3	1	2	3	1
	3.4 Apresentação de parecer do CS sobre a irregularidade denunciada	3	3	1	2	3	1
	3.5 Encaminhamento das denúncias para os devidos órgãos responsáveis	3	3	1	3	3	1
	Média F3	3	3	1,8	2,6	3	1
4 Divulgação das ações do CS	4.1 Informação à comunidade da agenda de reuniões (Data e local) do CS	1	1	1	1	1	1
	4.2 Informação das funções e competências do CS nos meios de comunicação local (jornal, revista, rádio, etc)	1	1	1	1	1	1
	4.3 Apresentação de relatório de atividades do CS	1	1	1	1	1	1
	4.4 Formulação de Panfletos, cartilhas produzidas pelo CS	1	1	1	1	2	1
	4.5 Realização de audiências públicas	1	3	1	3	3	1
	Média F4	1	1,4	1	1,4	1,6	1
Somatória das Médias das Funções							

Matriz 2 - município de Marituba.

Funções do Conselho de Saúde	Descrição dos subitens das funções do Conselho de Saúde	Ano de gestão dos CS					
		Gestão		Gestão		Gestão	
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
		Níveis de fiscalização					
1 Controle dos gastos públicos	1.1Análise do PPA da Secretaria Municipal de Saúde	1	1	1	1	1	
	1.2Avaliação e acompanhamento dos critérios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal de Saúde	3	3	3	3	1	
	1.3 Análise da prestação de contas trimestral da Secretaria Municipal de Saúde	3	3	3	3	3	
	1.4 Avaliação do Relatório de gestão	3	3	3	3	1	
	Média F1	2,5	2,5	2,5	2,5	1,5	
2Deliberação sobre ações do CS	2.1Avaliação do funcionamento dos serviços de saúde	3	3	3	3	3	
	2.2Acompanhamento das ações e serviços de saúde no município	3	3	3	3	3	
	2.3Avaliação das reuniões anteriores do CS para averiguar a efetivação das deliberações feitas à rede de atendimento do Sistema Municipal de Saúde	1	3	3	3	3	
	2.4Visitas regulares nos estabelecimentos de saúde, para fiscalizar seu funcionamento	1	2	2	2	3	
	Média F2	2	2,75	2,75	2,75	3	
3 Denúncias de irregularidades nos serviços	3.1Criação de Câmaras e comissões de fiscalização, para averiguação das denúncias	1	1	1	1	1	
	3.2Discussão nas reuniões para examinar as denúncias e as irregularidades nos serviços	3	3	3	3	3	
	3.3Apresentação de relatório dos casos nas reuniões	1	1	2	2	3	
	3.4 Apresentação de parecer do CS sobre a irregularidade denunciada	1	1	1	1	1	
	3.5 Encaminhamento das denúncias para os devidos órgãos responsáveis	1	2	3	3	2	
	Média F3	1,4	1,6	2	2	2,5	
4 Divulgação das ações do CS	4.1 Informação à comunidade da agenda de reuniões (Data e local) do CS	1	1	2	2	1	
	4.2 Informação das funções e competências do CS nos meios de comunicação local (jornal, revista, rádio etc.)	1	1	1	1	1	
	4.3Apresentação de relatório de atividades do CS	1	1	1	1	1	
	4.4Formulação de Panfletos, cartilhas produzidas pelo CS	1	1	1	1	1	
	4.5Realização de audiências públicas	1	1	1	1	3	
	Média F4	1	1	1,2	1,2	1,75	
Somatória das Médias das Funções							

Matriz 3 - município de Benevides.

Funções do Conselho de Saúde	Descrição dos subitens das funções do Conselho de Saúde	Ano de gestão dos CS					
		Gestão		Gestão		Gestão	
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
		Níveis de fiscalização					
1 Controle dos gastos públicos	1.1 Análise do PPA da Secretaria Municipal de Saúde	1	1	1	1	1	1
	1.2 Avaliação e acompanhamento dos critérios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal de Saúde	1	2	1	1	1	1
	1.3 Análise da prestação de contas trimestral da Secretaria Municipal de Saúde	2	2	1	1	1	1
	1.4 Avaliação do Relatório de gestão	1	1	1	1	1	2
	Média F1	1,25	1,5	1	1	1	1,25
2 Deliberação sobre ações do CS	2.1 Avaliação do funcionamento dos serviços de saúde	2	1	1	2	1	2
	2.2 Acompanhamento das ações e serviços de saúde no município	1	1	1	2	2	2
	2.3 Avaliação das reuniões anteriores do CS para averiguar a efetivação das deliberações feitas à rede de atendimento do Sistema Municipal de Saúde	2	1	1	1	1	1
	2.4 Visitas regulares nos estabelecimentos de saúde, para fiscalizar seu funcionamento	1	1	1	1	1	1
	Média F2	1,5	1	1	1,5	1,25	1,5
3 Denúncias de irregularidades nos serviços	3.1 Criação de Câmaras e comissões de fiscalização, para averiguação das denúncias	1	1	1	1	1	1
	3.2 Discussão nas reuniões para examinar as denúncias e as irregularidades nos serviços	2	1	2	1	2	2
	3.3 Apresentação de relatório dos casos nas reuniões	1	1	1	1	1	1
	3.4 Apresentação de parecer do CS sobre a irregularidade denunciada	1	1	1	1	1	1
	3.5 Encaminhamento das denúncias para os devidos órgãos responsáveis	3	1	1	1	1	1
	Média F3	1,6	1	1,2	1	1,2	1,2
4 Divulgação das ações do CS	4.1 Informação à comunidade da agenda de reuniões (Data e local) do CS	1	1	1	1	1	1
	4.2 Informação das funções e competências do CS nos meios de comunicação local (jornal, revista, rádio, etc.)	1	1	1	1	1	1
	4.3 Apresentação de relatório de atividades do CS	1	1	1	1	1	1
	4.4 Formulação de Panfletos, cartilhas produzidas pelo CS	1	1	1	1	1	1
	4.5 Realização de audiências públicas	1	1	1	1	1	1
	Média F4	1	1	1	1	1	1
Somatória das Médias das Funções							

APÊNDICE E - Discriminação do procedimento metodológico dos subitens das funções do CS da Região Metropolitana de Belém.

Funções (F) do Conselho de Saúde ¹	Descrição dos subitens das Funções do Conselho de Saúde ²	Atribuição de valores (V) de cada subitem das Funções do CS ³
F1 - Controle dos gastos públicos	1.1 - Análise do PPA da Secretaria Municipal de Saúde	<p><u>Medição (Valor Função 1.1):</u> frequência do PPA como ponto de pauta nas reuniões dos CS, considerando este como instrumento de fiscalização dos CS, nas ações e serviços disponíveis no município.</p> <p><u>Atribuição de valores:</u></p> <p>1 (sem fiscalização): VF1.1 < %</p> <p>2 (fiscalização instrumental/formal) % ? =< VF1.1 =< ?%</p> <p>3 (fiscalização efetiva) VF1.1 >= %</p>
	1.2 - Avaliação e acompanhamento dos critérios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal de Saúde	<p><u>Medição (Valor Função 1.2):</u> discussões, proposições e encaminhamentos dos conselheiros sobre os recursos de saúde repassados ao município.</p> <p><u>Atribuição de valores:</u></p> <p>1 (sem fiscalização): VF1.2 < %</p> <p>2 (fiscalização instrumental/formal) % ? =< VF1.2 =< ?%</p> <p>3 (fiscalização efetiva) VF1.2 >= %</p>
	1.3 - Análise da prestação de contas trimestral da Secretaria Municipal de Saúde	<p><u>Medição (Valor Função 1.3):</u> discussão nas reuniões do CS sobre a prestação de contas da Secretaria municipal de saúde.</p> <p><u>Atribuição de valores:</u></p> <p>1 (sem fiscalização): VF1.3 < %</p> <p>2 (fiscalização instrumental/formal) % ? =< VF1.3 =< ?%</p> <p>3 (fiscalização efetiva) VF1.3 >= %</p>
	1.4 - Avaliação do Relatório de gestão	<p><u>Medição (Valor Função 1.4):</u> discussão e avaliação do relatório de gestão nas reuniões do CS.</p> <p><u>Atribuição de valores:</u></p> <p>1 (sem fiscalização): VF1.4 < %</p> <p>2 (fiscalização instrumental/formal) % ? =< VF1.4 =< ?%</p> <p>3 (fiscalização efetiva) VF1.4 >= %</p>
F2 - Deliberação sobre ações do CS	2.1 - Avaliação do funcionamento dos serviços de saúde	<p><u>Medição (Valor Função 2.1):</u> discussão nas reuniões a respeito do funcionamento da rede de serviços de saúde no município.</p> <p><u>Atribuição de valores:</u></p> <p>1 (sem fiscalização): VF2.1 < %</p> <p>2 (fiscalização instrumental/formal) % ? =< VF2.1 =< ?%</p> <p>3 (fiscalização efetiva) VF2.1 >= %</p>
	2.2 - Acompanhamento das ações e serviços de saúde no município	<p><u>Medição (Valor Função 2.2):</u> discussão entre os conselheiros sobre o acompanhamento das ações e serviços de saúde, com valor de 75% de frequência.</p> <p><u>Atribuição de valores:</u></p> <p>1 (sem fiscalização): VF2.2 < %</p> <p>2 (fiscalização instrumental/formal) % ? =< VF2.2 =< ?%</p> <p>3 (fiscalização efetiva) VF2.2 >= %</p>
	2.3 - Avaliação das reuniões anteriores do CS para averiguar a efetivação das	<p><u>Medição (Valor Função 2.3):</u> retorno da discussão de reuniões anteriores do CS, para rever e avaliar o que foi implementado na rede de atendimento de saúde,</p>

	deliberações feitas à rede de atendimento do Sistema Municipal de Saúde	de acordo com as deliberações do CS. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF2.3 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF2.3 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF2.3 >= ?%
	2.4 - Visitas regulares nos estabelecimentos de saúde*, para fiscalizar seu funcionamento	<u>Medição (Valor Função 2.4):</u> registro de visitas regulares (mais de duas vezes ao mês) nos estabelecimentos de saúde, se ocorre discussão ou encaminhamento a respeito dessas visitas regulares, como forma de fiscalização do funcionamento da rede de serviços de saúde. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF2.4 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF2.4 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF2.4 >= ?%
F3 - Denúncias de irregularidades nos serviços	3.1 - Criação de Câmaras e comissões de fiscalização, para averiguação das denúncias	<u>Medição (Valor Função 3.1):</u> registro de criação e funcionamento de comissões de fiscalização, para averiguar as denúncias de irregularidades nos serviços de saúde. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF3.1 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF3.1 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF3.1 >= ?%
	3.2 - Discussão nas reuniões para examinar as denúncias e as irregularidades nos serviços	<u>Medição (Valor Função 3.2):</u> discussão nas reuniões a respeito das denúncias de irregularidades de serviços de saúde no decorrer das pautas de reuniões do CS. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF3.2 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF3.2 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF3.2 >= ?%
	3.3 - Apresentação de relatório dos casos nas reuniões	<u>Medição (Valor Função 3.3):</u> apresentação de relatórios de visita dos conselheiros nas reuniões, ou relatórios das comissões de fiscalização dos serviços, para averiguar os casos de denúncias de irregularidades dos serviços de saúde. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF3.3 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF3.3 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF3.3 >= ?%
	3.4 - Apresentação de parecer do CS sobre a irregularidade denunciada	<u>Medição (Valor Função 3.4):</u> registro de parecer dos conselheiros a respeito dos casos de denúncias de irregularidades dos serviços de saúde. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF3.4 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF3.4 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF3.4 >= ?%
	3.5 - Encaminhamento das denúncias para os devidos órgãos responsáveis	<u>Medição (Valor Função 3.5):</u> registro nas pautas de reuniões de resoluções e encaminhamentos deferidos pelo CS. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF3.5 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF3.5 =< ?%

		3 (fiscalização efetiva) VF3.5 >= ?%
F4 - Divulgação das ações do CS	4.1 - Informação à comunidade da agenda de reuniões (Data e local) do CS	<u>Medição (Valor Função 4.1):</u> utilização de algum mecanismo de divulgação, informação da agenda de reuniões do CS à comunidade em geral. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF4.1 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF4.1 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF4.1 >= ?%
	4.2 - Informação das funções e competências do CS nos meios de comunicação local (jornal, revista, rádio etc.)	<u>Medição (Valor Função 4.2):</u> informação das competências e funções do CS nos meios de comunicação local. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF4.2 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF4.2 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF4.2 >= ?%
	4.3 - Apresentação de relatório de atividades do CS	<u>Medição (Valor Função 4.3):</u> apresentação de relatórios de atividades do CS, como forma de divulgar suas ações. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF4.3 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF4.3 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF4.3 >= ?%
	4.4 - Formulação de Panfletos, cartilhas produzidas pelo CS	<u>Medição (Valor Função 4.4):</u> registro de formulação de panfletos, cartilhas ou outro material de divulgação criado pelo CS. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF4.4 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF4.4 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF4.4 >= ?%
	4.5 - Realização de audiências públicas	<u>Medição (Valor Função 4.5):</u> registro de audiências públicas. <u>Atribuição de valores:</u> 1 (sem fiscalização): VF4.5 < % 2 (fiscalização instrumental/formal) ?% =< VF4.5 =< ?% 3 (fiscalização efetiva) VF4.5 >= ?%

¹Esta coluna foi organizada a partir das informações da legislação específica da política de saúde, sendo a Lei 8.080/90, a Lei 8.142/90 e a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, em que analisamos as principais funções do CS, principalmente aquelas que dizem respeito diretamente à fiscalização. A partir de então, definimos quatro funções principais na fiscalização dos CS.

²A construção desta coluna se deu a partir de pesquisa documental, com as informações de cada Conselho, sendo o regimento interno, a Lei de criação do CS, leitura das atas de reuniões ordinárias e leitura das deliberações feitas nas resoluções do CS, do período de janeiro de 2005 a agosto de 2010, correspondendo às três últimas gestões de cada Conselho, isto é, gestão 2005-2006; gestão 2007-2008; e gestão 2009-2010, sendo estes anos discriminados na última coluna da matriz da fiscalização (apêndice D), juntamente com análise dos níveis de fiscalização dos CS. Assim, tomamos como ponto de partida o procedimento de classificação de forma qualitativa e quantitativa, verificando a frequência de características do conteúdo das mensagens, de acordo com o valor atribuído a cada subitem das Funções do Conselho na matriz de fiscalização.

³A frequência de valores atribuída para medir os níveis de fiscalização seguiu os critérios abaixo:

Nível 1 (Sem fiscalização) - frequência de 0 a 1;

Nível 2 (Fiscalização instrumental/formal) - frequência de 2 a 3;

Nível 3 (Fiscalização efetiva) - frequência acima de 3.

APÊNDICE G - Quadro de resumo das reuniões ordinárias dos CS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
 DO TRÓPICO ÚMIDO
 MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

Município:

Ano de reuniões:

Nº	Data da reunião	Pauta da reunião (Discussão principal)
01	Janeiro	
02	Fevereiro	
03	Março	
04	Abril	
05	Maiο	
06	Junho	
07	Julho	
08	Agosto	
09	Setembro	
10	Outubro	
11	Novembro	
12	Dezembro	