

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – SC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE E GESTÃO DO
TRABALHO

SANDRA MARIA DE MELLO CARDOSO

O PROCESSO DECISÓRIO NO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE ITAJAÍ/SC

ITAJAÍ, SC
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SANDRA MARIA DE MELLO CARDOSO

**O PROCESSO DECISÓRIO NO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE ITAJAÍ/SC**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí – SC, Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho.

Orientadora: Prof^a Dr^a Agueda Wendhausen

Itajaí, SC

2006

SANDRA MARIA DE MELLO CARDOSO

**O PROCESSO DECISÓRIO NO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE ITAJAÍ/SC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho e aprovada pelo Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho, rea de Concentração: Saúde da Família, da Universidade do Vale do Itajaí – SC, Centro de Ciências da Saúde, em novembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Agueda Wendhausen
Orientadora

Prof. Dr. Julian Borba
UFSC – Florianópolis - SC
Examinador Externo

Prof^a Dr^a Stella Maris Brum Lopes
UNIVALLI – Itajaí - SC
Examinador Interna

FICHA CATALOGRÁFICA

C268p Cardoso, Sandra Maria de Mello
O processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Itajaí - SC / Sandra Maria de Mello Cardoso. – Itajaí : UNIVALI, 2006.
106f.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí. - Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde e Gestão do Trabalho – Programa de Mestrado Profissionalizante, 2006

1. Processo decisório 2. Conselho de Saúde 3. Saúde pública II. Título.

CDU: 614

Responsável pela catalogação:
Bibliotecária – Fernanda Ribeiro Paz CRB 10 / 1720

CARDOSO, Sandra de Mello Cardoso. **O Processo decisório no conselho municipal de saúde de Itajaí/SC**. 2006. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – **Curso de Mestrado em m Saúde e Gestão do Trabalho**, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí,SC, 2006.

RESUMO

As duas últimas décadas foram marcadas por transformações no sistema de saúde brasileiro, relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político institucional. A nova Constituição do país em 1988 incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua regulamentação ocorre no final de 1990 com as Leis 8.080 e 8.142. Esta última legisla sobre a participação social institucionalizada, através de conferências e conselhos de saúde, que passam a ser um dos pilares do SUS. Os Conselhos de Saúde tem a função de deliberar e tomar decisões, formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das políticas de saúde, porém isto não vem acontecendo adequadamente, pois vários autores têm detectado problemas na qualidade da participação dos conselhos, dentre eles os que afetam o processo decisório. O objetivo do estudo foi o de descrever e analisar o processo decisório do Conselho Municipal de Itajaí (SC). A abordagem metodológica foi a qualitativa, do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados através da análise de atas, observações no período de 2004-2005 e entrevistas semi-estruturadas com alguns conselheiros. As categorias que emergiram da análise foram três: o papel do conselho/conselheiro; a definição da agenda e a dinâmica do processo decisório. Em relação ao **papel do conselho/conselheiro** a atribuição mais citada por eles foi a fiscalização, depois a busca/divulgação das informações e em menor escala a formulação de políticas públicas. Contudo, para acontecer a fiscalização há primeiramente necessidade de se formular políticas. Para isso, é imprescindível ter acesso às informações/conhecimentos a fim de se ter argumentos para participar de uma discussão e após decidir. Verificou-se que os conselheiros não utilizam o Plano Municipal de Saúde como ferramenta no processo de fiscalização e formulação de políticas, nem como forma de poder e de conhecimento para proceder a análise e participar do processo decisório. Na **definição da agenda**, verificou-se que na grande maioria das vezes, quem propõe os assuntos para a pauta é o Secretário Municipal de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde. Os assuntos presentes em todas as reuniões nos anos pesquisados são credenciamentos de convênios e contratos de serviços de saúde. Com relação à antecedência da pauta, contactou-se que alguns assuntos são agendados na hora da reunião e não são disponibilizados materiais para a sua análise: são os chamados “assuntos emergenciais”, com pouca possibilidade de análise por parte dos conselheiros. Em relação à **dinâmica do processo decisório** foi possível constatar que o ‘tom’ que permeava as reuniões em 2004 era a aprovação quase “automática” dos assuntos da pauta, praticamente sem discussões. Nesse ano, um terço das reuniões deixou de acontecer por falta de quorum. Já no ano de 2005 há uma mudança no ‘tom’, que passa a ser de ‘questionamento’. Houve um número maior de reuniões, ultrapassando o número de uma por mês, todas com quorum. Há mais discussões em torno dos assuntos. Outra constatação em relação a dinâmica do processo decisório foi que a análise dos assuntos acontece, na maioria das vezes, a partir dos problemas que já ocorreram e que deveriam ter sido trazidos para a avaliação do conselho, muitas vezes detectados pelos meios de comunicação. Isto denuncia um caráter reativo na forma de agir do conselho, quando o que se busca em termos de participação é uma forma mais propositiva. Mesmo com alguns problemas detectados entendemos o processo decisório como algo em que há possibilidades dos conselheiros participarem do jogo do poder. O que devem compreender e considerar é que existe relação entre o saber e o poder, e que o verdadeiro exercício do poder pode acontecer a partir de uma maior simetria entre os atores, podendo se tornar mais concreta à medida que os mesmos conheçam ‘verdades’ e possam argumentar sobre elas.

Palavras-chaves: Processo decisório; Conselhos de saúde, Saúde pública.

THE DECISION-MAKING PROCESS IN THE MUNICIPAL HEALTH COUNCIL OF ITAJAÍ/SC

ABSTRACT

The last two decades have been marked by transformations in the Brazilian health system, related to changes in the political and institutional spheres. The New Constitution of Brazil, in 1988, incorporated the main proposals of the 8th National Health Conference in 1986, creating the Sistema Único de Saúde (SUS) – the Brazilian national health system – which was regulated at the end of 1990, through Laws 8.080 and 8.142. This latter legislates on institutionalized social participation through health conferences and councils, which became the pillars of the SUS. The Health Councils have the function of deliberating and making decisions, formulating strategies, and controlling and supervising the implementation of health policies. However, this has not been happening correctly, and various authors have detected problems in the quality of participation in the councils, including problems affecting the decision-making process. The objective of this study was to describe and analyze the decision making process in the Municipal Health Council of Itajaí (SC). The methodological approach used was the qualitative one, of the case study type. The data was collected through the analysis of minutes, observations during the period 2004-2005, and semi-structured interviews with councilors. Three categories emerged from the analysis: The role of the health council/councilor, the definition of the agenda and the dynamic of the decision-making process. In relation to the role of the council/councilor, the attribute most commonly cited by the councilors was supervising, followed by searching for/divulging information, and on a smaller scale, formulating public policies. However, for supervision to occur, it is necessary to first formulate policies. For this, it is essential to have access to information/knowledge, in order to build arguments that will enable participation in a discussion, and then make a decision. It was also observed that the councilors do not use the Municipal Health Plan as a tool in the process of supervision and policy formation or as a means of gaining power and knowledge to further the analysis and take part in the decision-making process. In relation to the definition of the agenda, it was observed that in the majority of cases, it is the Municipal Health Secretary/Secretariat that proposes the subjects for discussion. The subjects present at all the meetings in the years investigated were accreditations of agreements and contracts with health services. In relation to the period leading up to the meeting, it was observed that some matters are not scheduled until the meeting itself, and no material is made available for prior analysis: these are the so-called “crucial matters”, which offer little opportunity for analysis on the part of the councilors. With regard to the dynamic of the decision-making, it was observed that the “tone” that permeated the meetings in 2004 was one of almost “automatic” approval of the matters raised, practically without any discussion. In that same year, a third of the meetings did not take place due to insufficient quorum. In 2005, however, there was a change in the “tone”, which became more “questioning”. There were a higher number of meetings, more than one a month, all with sufficient quorum. There was also more discussion on the matters raised. Another observation relating to the decision-making process was that the analysis of the subjects was, in the majority of cases, based on problems that had already occurred and that should have been addressed for evaluation by the council, often detected after raised by the media. This exposes a reactive nature in the way the council acts, whereas a more proactive participation would be preferable. Although some problems were detected, we

understand the decision-making process as one which offers councilors power to participate in the process of policy formation. What they need to understand and consider is that there is a relationship between knowledge and power, and that the true exercise of power can only occur within a wider symmetry between the actors, becoming more concrete as they learn the “facts” and are able to debate on them.

Key words: Decision-making process; health councils; public health

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CATEGORIAS CONSTRUÍDAS NO ESTUDO	44
QUADRO 2 – RESUMO DAS CATEGORIAS CONSTRUÍDAS	49
QUADRO 3 – AGRUPAMENTO DAS UNIDADES DE REGISTRO EM TORNO DA CATEGORIA PAPEL DO CONSELHO/CONSELHEIRO.....	50
QUADRO 4 – AGRUPAMENTO DE UNIDADE DE REGISTRO EM TORNO DA CATEGORIA AGENDA.....	63
QUADRO 5 – ASSUNTOS QUE APARECEM COM FREQUÊNCIA NAS PAUTAS DAS REUNIÕES	71
QUADRO 6 – FREQUÊNCIA QUE MOSTRA O ASSUNTO REFORMULAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO E DA LEI, E ELEIÇÃO PARA SUA NOVA GESTÃO.	83

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	8
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	15
2.2 A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL	21
2.3 TEORIA DEMOCRÁTICA E PROCESSO DECISÓRIO POLÍTICO.....	28
2.4 O PROCESSO DECISÓRIO E SEUS COMPONENTES.....	31
3 METODOLOGIA	40
3.1 INTRODUÇÃO	40
3.2 LOCAL DO ESTUDO	40
3.3 COLETA DE DADOS	41
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	43
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	46
4.1 O MUNICÍPIO DE ITAJAÍ: ALGUNS DADOS HISTÓRICOS	46
4.2 O CONSELHO DE SAÚDE DE ITAJAÍ: HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO	47
4.3 AS CATEGORIAS DO ESTUDO.....	49
4.3.1 CATEGORIA 1- Papel do Conselho/Conselheiro.....	49
4.3.2 CATEGORIA 2 - A Definição da Agenda.....	61
4.3.3 CATEGORIA 3 – A Dinâmica do Processo Decisório	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS	100
ANEXO 1 - ENTREVISTA	101
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	103
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104

1 INTRODUÇÃO

Em 1990 com as Leis 8.80 e 8.142 foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população. Esse avanço é parte importante um processo de mudanças no setor saúde, encabeçado pelo denominado Movimento pela Reforma Sanitária. Segundo Mendonça e Teixeira (1995), o Movimento Sanitário remonta aos primeiros anos da ditadura militar e desde os meados dos anos 70 foi solidamente organizado, tendo em seu meio, profissionais do sistema de saúde, intelectuais, organizações sindicais e populares com o objetivo de garantir o direito universal à saúde e construir um sistema único e estatal de prestação de serviços. Com o fechamento de quase todos os canais de expressão, política e democráticos, as Universidades passam a ser o reduto de oposição ao governo autoritário. Com isso as faculdades de Medicina criam os Departamentos de Medicina Preventiva com o pensamento crítico em saúde, que acabam se difundindo e congregando outros profissionais da área. Isso passa a ser importante no processo de consolidação da Reforma Sanitária, seja na parceria das reivindicações populares em busca de melhores condições de vida, seja na discussão politizada em saúde. Esse processo ajuda a levar, segundo Cohn e Elias (2002), como uma estratégia adotada, a ocupação de espaços no interior do aparelho do Estado pelos intelectuais, retomando-se uma relação entre política e democracia na saúde.

Assim, com os ventos soprando a favor da democracia na Nova República e com um conjunto de propostas articuladas, se realiza em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), legitimando o Movimento Sanitário. Tinha característica participativa, no sentido de construção e fortalecimento das propostas das políticas de saúde, reunindo cerca de cinco mil pessoas oriundas dos mais diversos segmentos sociais e políticos. Dela resultaram propostas de mudanças com respaldo político e social que foram incorporadas à Constituição de 1988.

Legalmente, as propostas de participação se consolidam com a aprovação da Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), na qual são criadas as conferências e os conselhos gestores em saúde com a finalidade de deliberar sobre as políticas de saúde no Brasil. Falando especificamente dos conselhos, objeto da presente proposta, esses inauguram “um novo espaço institucional de exercício da democracia, rompendo as fronteiras tradicionais da

representação” (BORBA, 2004, p.33). Esses fóruns de caráter deliberativo, têm a possibilidade de participar de um processo decisório com reflexos na dinâmica das políticas públicas, pois segundo Cortes (1996) a participação social pode ser parte no processo de decisão política, expressando os interesses através de canais participativos. Nessa perspectiva, ao analisarmos o significado das propostas dos Conselhos na área da saúde, pode-se dizer que eles representam uma conquista da sociedade em torno da efetivação do SUS, resultado da grande mobilização que foi a VIII CNS.

Os conselhos representam um avanço na democratização pois podem ampliar os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública, exigindo dos cidadãos conhecimento e informações que os habilitem a exercer um poder no processo político, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político (KLEBA, 2000; CORTES, 1998); contribuem para o aprofundamento do processo de construção democrática do país e, na medida em que vários setores da sociedade são incorporados no processo político de formação das decisões públicas, amplia-se a representação democrática das várias partes da sociedade.

Na visão de Silva (2004) a participação, reduz o censo de distanciamento dos centros de poder, nutre uma preocupação com problemas coletivos e contribui para a formação de cidadãos capazes de ter interesses em assuntos governamentais. Isso serve para destacar idéias de identidade coletiva, cooperação, reciprocidade como elementos para se atingir um desenvolvimento sustentável e revelar um potencial inestimável para a reafirmação de “práticas de participação cidadã que produzam interpelações democráticas capazes de reverter o quadro de incerteza e de exclusão social que tem caracterizado o cenário latino-americano do novo milênio” (BAQUERO, 2001, p. 181). Nesse processo de formação de cidadãos com ênfase nos valores que visem o bem da comunidade, a relação educação e democracia constituem, para Baquero (2005), o capital social como instrumento mediador nesse processo de formação, contribuindo para aumentar a eficiência da sociedade na participação das decisões das políticas públicas.

Os conselhos gestores de saúde foram criados justamente com o intuito de serem espaços de negociações das políticas (e, portanto, de decisões políticas), com a participação da população na sua gestão e como importante elemento da democratização. A dimensão decisória da participação está presente em todos os temas que tratam da democracia. Entretanto, as práticas dos conselhos gestores têm expressado vários problemas em relação à possibilidade de tomada de decisões pelos vários segmentos. Como afirma Wendhausen

(2000, p. 39), para que a participação “possa ser um avanço, no sentido de buscar descentralização de espaços de poder, através da instituição do mecanismo de controle e participação popular[...]” é necessário penetrar no interior desses espaços, levantando as dificuldades e possibilidades de organizar novos atores e novos poderes, levando em consideração que a descentralização não leva automaticamente à democratização da saúde.

Vários autores, entre eles Cortes (1998), Borba (2004), Wendhausen (2002) e Carvalho (1995) tem pesquisado sobre a participação nos conselhos e vislumbram inúmeras dificuldades para a concretização dos princípios democráticos. Dentre elas podemos citar: a falta de informação que vai desde a sua sonegação pelos governantes, passando pela dificuldade de entendimento da linguagem, até a falta de capacitação dos conselheiros para atuar nos Conselhos; desinformação da população que, na maioria das vezes, não sabe da existência dos Conselhos e de seu papel; a manipulação política do Conselho pelos governantes; as desigualdades de poder entre os vários atores participantes do conselho; dificuldade de mobilização da sociedade para participar nos conselhos e associações; cooptação dos conselheiros por parte dos governos; a capacidade diferenciada de acesso a recursos políticos pelos conselheiros, de modo que a paridade numérica não se reflete em paridade efetiva no processo de discussão e tomada de decisões.

Gohn (2005) aponta que um dos principais problemas em relação à efetividade da participação está relacionado com a fraca mobilização da sociedade para as ações de cidadania, pois a população não está suficientemente organizada e muito menos mobilizada para incorporar os mecanismos institucionais de participação. Apesar disso, os conselhos são instrumentos de representação da sociedade civil e política e por lei, devem ser também um espaço de decisão. Todavia e para que tenham eficácia e efetividade na área em que atuam, e na sociedade de uma forma geral, é necessário desenvolver algumas condições e articulações, dentre as quais: a paridade não somente em número, mas também no exercício da participação; entendimento mínimo do que é ser conselheiro e do espaço em que vai atuar. Além disso, deveriam possuir um código de ética e posturas face aos negócios públicos e ser passíveis de fiscalização e avaliação.

Em minha vivência profissional constatei problemas em relação à participação no processo decisório do Conselho de Saúde do município onde atuo. Na troca de gestão do Conselho de Santo Ângelo (RS), em 2001, o Prefeito queria indicar nomes para todos os segmentos de representantes no Conselho. O Conselho na época era muito atuante, no sentido de discutir e fiscalizar as propostas apresentadas pelo governo, mas não se articulava e nem

retornava as propostas às suas bases. Houve muita polêmica e discussão entre os conselheiros sobre o assunto e decidiram lançar mão do Ministério Público e do Conselho Estadual de Saúde, na tentativa de auxiliá-los na efetivação de uma eleição para conselheiros. Depois de intensas e tensas discussões e tentativas de reverter o processo prevaleceu à vontade do prefeito. Esse fato, segundo relato de um conselheiro que estava presente nessa situação, se deu por não se organizarem e não se mobilizarem com a sociedade civil. Conseqüentemente não conseguiram exercer pressão conjunta com as comunidades, perdendo sua força.

Esse Fato provocou-me muitas inquietações em relação ao desrespeito com os conselheiros, suas decisões e conseqüentemente em relação à democratização desses espaços, o que me motivou a buscar uma maior compreensão destes espaços públicos que são os Conselhos gestores. Apesar dessa vivência ter acontecido em Santo Ângelo (RS), a possibilidade de integrar um Projeto Mãe intitulado Conselhos Gestores e Saúde: empoderamento e impacto na gestão pública, coordenado pela orientadora desta dissertação e desenvolvido nos Municípios de Itajaí e Chapecó, Santa Catarina, me levou a optar desenvolver meu estudo sobre o processo decisório no Conselho Municipal de Itajaí/SC, o que contribuiria diretamente com o referido projeto e elucidaria muitas de minhas dúvidas sobre as possibilidades e limitações destes espaços públicos.

A consolidação da democracia, em especial na área da saúde, se torna uma tarefa árdua e complexa e cheia de desafios, nos tempos atuais. Entendo que um destes desafios é o de perscrutar se a participação da população representada nos Conselhos Municipais de Saúde é tal que garanta a efetividade de políticas públicas de saúde, que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a democratização das relações.

As mudanças ocorridas no país nos anos 80 e 90, em busca de democratização alteraram a natureza das relações econômicas e de poder entre Estados nacionais, bem como princípios e valores que até então estavam enraizados e aceitos pelo povo (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998). Surgem conquistas efetivas de canais de participação na gestão pública e nesse contexto que surgem as experiências de conselhos gestores e o controle das políticas públicas, inclusive os da saúde, fazendo parte de um processo de democratização simultânea, do Estado e da sociedade. A sociedade, por meio de seus representantes no Conselho, deve opinar, intervir e decidir sobre os gastos na saúde, democratizando assim o espaço público.

No intuito de contribuir para o esclarecimento acerca da qualidade do processo decisório nos conselhos de saúde, proponho o presente estudo. Tal empreendimento faz parte

de um Projeto “Mãe”, intitulado: Conselhos Gestores e Saúde: empoderamento e impacto na gestão pública. Além disso, acredito poder contribuir para sensibilizar e demonstrar aos participantes de conselhos e demais interessados no tema, as limitações e possibilidades de um processo decisório para a qualificação da participação de um modo geral.

Nesse sentido, pretendo nesse estudo compreender o processo decisório, buscando especificamente responder como se dá o processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Itajaí (SC).

Para que isso fosse possível buscou-se na fundamentação teórica, autores que pudessem contribuir para a elucidação e melhor compreensão acerca de alguns pontos. Assim procurei primeiramente entender como o movimento da reforma sanitária, que tinha como estratégia democratizar a saúde, repercutiu no país e contribuiu para a construção do SUS. Após propus-me a examinar de perto as experiências participativas institucionalizadas e em especial a dos Conselhos de Saúde. Com a institucionalização da participação em saúde, através de conferências e conselhos gestores paritários nos níveis nacional, estadual, municipal e local, desencadeiam-se um processo de democratização na área da saúde. Entretanto, especificamente em se tratando dos conselhos há ainda muito a aprimorar; sendo a qualidade do processo decisório um destes aspectos. Assim, na seqüência procurei situar teoricamente o processo decisório em termos de democracia participativa, elementos que o compõem, fatores que interferem em seu desenvolvimento e, finalmente, explora algumas possibilidades do referencial para analisar as práticas conselhistas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O Brasil viveu, de 1964 até meados dos anos 80, um período de 21 anos de governos militares de caráter conservador. Nesse período muitos dos mecanismos democráticos de representação política foram abolidos e substituídos por um processo decisório centralizado e concentrado (MENDONÇA; TEIXEIRA, 1995).

As ditaduras militares, que substituíram os governos populistas, geraram um novo formato político caracterizado pela exclusão política e econômica dos setores desprotegidos da sociedade, desmobilização e despolitização da mesma, assumindo um papel autoritário e desfrutando de uma enorme liberdade de decisão. Houve êxito alcançado principalmente nos primeiros anos dos governos militares, com ampliação da intervenção estatal em todos os ramos das atividades produtivas e sociais, combinados com uma política repressora sobre as organizações da sociedade civil (MENDONÇA; TEIXEIRA, 1995).

A exclusão dos trabalhadores e a desmobilização das suas organizações refletiram-se nos aparelhos de política social através da intervenção estatal no sistema previdenciário. Os anéis burocráticos substituíram os canais democráticos de representação de interesses, e dessa forma os interesses privados começam a se incrustar nos aparelhos de política social, possibilitando a privatização da política pública. Durante esse período, os serviços de saúde se expandiram e reforçaram a assistência médica individual e curativa. Esses serviços se localizavam basicamente nos hospitais, que utilizavam equipamentos caros e sofisticados. A assistência médica foi crescendo de tal modo que os recursos financeiros eram cada vez mais aplicados no setor privado (BRASIL, 1994). Segundo Mendes (1996) esse modelo pode ser denominado modelo Médico-Assistencial Privatista.

No final da década de 1970, segundo Carvalho, Martins e Cordoni Jr. (2004) com o final do milagre econômico, o Brasil foi assolado por uma crise generalizada, com perda do poder aquisitivo, êxodo rural e crescimento da população sem assistência à saúde. Nesse cenário, intelectuais e políticos começam a expressar sua insatisfação em relação ao modelo político-econômico praticado pela ditadura.

O descontentamento na sociedade brasileira foi crescendo proporcionalmente à dimensão da crise econômica pós-milagre e às dificuldades de expressão política e, conforme Gerschman (1995) ganham espaço e força nas reivindicações por mudanças políticas. A crise do modelo dominante de atenção à saúde e o avanço dos movimentos pela redemocratização oportunizaram a entrada em cena de novos atores e o reforço de um segmento burocrático não coincidente com a ideologia do Estado. Segundo Escorel (1995) com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário. O Movimento conhecido como Reforma Sanitária se inicia neste momento histórico, na segunda metade da década de 70, e cresce a discussão de reforma na política de saúde em oposição ao golpe militar de 1964. Essa época pode ser definida como o início do movimento contra-hegemônico, que nos anos 80 viria a conformar-se com o projeto da Reforma Sanitária brasileira.

O conceito de reforma sanitária é definido como sendo “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se caracteriza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (TEIXEIRA, 1995, p. 39).

A luta pela Reforma sanitária, em seu projeto contra-hegemônico, para Gallo e Nascimento (1995) enfatiza o estreito vínculo entre saúde e sociedade. O Movimento Sanitário representa uma repercussão, no próprio aparelho do Estado, “do deslocamento de forças da sociedade civil” tendo como estratégia descentralizar a saúde. É apropriado aqui citarmos o conceito de hegemonia que é “a capacidade de formular uma proposta a partir de um ponto de vista de uma determinada classe, mas que conseguindo a adesão das demais classes se transforma em um projeto comum, superando os corporativismos” (COUTINHO, 1981, p. 94).

O Movimento Sanitário tinha como diretriz “saúde e democracia”; em um segundo momento de transição política “traçou a estratégia de penetração dos aparelhos de Estado numa clara busca de tentar uma outra direcionalidade à política pública” (ESCOREL, 1995, p. 186). Estabeleceu alianças com setores progressistas, populares ou não, desde que comprometidos com a luta, sendo que um dos fatos que lhe proporcionou consolidar alianças foi tratar a “questão saúde não sob a ótica do corporativismo e sim como uma questão nacional” e soube superar “os interesses de grupo e movimentar-se conjunta e

progressivamente no sentido de fazer toda a sociedade avançar em direção à construção de um projeto global da sociedade” (ESCOREL, 1995, p. 186).

Nesse momento surgem em todo país movimentos de trabalhadores de saúde e são criados, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e em 1979 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fazendo parte do processo de mudanças do modelo de saúde em vigor e que conferem ao movimento um contorno institucional, que logo a seguir influirá decisivamente no processo de reforma do setor saúde (GERSCHMAN, 1995). O CEBES faz a articulação do Movimento Sanitário com os demais movimentos sociais e inicia-se

[...] como um centro de difusão capaz de dar conta de dois tipos de ampliação: ampliar para a sociedade civil os debates críticos que se avolumavam entre profissionais e intelectuais no aparelho do Estado, assim como, na própria sociedade civil; ampliar a informação e debate para além das fronteiras da corporação médica (DÂMASO, 1995, p. 71).

Essa instituição vai apoiar a organização e condução do processo de divulgação, discussão e politização da proposta de reorganização do Sistema Único de Saúde, em nível nacional, “a partir da perspectiva de redemocratização da saúde” (MENDONÇA; TEIXEIRA, 1995, p. 216). Articulou-se com outros movimentos sociais dentro do próprio setor, como os movimentos sindical e popular, participando de encontros populares pela saúde. O Movimento Sanitário constituiu-se, então, de intelectuais, profissionais de saúde, organizações e associações, tendo a saúde como valor universal, bem como a construção de um sistema único e estatal de prestação de serviços. O que dá identidade ao movimento “é o conjunto de valores éticos e propostas políticas e técnicas de democratização do sistema de saúde” (VAISTSMAN, 1995, p. 154).

Em 1976 em meio à crise que já se delineava e pela necessidade de desenvolver e estender cobertura para as populações excluídas pelo modelo previdenciário, o Ministério da Saúde inicia o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em que técnicos provenientes do Movimento Sanitário entram nas Secretarias Estaduais de Saúde e adotam modelos desconcentrados, que em 1979 se expandem a todo território nacional, resultando no crescimento da rede ambulatorial pública. O PIASS nasce com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidade de até 20 mil habitantes, tendo como diretrizes: a utilização de pessoal de nível auxiliar; a ênfase na detecção de doenças transmissíveis; ações de baixo custo e alta eficácia; ampliação de cobertura por

unidade de saúde simples e apoiadas por outras de maior porte, num sistema de “rede regionalizado espacialmente e hierarquizado quanto a complexidade do atendimento, integração entre as instituições e os organismos públicos, participação comunitária e desativação das unidades itinerantes de saúde” (CARVALHO; MARTINS; CORDONI, 1995, p. 36).

A seguir surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), 1978, patrocinado pelo Ministério da Saúde e pela Previdência Social com o objetivo de universalizar os cuidados básicos de saúde em todo território nacional, que acabou sendo engavetado pelo próprio governo federal sob a “alegação de falta de recursos financeiros” para a sua implementação (FIGUEIREDO, 2004, p. 262).

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), marcado pela crise político-institucional, com o objetivo de “operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica[...]” (BRASIL, 2001, p. 296) e racionalizar despesas e controlar gastos. Para Mendonça e Teixeira (1995), o trabalho do CONASP propunha modificações no modelo privatizante, tais como a descentralização e utilização dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da população.

Dentro da estratégia racionalizadora do CONASP, foi implantado o projeto Ações Integradas de Saúde (AIS) que avançou para tentar a reorganização institucional da assistência à saúde, cujos princípios norteadores, segundo Andrade, Soares e Cordoni Jr. (2001), eram a universalização do atendimento, a integralidade e a equidade da atenção, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a descentralização das ações e do poder decisório, a democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários, planejamento e controle efetivo pelo poder público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópicos e privados.

Na visão de Teixeira e Mendonça (1995) a implementação das AIS pode ser reconhecida como um marco na história das reformas e avançou na adoção dos princípios de universalização, de equidade e de integralidade dos serviços de saúde, tornando-se o primeiro esboço do que viria a ser o atual Sistema Único de Saúde. Os debates sobre a saúde solidificam a proposta de descentralização como única alternativa para construir um sistema de saúde adequado às necessidades da população, “viabilizando sua universalização e equidade” (COHN, 1999, p. 47). Para Gerschman (apud WENDHAUSEN, 2002) é um dos momentos principais da reforma e começa a desenhar-se os primeiros sinais concretos rumo a

institucionalização da participação.

Nesse contexto e na evolução da estratégia de mudanças na política de saúde do país, o passo seguinte às AIS, segundo Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2004), foi a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em junho de 1987, pelo Decreto nº 94657. A proposta do SUDS emerge sob forma de convênios do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com as Secretarias Estaduais de Saúde e, segundo Mendonça e Teixeira (1995), aprofunda as políticas das AIS, revitalizando-as e ultrapassando seus limites, reconhecendo a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e redefinição das atribuições dos três níveis de governo, com sua precisa delimitação de funções. A proposta privilegiou a utilização de instrumentos de planejamento na administração de serviços, objetivando “a distribuição mais equânime dos recursos de saúde, a participação da população e dos profissionais na gestão e controle orçamentário e de qualidade dos serviços de saúde” (CARVALHO; MARTINS; CORDONI, 2004, p. 218), desencadeando a descentralização administrativa do quadro institucional do INAMPS. As políticas do SUDS, e hoje a do Sistema Único de Saúde (SUS), “ampliam as responsabilidades sanitárias e em certa medida, a cota de poder a nível local” (CAMPOS, 1997, p. 94). Criticando a proposta Carvalho, Martins e Cordoni Jr. (2004) citam que as principais conseqüências do SUDS foram concentração de poder nas Secretarias Estaduais de Saúde e início do desmonte do INAMPS, no momento em que o país vivia o período de transição democrática com o fim da ditadura e surgimento da Nova República, com o início do processo Constituinte.

Assiste-se em todo o País no processo de redemocratização, um conjunto de avanços e retrocessos. O avanço se dá nas discussões de propostas para reformulação da saúde, com um núcleo do Movimento Sanitário presente no governo e no conjunto das instituições de saúde, na direção da politização da discussão sobre saúde, culminando com a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) pelo Ministério da Saúde (MS). Em relação ao recuo, Teixeira (1995) avalia que o processo de integração dos serviços públicos se deu numa perspectiva administrativa racionalizante, direcionando-os para o fortalecimento público de acordo partidário majoritário.

No bojo desses acontecimentos acontece em Brasília em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), reunindo cerca de 5.000 pessoas, o que para Mendonça e Teixeira (1995), foi um desfecho do trabalho de organização dos interesses em relação à saúde, por parte dos intelectuais, profissionais da área da saúde, centrais de trabalhadores, movimentos

populares e partidos políticos. Esse foi um evento inédito, com representação de usuários, que mesmo não sendo paritária foi expressiva, sobretudo das entidades comunitárias e sindicais de trabalhadores. Um aspecto fundamental desta conferência foi a definição do tema “direito à saúde e dever do Estado”, passando pela definição de que “as ações e serviços de saúde são de relevância pública e indo até o mais importante, que foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2004, p. 39).

O SUS carrega as idéias fundamentais e os princípios da Reforma Sanitária, que são a participação, a equidade, a descentralização, a integralidade e a universalização. A saúde-doença passa a ser entendida como um processo resultante da forma de como as pessoas vive e come constroem o seu cotidiano e como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Para a implementação do SUS seguiu-se um processo de elaboração, discussão e aprovação da legislação, que se concretiza nas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. Vale ressaltar que a Lei nº 8080 teve que ser complementada pela Lei nº 8.142 de dezembro de 1990, devido ao veto que recebeu do então Presidente Collor nas questões relativas ao financiamento e a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde (CARVALHO; MARTINS; CORDONI Jr., 2004).

A descentralização na saúde, não diz somente respeito à transferência de serviços, mas também de responsabilidade, poder e recurso da esfera federal para a estadual e municipal. Foi considerada um avanço na década de 90, pois “testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo de saúde” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 270). Entretanto foi necessário que o governo federal criasse instrumentos para a concretização da descentralização estabelecida na Constituição Brasileira e na legislação do SUS. O instrumento fundamental foram as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS que normatizam a forma de trabalho em conjunto entre governo federal, estadual e municipal, visando, segundo Carvalho, Petris e Turini (2001) a aplicação dos princípios legais às diferentes realidades locais. Assim é editada em 1991 pelo Ministério da Saúde a primeira NOB, muito centrada em ações médicas em relação ao pagamento das atividades desenvolvidas a nível estadual e municipal, prejudicando as ações de vigilância e promoção à saúde. A NOB/93 e depois a NOB/96 tentam modificar essas normas. No entanto, desde a NOB/91, para que os governos estaduais e municipais pudessem receber os repasses da verba federal, um dos critérios era o de ter um Conselho de Saúde funcionando, além de um Fundo Estadual/Municipal de saúde instituído.

O próprio Ministério da Saúde avalia que a crise econômica e a democratização dos anos 80 favoreceu, por um lado o debate político sobre saúde e permitiu avanços na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), por outro, nos anos 90, muitos desafios surgem para a concretização dos SUS. Os problemas em relação à sua estruturação e funcionamento são muitos e variados, dentre eles: “a descentralização, que ocorre de modo limitado e limitante; o funcionamento, que continua pendente em termos qualitativos [...] e quantitativos [...]; o controle social, que busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para ações de cidadania e um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade”. As dificuldades estruturais para os avanços alcançados pela Reforma Sanitária foram: a desigualdade social, “as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista, sobre o qual o sistema de saúde foi construído” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 270).

Passamos, a seguir, a examinar mais de perto as experiências participativas institucionalizadas, especialmente a dos conselhos de saúde que são instituídos com a Lei 8.142/90.

2.2 A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL

Como comentamos acima a Lei 8.080/90 sofre 25 vetos, exatamente nas questões relacionadas ao financiamento e à participação da comunidade na gestão do sistema. O Movimento Sanitário reage e, no mesmo ano em dezembro é sancionada a Lei Complementar nº 8.142, instituindo as conferências de saúde e os Conselhos de Saúde (CS) como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera do governo. Essas instâncias foram criadas para representar um espaço no qual as vozes de diferentes setores da sociedade fossem ouvidas e respeitadas.

As conferências de Saúde devem reunir-se a cada quatro anos em cada esfera de governo, com representantes de vários segmentos sociais com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. São consideradas de caráter consultivo, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2002). Mas sem poder de decisão e

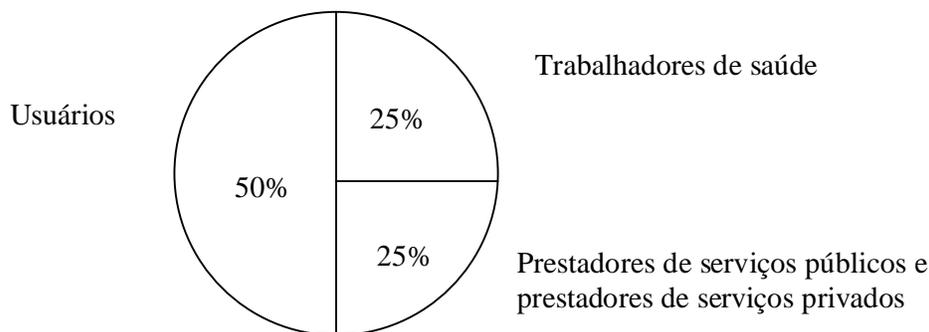
mesmo não tendo poder deliberativo, “as conferências tem legitimidade, mobilizam as entidades e organizações da sociedade e os trabalhadores da área nos municípios e nos estados, levando-os, por meio de um processo de eleição na conferência municipal e na conferência estadual de saúde, à Conferência Nacional de Saúde” (CORREIA, 2000, p. 68). Para Carvalho, Petris e Turini (2001) pode-se dizer que as conferências de saúde “auscultam” as comunidades acerca de seus problemas e a partir daí propõem soluções em relação à saúde, pois elas têm cumprido o papel de divulgar informações acerca da política de saúde entre a sociedade e os trabalhadores de saúde e, na visão de Correia (2000) de certa forma obrigam os gestores a ouvir as reclamações e avaliações feitas pela sociedade sobre os serviços de saúde. Para que as conferências municipais de saúde possam ter uma participação consciente e ampla, com representação de diversos segmentos sociais, é necessário e importante que sejam precedidas de micro conferências locais e regionais, para que nesse momento a sociedade tenha possibilidade de levantar problemas e sugerir soluções em relação à saúde (CARVALHO, 1997). Na verdade elas se constituem em canais democráticos pois, para Correia (2000), concentram forças em torno das propostas e lutas para enfrentar problemas estruturais e conjunturais do setor.

Aos Conselhos de Saúde compete, além das atribuições definidas na lei de sua criação, funções como: deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde; fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde; aprovar critérios de programação ambulatorial e hospitalar; aprovar a programação físico-orçamentária e aprovar o pleito de enquadramento à condição de gestão definida pelo SUS. Na seqüência farei uma revisão sobre os Conselhos de Saúde.

A Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) institui a participação da população no controle das políticas e ações do Sistema Único de Saúde através dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal). Em novembro de 2003 surge a Resolução 333 (BRASIL, 2003) com a finalidade de aprovar as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento desses fóruns.

O Conselho de Saúde (CS) deve funcionar em caráter permanente e deliberativo nas três esferas de governo. A constituição do CS deve ter como premissas a paridade do número de representantes dos usuários (50%) em relação ao total do número de representantes do governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde (50%). Neste caso, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 333/03 (BRASIL, 2003) recomenda que as vagas sejam distribuídas da seguinte maneira: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para os prestadores de serviços públicos e privados. A figura abaixo ilustra como deve ser a

composição do CS.



Fonte: pela autora

Cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente o Conselho de Saúde (Usuário, Prestadores de Serviços, Profissionais e governo) deve ser “defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades, que por sua vez, foram criadas para dirigir a conquista dessas reivindicações” (BRASIL, 2002, p.14). Os representantes dos usuários devem ser indicados pelas entidades ou movimentos a quem representam, para que o Conselho de Saúde tenha representatividade. Para isso, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) é necessário que os conselheiros atuem como interlocutores de suas bases, não se distanciando da entidade ou movimento que o indicou, além de representar e defender os interesses da sociedade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) diz que além da representatividade, existem outras condições que contribuem para um melhor desempenho dos Conselhos que são a legitimidade, a autonomia, a organicidade, a permeabilidade, a visibilidade e a articulação. A legitimidade se baseia no respaldo político da sociedade e é adquirida quando o conselheiro representa verdadeiramente as idéias de um grupo ou de toda sociedade. A autonomia é quando um Conselho tem condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao seu funcionamento. A organicidade se caracteriza pelo grau de organização do Conselho, ou seja a frequência das reuniões, a presença regular dos conselheiros nas reuniões, o Regimento Interno. A visibilidade é uma condição que se caracteriza pela transparência da atuação dos Conselhos. Já a articulação significa a capacidade dos Conselhos estabelecerem relações com outros Conselhos, além de outras instituições da área da saúde.

Desse modo, a criação dos Conselhos de Saúde não é apenas uma exigência legal, mas é a garantia que a sociedade deixe de ser somente usuária dos serviços para se transformar em

agente de mudança e, por meio de seus representantes possa atuar na formulação de estratégias das políticas públicas de saúde, direcionando-as para o atendimento às necessidades e interesses da coletividade, propondo meios para a sua execução, além de contribuir para o processo de democratização do país.

A importância da composição e instalação do Conselho de Saúde em cada esfera de governo representa o poder de exercer a democracia, rompendo as tradicionais fronteiras de representação, inaugurando um novo espaço institucional, ou seja, representam um avanço na democratização e ampliam os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública, exigindo dos cidadãos conhecimento e informações que os habilitem a exercer um poder no processo político, “dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político” (BORBA, 2004, p. 15).

Nesse contexto podemos dizer que, do ponto de vista político, a participação tem a tendência a levar à democratização do poder local, contribuindo por sua vez na definição das políticas sociais e na solução de problemas que lhe dizem respeito. Na verdade a participação da sociedade nas políticas públicas é recente e representa um processo de questionamento à forma centralizadora e vertical do poder público, pois a proposta participatória “trilhou um longo percurso teórico e prático até alcançar o formato institucional dos Conselhos de Saúde contemporâneos” (CARVALHO, 1997, p. 95). Nesse processo a noção de controle social adquiriu corpo e acabou disseminando-se como prescrição normativa para a democratização das relações Estado-sociedade.

Os Conselhos de Saúde são uma conquista significativa no contexto institucional do SUS através das propostas do Movimento Sanitário, onde se busca uma relação imediata entre política e democracia na saúde, pois a participação assumiu papel importante nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde (1998) no sentido de construção e fortalecimento das propostas das políticas de saúde. Dessa forma os Conselhos contribuem para o aprofundamento do processo de construção democrática do país e, na medida em que vários setores da sociedade são incorporados no processo político de formação das decisões públicas, amplia-se a representação democrática das várias partes da sociedade.

Por outro lado, o Estado teve que adaptar-se à participação da sociedade criando mecanismos para poder responder as demandas sociais, pois a participação social, para Valla (1993) se refere às múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social. Nas palavras de Carvalho, Petris e Turini (2001, p. 98) “é tida como direito de

cidadania e a sua relação com o Estado visa o seu controle, ou seja, impedi-lo de transgredir”. Logicamente o Estado e as entidades da sociedade civil que defendem os interesses das classes dominantes tentarão desviar ou impedir esse desenvolvimento do movimento popular, seja restringindo o acesso à informação, fragmentando a participação e retardando decisões, seja atraindo lideranças do movimento popular para aceitar esses procedimentos em troca de benefícios pessoais ou políticos.

Desse modo, vem se propondo um novo modelo de democracia, a democracia participativa, que “amplia a democracia representativa através de criação de esferas de participação direta dos cidadãos na tomada de decisões públicas” (BORBA, 2004, p. 36). Segundo Pateman (1992) a democracia participativa funciona como uma democracia direta na base e como um sistema representativo em outros níveis, com o intuito de transformar o cidadão num ator político crítico e consciente, superando o papel de mero expectador.

A participação na área da saúde começa na convivência dos usuários com a assistência à saúde (participação direta), passando pelas conferências municipais em que já se começa a exercer a democracia representativa, pois nela são escolhidos os delegados que irão integrar as conferências estaduais, as quais, por sua vez, deverão enviar os seus delegados para a Conferência Nacional. Carvalho (1995) diz que esse pode ser considerado o princípio da participação ascendente, o que oferece maior oportunidade à legitimação da representatividade, por oportunizar que cada delegado represente um conjunto de cidadãos.

No caso dos Conselhos de Saúde, os representantes das bases deveriam discutir e debater com suas entidades e comunidades acerca dos problemas e tomada de decisões, responsabilizado-se de prestar contas de suas atitudes, enquanto representantes. Pateman (1992) diz que quanto maior a participação nas comunidades locais, maior é a compreensão dos indivíduos sobre o que é democracia e melhor o seu entendimento e aceitação acerca das decisões.

Teoricamente os Conselhos de Saúde deveriam contribuir para a democratização do Estado, podendo a população influenciar tanto no destino dos recursos financeiros, como na formulação de políticas favoráveis, tendo maior facilidade de acesso às informações e de controle sobre a qualidade de serviços, implicando desta forma diretamente na sua qualidade de vida. Porém, como afirma Cortes (1998) grande parte da população não é organizada de modo a sustentar atividade políticas regulares. Os Conselhos de Saúde não tem levado à transformações efetivas nas realidades dos serviços, pelo contrário, o que se observa é uma crise no setor público da saúde.

Os Conselhos Municipais de Saúde têm sido arena dentro dos quais os interesses de setores da população são representados e esses representantes participam do processo de tomada de decisões, porém a efetividade dessa representação depende de alguns determinantes que influenciam nesse processo, tais como: - as recentes mudanças que ocorreram na estrutura do sistema de saúde; - organização dos sindicatos e movimentos populares nas cidades; - relacionamento dos profissionais de saúde com lideranças sindicais e populares; - posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação e dinâmica de funcionamento do Conselho, sendo que somente haverá participação se houver organização da sociedade (CORTES, 1998). Neste sentido, participação popular “significa uma força imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias” (VALLA, 2002, p.26).

O controle social é, na história de democratização das políticas de saúde, um campo que “construiu visibilidade dos campos de saúde, quer pelas denúncias das “ausências e omissões” dos serviços instalados, quer pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 2). No entanto, para que se possa “exercitar” a participação é preciso que se entenda o que significa essa participação. Esse entendimento começa no momento em que as informações são socializadas, e as decisões partam de uma base conscientizada.

A organização da sociedade civil é a capacidade histórica de a sociedade assumir formas conscientes e políticas de organização, onde grupos de interesses se organizam através de vários níveis, “em função de seus interesses, dos quais possui suficiente nível de consciência histórica”. Porém, o Estado tende a se tornar mais representante da parte dominante da sociedade do que da dominada (DEMO, 2001, p. 28).

Entretanto em detrimento de hoje todos os Estados possuem Conselhos e praticamente todos os municípios brasileiros, sabemos que esse quantitativo pode não corresponder à qualidade com que se exerce a participação. Fucks e Perissinotto (2006) dizem que não basta que haja instituições participativas para que ocorra a ampliação da participação.

Borba (2004) diz que a literatura aponta para alguns limites na participação como a desigualdade de poder entre os participantes do Conselho; ausência de controle dos representantes por parte da base que os elegeu; ausência de comprometimento por parte de alguns conselheiros, principalmente os indicados pelo governo; dificuldade de mobilização da sociedade para participar nos conselhos e cooptação dos conselheiros por parte do governo. Mas aponta também algumas potencialidades como o maior controle da população sobre as

políticas públicas; desenvolvimento moral dos indivíduos que participam das experiências participativas; ampliação do processo decisório e participação da população no processo decisório, pontos que nos fazem acreditar na importância de avaliar as diversas experiências que vem se dando no território nacional.

Podemos dizer que os Conselhos de Saúde são conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil organizada e que por lei devem ser também um espaço de decisão. No entanto a autonomia das decisões vai depender da “correlação de forças não apenas no âmbito do Conselho, mas na estrutura de poder, de acordo com a organização e mobilização da sociedade para acompanhar, avaliar e dar suporte às ações” (TEIXEIRA, 2005, p. 8). Assim as representações sociais devem se capacitar para poderem expressar suas necessidades e aspirações e deve-se criar algum tipo de “pré-requisito mínimo para que um cidadão se torne um conselheiro” capaz de fazê-lo entender o espaço em que vai atuar; “definir um código de ética e postura face aos negócios públicos [...] e o exercício dos conselhos deve ser passível de fiscalização”. Para que os representantes tenham condições de serem os defensores do segmento que representam é necessário que os conselhos sejam paritários não somente em número, mas também no exercício da participação (GOHN, 2005, p. 181).

Demo (2001) acredita que a maior virtude da educação está em ser instrumento da participação política. Como condição à participação pressupõe compromisso e envolvimento, funcionando como incubadora da cidadania. A participação é conquista, é um processo no sentido legítimo do termo: infindável, pois não existe participação suficiente no processo formativo.

Portanto há necessidade, mesmo em meio de tantos desafios e dificuldades, de se buscar mecanismos que “administrem, combinando a participação, que explicita as diferenças, as identidades e aspirações dos diferentes grupos sociais, com representação, que busca traduzir a generalidade, a universalidade da cidadania” (TEIXEIRA, 2001, p. 35). É fundamental que haja participação dos vários segmentos sociais no processo de tomada de decisões, através de debate público, consulta, pressão ou discussão, propondo alternativas que viabilizem decisões que venham favorecer a comunidade como um todo. Os indivíduos devem conscientizar-se da importância de sua participação na base, elegendo e controlando os representantes, não com o intuito de substituir o Estado, mas para melhorar a qualidade das decisões e ao mesmo tempo, exigir a responsabilização dos gestores, pois desta forma “poder-se-á compatibilizar a participação com a representação” (TEIXEIRA, 2001, p. 41).

2.3 TEORIA DEMOCRÁTICA E PROCESSO DECISÓRIO POLÍTICO

Partimos do princípio de que a participação e seu aprimoramento são necessidades estratégicas em busca da equidade, integralidade e universalidade, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, para o aprimoramento da própria democracia, é importante que compreendamos o processo decisório em um Sistema Democrático. Assim optamos por iniciar nosso percurso visualizando as diferenças do processo decisório em um sistema democrático representativo e num sistema democrático participativo.

A expressão “democracia representativa” significa na visão de alguns autores como Bobbio (1986) e Teixeira (2001), que as deliberações a respeito de toda a coletividade são tomadas por pessoas eleitas para essa finalidade e não diretamente por todo o grupo. Com o desenvolvimento tecnológico, as questões submetidas a decisões, ficaram mais complexas, e por isso a exigência de uma maior competência técnica e conseqüentemente a ampliação do poder dos que detêm o conhecimento científico. Assim, as pessoas acabam por se afastar de algumas discussões, por lhe faltarem conhecimentos e informações acerca de determinado assunto, dificultando-lhes a participação e favorecendo a oligarquia. Nessa ótica o cidadão deve aprender a tolerar a diversidade, a desenvolver atitude cívica, a temperar o fundamentalismo e o egoísmo, buscando esclarecimentos que o habilitem a fortalecer o processo democrático através de uma participação mais ativa, visando a valorização do ser humano e da comunidade como atores ativos junto as tomadas de decisão.

Nessa teoria a igualdade política se refere ao sufrágio universal e à existência de igualdade de oportunidades de acesso aos canais de influência sobre os líderes. A participação aqui diz respeito à escolha daqueles que tomam as decisões, ou seja, consiste em escolher líderes, e que estes devem decidir e governar, “um compromisso entre elites e a aceitação passiva da comunidade”. Isso se encaixa em uma vertente da democracia representativa, denominada democracia do equilíbrio ou etilista/pluralista, na qual autores como Dahl e Schumpeter (apud PATEMAN, 1992, p. 13) concordam que democracia é um método político e constitui em arranjos institucionais, centrados no processo eleitoral, ou seja, “é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que indivíduos adquirem poder de decisão por meio de uma luta competitiva pelos votos da população” (SCHUMPETER apud SILVA, 2003, p. 13-14).

Dahl (apud PATEMAN, 1992) afirma que as eleições são como pontos centrais da democracia, pois através delas se pode dar o controle dos líderes pelos não-líderes. Nessa visão o controle depende da competição entre os líderes pelo voto da população e exatamente essa competição é o elemento democrático do método contemporâneo, que reside no fato de ser um sistema poliárquico, onde a igualdade política se refere ao sufrágio universal, e não deve ser definida como igualdade de controle político de poder.

Pateman (1992) critica esta visão, pois os grupos de nível sócio-econômicos baixos estão separados dessa igualdade por ter uma inatividade maior e limitado acesso aos recursos. Portanto, é sempre um grupo restrito que toma as decisões finais que são impostas a toda a coletividade. Para a autora essa é uma visão elitista, a qual nega a participação ampla no processo decisório e isso se evidencia ainda quando a participação se reduz em eleger líderes que devem decidir e governar. Muitos representantes, eleitos para esta finalidade, deixam de representar os interesses dos que o elegeram e passam a ser dominados por oligarquias, ou seja, grupos de interesses que, em combinação com os ocupantes do poder, acabam servindo aos seus próprios interesses ou objetivos.

Não estamos dizendo aqui que somos contra a democracia representativa. Estamos fazendo uma crítica, compartilhando com as idéias de Pateman, pois dentro de uma sociedade muito ampla não é possível que todos decidam. Mas as pessoas que são eleitas devem ouvir as reivindicações do grupo que os elegeu, do qual devem partir decisões pelas quais devem lutar na esfera maior. Como afirma Bobbio (1986) para que uma decisão tomada por alguém possa ser aceita no coletivo, há necessidade que seja tomada com base em regras que autorizam o cidadão a tomar tal decisão que atinja todos os membros do grupo. Essa regra diz respeito à maioria, ou seja, a maior parte do grupo deve estar de acordo com a decisão tomada pelo seu representante eleito.

As formulações da democracia representativa ancoram-se no pressuposto que a “sociedade é formada por indivíduos consumidores de bens políticos e que se associam aos distintos grupos em busca da maximização de seus interesses” (SILVA, 2003, p. 13). Podemos comparar esse modelo com o mecanismo de mercado em que os consumidores seriam os votantes e os empresários seriam os políticos.

Já a teoria participativa da democracia segundo Pateman (1992), funciona como uma democracia direta na base e como um sistema representativo nos outros níveis. Em uma sociedade muito ampla se faz necessário o governo representativo, sendo que a participação do indivíduo não deve se restringir apenas na escolha de seus representantes e sim a de

conferir o máximo de oportunidades de debates nos níveis locais, desenvolvendo, desta maneira, qualificações e habilidades que possibilitem uma aproximação às atividades desses representantes, podendo dessa forma controlá-los. Essa teoria consiste em afirmar que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente, e que as instituições representativas não bastam para a democracia, pois o “máximo de participação de todas as pessoas, a socialização ou “treinamento social” precisa ocorrer em outras esferas”.

Tomada nesse sentido, a autora concorda que a principal função da democracia participativa é a educativa, pois é através da participação que o cidadão aprende o que é democracia. Em consequência, para que exista uma forma de governo democrático é necessária à máxima participação da sociedade, pois ela tem um efeito integrativo e ajuda o indivíduo a aceitar as decisões coletivas, pois “promove e desenvolve as próprias qualidades que lhes são necessárias, ou seja, quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo”. Isso fará com que os cidadãos desenvolvam virtudes democráticas, com tendência a atuar no espaço público, visando proteger os direitos públicos e autonomia civil. Na teoria participativa, a participação refere-se à participação igual na tomada de decisões e a igualdade política refere-se a “igualdade de poder na determinação das consequências das decisões” (PATEMAN, 1992, p. 60-61).

Em sua obra “O futuro da democracia” Bobbio (1986) apresenta a mesma idéia de Pateman, quando defende a combinação de elementos de representação e participação direta. Isto deveria ocorrer porque entre a forma extrema de democracia representativa e a da democracia direta pode existir um continuum de formas intermediárias, cada uma em conformidade com diversas situações e exigências. Completa dizendo que num sistema de democracia integral as duas formas de democracia são necessárias, mas não são em si mesmas suficientes. O autor defende, não a volta da democracia direta, mas a democratização dos espaços sociais como um todo e não apenas do espaço político.

Alguns autores, dentre eles Macpherson (1978) e Silva (2003), apontam algumas dificuldades para viabilizar a democracia participativa. Macpherson (1978, p.18) aponta a desigualdade econômica e a noção dos indivíduos como consumidores, substituindo-a pela percepção de executores e de agentes do desenvolvimento de suas capacidades. Mesmo assim defende a “necessidade de participação no processo de tomada de decisões das políticas”. Silva (2003, p.19) afirma que um dos maiores impedimentos para a democracia participativa “é o papel desempenhado pelo Estado na manutenção das desigualdades sociais”.

Pateman (1992) argumenta que a participação desenvolve atitudes de cooperação,

integração e comprometimento com as decisões, bem como aumenta o senso de eficácia política. Apesar de essa autora compartilhar com a idéia de Schumpeter (apud PATEMAN, 1992) de que a maioria dos cidadãos não está preocupada com as decisões das instâncias da política nacional, acredita que sem experiências participativas em outras esferas da sociedade não é possível gerar um governo democrático. A participação pode se dar através de grupos de interesses, que segundo Silva (2000) na ciência política são entendidos como aqueles que, mediante múltiplas e variadas formas, procuram valer seus interesses junto ao poder público. Os grupos de interesses, também chamados grupos de pressão, são associações voluntárias de cidadãos que tem interesses comuns. Podem organizar-se “não só para influenciar o poder, mas também para participar de sua conquista e do seu exercício, devendo se transformar no segundo caso, em partido político” (SILVA, 2000, p. 18). Esses grupos não participam diretamente do processo eleitoral, mas exercem influência no processo decisório e cumprem função fiscalizadora, mediante a prática do *lobbying*. São intermediários que transmitem os interesses dos seus grupos aos centros de decisão. Por meio de pressão procuram impor seus interesses junto ao poder público, na tentativa de influenciar o processo decisório.

Em relação aos conselhos gestores entendemos que em geral comportam-se mais como “representativos”, mas defendemos que podem e devem ser permeados por práticas da democracia direta ou participativa, como proposta por Pateman (1992). Este espaço pode ser uma combinação de instâncias representativas, já que eleitas, mas que não perdem contato com sua base. Acreditamos que quanto mais “representativos” e legítimos forem os participantes, mantendo sua relação e sensibilidade para com a base, maior será seu envolvimento com o processo decisório.

2.4 O PROCESSO DECISÓRIO E SEUS COMPONENTES

Para Lindblom (1981) o processo decisório é composto de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas. Envolve um conjunto de processos políticos que levam à formulação e à implementação das ações práticas e promovem a efetivação da política proposta. O processo decisório não é ordenado com princípio, meio e fim definidos, mas um complexo caminho, que soluções para um grupo podem representar

problemas para outro, pois é o resultado de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas.

Um dos elementos que chama atenção no processo decisório é a definição da agenda. Vários fatores devem ser aí considerados: - que determinadas reivindicações não aparecem na agenda; - que alguns participantes têm acesso fácil às pessoas que tomam decisões e outros não; - que alguém com liderança pode levar o problema às autoridades; - que alguns membros da burocracia desempenham função importante na indicação de problemas à atenção das autoridades. Nem todos estes aspectos estão esclarecidos, mas já se sabe, por exemplo, que o aprendizado social e a doutrinação criam um clima de opinião que mantém muitos temas fora da agenda, especialmente aqueles que desafiam o *status quo*. Outra questão a ser abordada é que para que um assunto seja inserido na agenda é necessário que seja aceitável pelos especialistas, passar pelo critério do público e aí formar um consenso, que geralmente é obtido através de barganha. No entanto, a capacidade de incluir determinado assunto na agenda não é igual para todos os atores (LINBLOM, 1981, p. 66). Nesse sentido o autor afirma que “a desigualdade mais fundamental do processo de decisão política, a que existe entre os formuladores de políticas e os cidadãos comuns, aparece reproduzida no sistema de mercado. Ali, como no governo, há uma desigualdade fundamental separa elite empresarial da grande massa de empregados e consumidores”.

A inclusão/exclusão de um determinado assunto na agenda vai depender da participação ativa dos cidadãos e dos partidos políticos, que pode se dar através de grupos de interesses, que procuram fazer valer seus interesses junto ao poder público (LINDBLOM, 1981, p. 66). Martins (2002) diz que pode haver dois fatores para influenciar a construção da agenda, que são os atores ativos e os processos pelos quais alguns assuntos se sobressaem. Os atores ativos são as pessoas do governo e possuem como recurso a publicidade e a longevidade. Os processos, por sua vez, são divididos em grupos de pressão, partidos políticos, mídia, opinião pública, etc. Além disso, segundo Lindblom (1981) existem outros problemas em relação à preparação da agenda. Um deles é saber se os conselheiros conseguem focalizar os temas sobre os quais a política tem algo a oferecer.

Nesse sentido a formulação da agenda passa a ser, talvez, mais importante que o processo decisório nos conselhos gestores, pois o que observamos na vivência junto a estes aos conselhos de saúde é que, em geral, a agenda é pré-determinada pela representação governamental, especialmente aquela ligada Secretaria de Saúde, ou a partir da demanda da assistência médica privada contratada, que volta e meia está solicitando revisão dos critérios

de pagamento ou solicitações de que seus serviços sejam incluídos no serviço público. Dificilmente algum assunto da pauta é proposto pelos profissionais de saúde e, menos ainda, pelos representantes usuários.

A comunidade deveria participar e trabalhar no intuito de influenciar na construção da agenda da saúde através das conferências de saúde e debates, pois embora a agenda contemple as diretrizes políticas emitidas pela legislação maior e determinadas pelo Ministério da Saúde, há margens para “inovações e redimensionamentos que, contudo, devem ser objeto de deliberação e decisão nos respectivos colegiados” (SILVA, 2000, p. 18). Mesmo que o Ministério da Saúde determine muitos assuntos na agenda, é importante a participação da população através de suas bases a fim de influenciar seus representantes a tentar contemplar a discussão de suas necessidades na agenda.

Os resultados do trabalho de tese de doutoramento de Wendhausen (1999), em vários momentos, põem em relevo a grande tensão entre os representantes do governo e demais segmentos. Há grande diferença entre eles na possibilidade de definição da agenda. No caso estudado a representação governamental é quem definia praticamente toda a agenda. Quanto à representação dos serviços privados, embora aparentemente não apresentasse demandas, havia indicativos de que exercia uma grande influência na agenda e decisões, porém isto se dava no âmbito privado e não se tornava público. O segmento dos profissionais de saúde e usuários bem pouco interferiam, tanto na agenda como nas decisões. Agiam frequentemente de modo reativo frente ao que era trazido pelo segmento governamental.

Além da agenda, conforme Lindblom (1981) o processo decisório envolve interação, influência, controle e poder, e para melhor compreendê-lo é necessário conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a que autoridade está submetida e sua relação entre os membros da instituição decisória. Embora sua avaliação seja complexa e inconclusa, é essencial fazê-la, mesmo considerando seus limites. Em relação à avaliação do processo decisório Lindblom (1981) propõe, pois, que o façamos a partir da separação da decisão política em seus componentes.

Para o autor duas são as questões essenciais no processo decisório: como tornar as políticas efetivas na solução concreta de problemas sociais (análise) e como tornar o processo decisório sensível ao controle popular (jogo do poder). A primeira exige que sobre um problema seja feita uma boa análise e a segunda requer que a decisão política se mantenha sempre como um processo “político”. Identifica-se aí um conflito entre os processos racionais exigidos por uma análise ampla e cuidadosa para fazer frente aos problemas complexos que

ameaçam a sobrevivência humana e a manutenção do espírito democrático em que pessoas com diferentes níveis de informação e capacidade de entendimento possam opinar para o encaminhamento das soluções. Em suma, de um lado preferem que a política seja mais científica, de outro que não deixe de ser “política”. Entretanto para o autor as duas questões são importantes e se complementam no processo decisório, por isso devem ser consideradas em sua avaliação.

A análise constitui-se em importante fase do processo decisório em que o problema a ser tratado deve ser decomposto em suas partes componentes, examinado com minúcia e crítica para que se conheça sua natureza, suas relações, etc, de modo que ao final se possa compreendê-lo em sua totalidade (ou o mais próximo possível): o que o determina e suas conseqüências. Linblom (1981) explicita os vários tipos de análises feitas pelos governantes e também suas vantagens, desvantagens e o risco de que se perca dos ideais democráticos, alegando a supremacia do conhecimento racional sobre a política e negando as relações de poder-saber que lhe são inerentes. A análise é limitada na medida em que: é falível; não pode resolver completamente os conflitos a respeito de valores e interesses; é lenta e custosa; não determina de modo conclusivo que problemas devem ser abordados.

Lindblom (1981) diz que em todos os sistemas políticos as pessoas reúnem fatos para proceder a análise e discutir assuntos de seu interesse. Isso significa a busca de soluções que incorpora elementos vantajosos para todas as partes interessadas. Uma pessoa que deseja participar do processo decisório necessita adquirir informações que o possibilite a debater sobre determinado assunto. Essa participação informada nos debates vai lhe dar chances de negociar ou barganhar nesse processo de decisão política.

Por outro lado, o analista do processo decisório enfrenta a complexidade dos problemas sociais. O modo com que as pessoas enfrentam e respondem a esses problemas muda constantemente. Por isso Lindblom (1981) diz que não é possível chegar, analiticamente, a políticas boas para todos, pois se de um lado faltam informações necessárias ao analista, no nosso caso o conselheiro, por outro ele pode receber um fluxo muito grande de dados e difícil de analisar. Além disso, a análise está limitada pela necessidade de ser feita dentro dos limites impostos pelo tempo e pelos recursos disponíveis.

De qualquer forma, mesmo com os limites apontados acima acreditamos que a etapa da análise faz-se importante no processo decisório dos conselhos gestores e deve ser considerada. A par dos limites já apontados para a realização de uma boa análise, encontramos ainda outros obstáculos, como por exemplo, a dessimetria entre os diversos

atores que compõem os conselhos gestores de modo que a factibilidade de análise é muito diferente entre os vários segmentos de representantes; os vários tipos de expedientes utilizados, em nosso caso, principalmente pelos segmentos mais esclarecidos para silenciar o grupo dos representantes com menos recursos – os usuários.

Mesmo assim a análise das informações é um instrumento importante na interação política. Por meio dela, as pessoas podem perscrutar como as políticas podem vir a atender seus interesses, podendo por isso avançar ou recuar em determinados momentos, de modo que possa a vir influenciar no processo decisório de algumas políticas a seu favor ou a favor do grupo que representa.

Em uma de suas obras Baquero (2001) discute entre outros temas a noção de capital social e de como ele interfere na possibilidade de participar dos cidadãos, em nosso continente latino-americano. Considerando o capital social a possibilidade de homens e mulheres em suas atividades produzam e reproduzam características estruturais de sistemas sociais mais amplos (BORDIEU apud BAQUERO, 2001). Putnam (2002) acrescenta ou incorpora a noção de interação recíproca.

Considerando o objeto deste estudo, o processo decisório, interessa-nos aqui reforçar que quanto mais elevado o capital social, maiores são os recursos para participar em geral. Considerando o componente da análise como parte do processo decisório, podemos dizer que quanto maior for o acúmulo de capital social, maiores serão as possibilidades de que um cidadão comum possa participar efetivamente deste momento. Assim, no processo de análise para posterior deliberação, os indivíduos necessitam ter conhecimento sobre a natureza política da questão para que possam deliberar, junto com outros atores que talvez possuam um capital cultural e econômico mais elevado, com mais propriedade.

Em relação à segunda questão, a sensibilidade das decisões em relação ao controle popular, ou seja, a possibilidade de transparência a participação no conselho, optamos por discutir a questão do poder, pois necessitamos melhor compreendê-lo para inverter a atual situação de silenciamento de alguns participantes dos conselhos gestores, principalmente os usuários.

No jogo do poder, termo esse que sugere ‘inter-relacionamento’, Lindblom (1981, p.41) diz que interação política é regulamentada por regras que especificam os diferentes papéis a serem desempenhados. “Indicam quem pode exercer cada função, de que modo as pessoas devem ser escolhidas para os diferentes papéis, bem como o que é permitido e

proibido a cada ator”. Salienta que a conquista deste poder corresponde à adoção deste conjunto de normas, ou seja, as formas como os formuladores de políticas decidem implementá-las depende de alguns fatores como a estrutura das regras, das relações de autoridade e da influência que exercem na política. Alguns participantes, na tentativa de regulamentar esse poder sobre os outros, tentam influenciá-los mediante alguns métodos como o intercâmbio de vantagens, a persuasão, a ameaça, a autoridade e a obediência. Tentaremos descrever tais métodos.

Em relação ao **intercâmbio de vantagens**, Lindblom (1981) diz que esse método pode assumir várias formas, mas ressalta três. Uma delas é através de favores explícitos, tipo “*quid pro quod*”, ou seja, troco isso (favor) por aquilo (outro favor). A segunda forma é a reciprocidade que cria obrigações indefinidas. Alguém pode pedir um favor a outro e em troca, esse outro pode pedir outro favor a esse alguém quando surgir a oportunidade. E uma terceira seria o dinheiro, que é uma maneira de controle de intercâmbio pela ‘compra’ do resultado que deseja.

A **persuasão**, que é outro método, pode funcionar para Lindblom (1981) mediante a repetição de mensagens. Esse recurso muitas vezes neutraliza o julgamento crítico das pessoas. O poder persuasivo da informação e da análise pode estimular os participantes desse jogo a exprimir suas queixas, que podem ser relevantes de modo a convencer os outros e influenciar em uma decisão política. Os conselheiros usuários, por exemplo, podem trazer para dentro do espaço do Conselho, queixas ou reivindicações importantes de suas comunidades. Isso pode provocar nos demais a sensação que alguma coisa precisa ser feita.

Além da persuasão e do intercâmbio utilizados como forma de controle no jogo do poder, existe um outro não menos importante, que é a **autoridade**. Para Lindblom (1981) esse é o fundamento da decisão política, porque é a base do próprio governo.

No que tange a relação entre as pessoas, existem regras ou convenções que estão implicadas no nosso cotidiano, sem que para isso se use necessariamente a força ou a lei, ou que se tenha que exprimir verbalmente. Isso seria a obediência que institui a autoridade. No caso dos secretários de saúde, muitas vezes além do cargo de gestor, que de alguma forma lhe confere “status”, também possuem o papel de médico. Essa autoridade tácita tem sempre maior influência sobre as escolhas das políticas. Autoridade essa que o cidadão comum não tem. Para Lindblom (1981, p. 48) a autoridade e o intercâmbio estão entrelaçadas, pois “possivelmente a forma mais comum do uso indireto da autoridade seja a obtenção de vantagens mediante troca”.

As regras descritas acima são algumas em que se baseia o jogo do poder.

Isso não amplia a eficácia do controle popular, mas é conveniente para quem detém a autoridade, pois no momento em que criam obstáculos para tal controle, promovem suas próprias necessidades quando escolhem as alternativas possíveis. Esse método vem ao encontro do que diz Foucault (1997) em relação à disciplina que fabrica corpos dóceis, ou seja, que a obediência faz com que as pessoas façam não só que se quer, mas, principalmente, como se quer.

No entanto, esse poder para Foucault (1997) não é algo que se detém como uma coisa de que se possua ou não. Para o autor o poder não existe, o que existe são práticas ou relações de poder, que se disseminam por toda a estrutura social, sem que esteja situado em algum lugar privilegiado. É algo que se exerce e funciona em rede, sendo o indivíduo uma produção desse poder e desse saber. Portanto, para o autor, se há poder, há resistência. Nessa ótica, essa relação de poder/saber pode se tornar um instrumento a favor dos conselheiros no sentido de construir saberes, a partir destas mesmas relações de poder em que a busca de conhecimento, abre possibilidades para os usuários se fortalecerem e participarem ativamente do jogo de poder.

Immergut (1996) compara os programas de seguro social de saúde em três países da Europa Ocidental (França, Suíça e Suécia) e conclui em seu ensaio que as instituições políticas de cada país estabelecem as diferentes regras do jogo (desenhos institucionais) para que as políticas e grupos de interesse aprovelem ou bloqueiem os planos de ação. A autora verificou que essas regras podem abrir “janelas de oportunidade” para que os atores possam avançar influenciando nas decisões políticas, que de outra forma estariam bloqueadas ou, contrariamente, colocar “pontos de veto” a essas interferências, mudando em ambos os casos o conteúdo da decisão e o resultado final da política. No plano político externo, uma nova eleição pode mudar a conduta dos atores e resultar em cursos de ação diferentes daqueles que estavam em vigência, ou seja, o acontecimento de algum fato pode mudar as regras do jogo.

Wendhausen (1999, p. 265) no estudo já citado, ao abordar as relações de poder que permeiam as práticas de um conselho de saúde, constatou que este “é atravessado por poderes/saberes, localizados em diversos níveis, que estabelecem contornos, a partir dos quais se constroem os vários modos de participação possíveis”. Por exemplo, os prestadores de serviço ou o governo são considerados formuladores de políticas e podem exercer certa autoridade sobre os usuários, através de um discurso de um saber instituído ou um conhecimento técnico e acabam tendo maior influência nas análises e debates, silenciando de

alguma forma os usuários, inclusive falando em seu nome e/ou “para seu bem”. As reflexões da autora sobre o jogo do poder no conselho estudado e do uso da “competência”, em que discursos funcionam como dispositivos em que há uma determinação prévia de quem fala, como fala, o que fala e quando, permitem fazer um paralelo em relação a afirmação de Lindbom colocada anteriormente. Há uma intrincada rede que aprisiona e restringe quase toda a possibilidade de dissenso em relação ao que é esperado. Um dos resultados encontrados neste estudo é que aqueles participantes que detêm o poder, através do discurso competente determinam como deve ser o jogo do poder. Os médicos são instituídos no governo como gestores. Essa profissão já vem carregada com uma cultura que os tornam detentores de saberes e poderes. A associação do título médico com o de secretário de saúde pode gerar o uso indireto da autoridade e como afirma Lindblom (1981, p.48) “tem sempre mais influência sobre a escolha de política do que sua autoridade parece permitir ostensivamente”.

Todavia, apesar desta rede tão apertada, em que aparentemente há poucas brechas, entende-se que é possível inverter o “jogo do poder”. Os usuários podem participar deste jogo e influenciá-lo, apesar das pessoas apresentarem diferenças na capacidade de compreendê-lo. As desigualdades de informação podem ser diminuídas através da busca do conhecimento dos assuntos públicos, da capacitação na análise, do êxito nas relações interpessoais. Pateman (1992) diz que os indivíduos precisam de tempo para aprender a importância da participação política, aprender a atuar como cidadãos e por fim participar no processo decisório político, pois como resultado de sua participação na tomada de decisões, as pessoas aprendem a distinguir entre seus próprios impulsos e desejos, aprendendo a ser tanto cidadão público quanto privado. Isso faz com que as pessoas se sintam importantes nos resultados do sistema político como um todo.

Lindblom (1981, p.74) também indica que as pessoas podem se organizar em grupos mediante objetivos comuns para fazer valer esses interesses junto ao poder público e atuar na função fiscalizadora. São os chamados grupos de interesse e “representam o principal método de exercer influência no processo decisório”, apesar de não participarem diretamente da tomada de decisão.

Lindblom (1981) ressalta ainda, a importância da atividade dos grupos de interesse no jogo do poder. Eles podem promover a liberdade dos cidadãos, exercem funções específicas no processo decisório de políticas através da informação e análise sobre os problemas de políticas, o que muitas vezes os fazem desenvolver grande habilidade na persuasão. Na tentativa de alcançar resultados esperados, os grupos formam alianças de acordo com os

interesses, a fim de fortalecerem-se. Mas, o poder público não fica inerte a esta situação e trabalha no sentido de conter, atenuar, regulamentar e até mesmo proibir a pressão, integrando e institucionalizando as organizações.

No entanto, como afirma Silva (2004, p. 134), esse novo padrão “de relações político-institucionais” abre possibilidades inusitadas de avançar na democratização da tomada de decisões mediante o controle social e visa modificar as relações interinstitucionais e intergovernamentais no setor da saúde, mediante a descentralização do poder.

Considerando a afirmação de Foucault (1997) de que o poder é uma relação de forças, que gira entrelaçada e perpassa por todos os indivíduos, o "fora" do poder não existe. Assim, os Conselhos de Saúde são palcos de vários representantes, lugar onde se abrem possibilidades para estes atores participarem de forma mais efetiva no processo decisório e no controle social, no sentido de aumentar o poder, que pode ser re-significado para cada um destes atores, através da busca de informação e fortalecimento individual e coletivo (grupos de interesse). Cabe ressaltar, como afirma Wendhausen (2002), que a participação poderia acontecer no dia-a-dia nos serviços de saúde e nas comunidades e não somente de forma institucionalizada como nas Conferências e Conselhos de Saúde, de modo que o controle social possa ser cotidianamente exercido de forma mais ampla.

3 METODOLOGIA

3.1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo qualitativo, com o objetivo de descrever o processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC. De acordo com Minayo (1999, p. 10) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas, ou seja, se apresenta como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade com inerência e aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

Dentro das abordagens qualitativas a opção foi pelo Estudo de Caso. Triviños (1990) conceitua estudo de caso como uma unidade que se analisa profundamente. Tem duas características importantes: a natureza e abrangência da unidade e os suportes teóricos que servem de orientação ao estudo. A escolha pelo estudo de caso se deu pelo fato de que permite uma investigação em que “se preservam as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real” (YIN, 2005, p. 20); e ainda se compreende fenômenos sociais complexos. Em um estudo de caso, há necessidade, segundo o mesmo autor, de se ter algumas habilidades como: capacidade de se fazer boas perguntas, ser um bom ouvinte, flexibilidade para que as situações encontradas possam ser vistas como oportunidades e não como ameaças, noção clara das questões que estão sendo estudadas e imparcialidade em relação a noções preconcebidas, ou seja, estar atento a provas contraditórias.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Itajaí (SC). O município conta com aproximadamente 180.000 habitantes, sendo a sua população predominantemente urbana. Localiza-se na região do Vale do Itajaí, ao sul do Brasil, litoral

norte de Santa Catarina e na Foz do Rio Itajaí-açu. É uma cidade portuária distante a 94 km da capital do Estado e é considerado município pólo da Microrregião do Vale do Itajaí, congregando onze municípios. Sobre o Conselho Municipal de Saúde discorrer-se-á com mais detalhes no item ‘Análise e Discussão dos Dados’.

3.3 COLETA DE DADOS

Ainda partindo do princípio que não é possível conceber a existência isolada de um fenômeno social utilizou-se a técnica da triangulação de dados, com “objetivo básico de abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1990, p. 138). Nesse estudo, a técnica de triangulação baseou-se no cruzamento de três elementos fundamentais: processos e produtos originados nas observações das reuniões do Conselho; textos de atas e textos gerados por entrevistas com alguns conselheiros.

O processo da coleta de dados se deu a partir do mês de outubro de 2005 e estendeu-se até janeiro de 2006, utilizando as seguintes técnicas:

a) Observação Direta:

A observação direta de acordo com Chizzotti (2005) visa uma descrição “fina” dos componentes de uma situação, ou seja em seus aspectos particulares e pessoais, o local e suas circunstâncias, as ações e suas significações, o tempo e suas variações, os conflitos e a sintonia de relações interpessoais e sociais, as atitudes e comportamentos diante da realidade. Nesse estágio, buscou-se realizar um diagnóstico de situações e relações expressas em reuniões do Conselho, geralmente não registradas em atas, a fim de compreender as reações e interações dos atores.

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde foram observadas no período de setembro de 2005 a janeiro de 2006, perfazendo um total de seis reuniões, nas quais obteve-se informações sobre a dinâmica das relações do Conselho e as formas de participação, principalmente durante o processo de tomada de decisões. A importância dessa técnica “reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas” (MINAYO, 1994, p. 59-60), mas que surgem nas entrelinhas.

b) Análise Documental das Atas:

A “análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38).

Em relação à análise documental de atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC, optou-se por investigar o período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005. Foram lidas 8 atas referentes a 2004 e 19 referentes a 2005. Ao fazer a leitura das atas percebeu-se que havia certa regularidade na forma como elas estavam escritas, além de repetirem com certa frequência os assuntos das reuniões tais como: apresentação e aprovação de contas do Fundo Municipal de Saúde e credenciamento de clínicas, laboratórios e serviços de saúde. Continham um formato modelar, ou seja, determinado seguimento que era regular: primeiramente a pauta da reunião, depois algumas discussões em relação aos assuntos da pauta e por fim a decisão ou decisões. Assim, dessas 27 atas foram selecionadas seis, correspondendo a três em cada ano citado (atas 140, 142, 143 de 2004 e atas 148, 150, 157 de 2005). Das três de cada ano referido, duas mostram esse formato modelar e a terceira foi selecionada por evidenciar maior tensão provocada por assuntos conflituosos e polêmicos. Nessas duas atas “polêmicas” (nº. 142/04 e nº. 148/05) se observou uma descrição mais detalhada dos acontecimentos e as discussões nelas contidas foram descritas com maior profundidade, inclusive com a transcrição de algumas falas dos conselheiros. Para levantamento dos assuntos das pautas se utilizou todas as atas de 2004 e 2005.

Vale ressaltar que a qualidade das atas, principalmente as de 2004, não favorece a análise, visto que refletem superficialmente as discussões travadas em torno dos assuntos, demonstrando inclusive pouca profundidade e deficiente possibilidade do leitor ter conhecimento de como se estabelecem as divergências e pactuações entre os atores envolvidos.

c) Entrevista Semi-estruturada:

A entrevista semi-estruturada (roteiro em anexo I) buscou contemplar a objetividade e a livre manifestação de opiniões nas respostas. A entrevista foi realizada individualmente com cada um dos conselheiros escolhidos, a qual foi gravada e transcrita. Segundo André e Lüdke (1986, p.38) “a gravação em fita cassete é um procedimento importante para a confiabilidade do registro dos dados através da comunicação verbal”. As autoras mencionam o uso desse procedimento para o registro das informações e afirmam que, de preferência, devem ser

usadas as próprias palavras dos entrevistados nos seus depoimentos.

A escolha dos conselheiros para entrevista foi intencional . Este tipo de amostragem permite ao pesquisador escolher deliberadamente os sujeitos da pesquisa “cujas características pessoais possam trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta” (TURATO, 2003, p. 357). Essa escolha se deu após ter participado de algumas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC e feita a leitura das atas, ainda observei que esses conselheiros se pronunciavam nas reuniões e seus nomes eram citados muitas vezes. Além disso, procurou-se escolher um conselheiro de cada segmento.

Foram entrevistados quatro conselheiros, um representante do governo, um representante dos serviços privados, um representante dos trabalhadores da saúde e um usuário. Todos conselheiros entrevistados possuem curso superior, com idade entre 34 e 48 anos. Dois deles já tinham sido conselheiros na gestão de 2003/2004. O terceiro já havia participado como suplente. O quarto foi escolhido por ser o Presidente do Conselho. Essas entrevistas foram previamente agendadas e aconteceram no domicílio do representante dos usuários e nos locais de trabalho dos demais, após o aceite dos mesmos.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Todo o processo de análise dos dados se deu dentro do método análise de conteúdo que “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados dos manifestos” (MINAYO, 2004, p. 200). A autora propõe a análise temática para a qual são necessárias três etapas.

A primeira, **a pré-análise**, se constitui na escolha dos materiais para análise, que em nosso caso foram as observações de reuniões, as atas e as entrevistas. Após, foi feita uma leitura flutuante de todo o material. A leitura do conteúdo das entrevistas e das atas foi feita várias vezes para melhor compreender o texto, destacando-se as unidades de registro, para depois agrupá-las em subcategorias e finalmente em categorias.

Na seqüência foi realizada a organização do material de forma que pudesse responder a algumas normas de validade Minayo (2004) quais sejam: - a exaustividade que considera os aspectos levantados no roteiro; - a homogeneidade que obedeça aos fundamentos precisos de

escolha em relação ao tema; - a pertinência que os materiais analisados devem ser ajustados ao objetivo do trabalho. Posteriormente reagrupou-se unidades que apareciam com frequência e isso contribuiu para a construção de indicadores, as sub-categorias, de acordo com os objetivos propostos para esse estudo.

A segunda fase, **a exploração do material**, se constituiu essencialmente na operação da codificação, trabalhando com as unidades de registro, buscando identificar o que é relevante, ou seja, as principais idéias apresentadas. Neste estudo procedeu-se a avaliação compreensiva das falas dos sujeitos entrevistados e também de algumas atas, sendo as mesmas agrupadas em cores diferentes de acordo com as temáticas que foram surgindo. Daí emergiram categorias. Às atas foram dados outros tratamentos, mas todos com o intuito de analisar o conteúdo. As observações foram utilizadas como informação complementar, não havendo um tratamento específico.

As categorias finais do estudo foram as colocadas no quadro a seguir:

QUADRO 1 – CATEGORIAS CONSTRUÍDAS NO ESTUDO

CATEGORIAS
CATEGORIA 1 - O PAPEL DO CONSELHEIRO
CATEGORIA 2 - A DEFINIÇÃO DA AGENDA
CATEGORIA 3 - A DINÂMICA DO PROCESSO DECISÓRIO

A terceira fase, **o tratamento dos resultados** obtidos e interpretação, permitiram colocar em evidência as informações obtidas e propor interpretações a partir do referencial teórico.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da UNIVALI para apreciação e autorização da pesquisa (Parecer nº 466/2004., anexo II)

Antes da coleta foi feito contato com a Secretaria de Saúde e com o presidente do

conselho através de ofício, comunicando a intenção da pesquisa e solicitando permissão para o manuseio das atas.

Conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que disciplina as pesquisas com seres humanos, foi oferecido o Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3) aos sujeitos da pesquisa antes de iniciar as entrevistas, com linguagem clara e esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Foi assegurado o sigilo e anonimato das informações prestadas, o direito a participar ou não da presente pesquisa e livre decisão de desistir se assim o desejasse, não resultando de sua participação ou recusa, nenhum risco à sua condição de sujeito da pesquisa. Foi dado aos entrevistados o direito de acompanhamento dos resultados. Para preservar as identidades dos entrevistados utilizou-se a letra C (de Conselheiro) acrescida de números ordinais de 1 a 4 para identificá-los.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 O MUNICÍPIO DE ITAJAÍ: ALGUNS DADOS HISTÓRICOS

O município de Itajaí, segundo Lopes (2003), tem seu nome ligado ao rio que corta a cidade, Itajaí-Açu, nome este designado pelos índios. O distrito de Itajaí foi criado em 1833 e emancipado, segundo Wöhlke (2006) em 15 de junho de 1860, por populações itinerantes, com origem açoriana, italiana e alemã. Conforme Schveper (2004), a partir desse momento houve um período de fortalecimento da atividade comercial de importação e exportação. A atividade econômica está centrada na pesca, atividades portuárias, exploração de petróleo, comércio e prestação de serviço. Hoje, segundo IBGE (2003) a atividade econômica do município gira em torno do porto.

Silva (2004) diz que a primeira entidade organizada para defender os trabalhadores da orla portuária de Itajaí foi a Sociedade Beneficente XV de Novembro, fundada em 1906. Em 1922 surgiu a Sociedade União Beneficente dos Estivadores, pois a primeira não satisfazia mais aos interesses dos trabalhadores. Essa atividade e a influência das pessoas permitiram, segundo Silva (2004), surgir novas agremiações partidárias, aumentando o poder de pequenos grupos.

Na década de 80 começaram a surgir vários movimentos populares pela redemocratização do país. No município de Itajaí, segundo Wöhlk (2006), começaram a aparecer entidades sociais ligadas à igreja católica, nos bairros mais populosos, que eram o São Vicente e o de Cordeiros. Um dos fatos que motivou a participação e engajamento na construção e politização desses movimentos, pela população em Itajaí (SC), foram as enchentes do rio Itajaí-Açu em 1983 e 1984, que possibilitou através da vivência de problemas coletivos, a formação de associações para reivindicar direitos perante o poder público.

O Município apresenta, segundo Wöhlke (2003, p. 42), laços fortes de uma cultura política autoritária, associada aos vestígios do regime militar e principalmente aos laços familiares descendentes de Itajaí com forte predisposição a essa tradição política. Assim, o

poder político local serve a uma minoria de indivíduos que, além de deter o poder, trabalham para sua manutenção. “Dominados por essa ideologia, as pessoas mais simples, criam a esperança de que o poder local tome as iniciativas para as mudanças.”

Em relação à força dos partidos políticos em Itajaí e inclusive no Estado de Santa Catarina, o PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), segundo Pauli e Sell (2002) foi uma força expressiva de 1982 a 1996. Para os autores, esse partido foi o grande herdeiro da transição para a democracia. Nos últimos anos ele começou a entrar em declínio, sendo substituído no poder pelo PPB. A hipótese explicativa dessa queda pode ser atribuída a migração de vários ex-membros e candidatos do PMDB para os partidos do governo (principalmente PPB), mostrando que a adesão de várias pessoas a um partido acontece por conveniência pessoal e não por convicção pessoal ou ideológica. Segundo os autores, o PT (Partido dos Trabalhadores) veio ganhando força como partido de oposição, por ter um modelo de administração participativa. No momento da realização dessa pesquisa (2004/2005) aconteceram as eleições em outubro de 2004, com mudança política, assumindo pela primeira vez no município o PT.

4.2 O CONSELHO DE SAÚDE DE ITAJAÍ: HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO

A implantação do COMUSA/Itajaí, segundo pesquisa realizada por Wendhausen (1999), nos moldes preconizados pela Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde, deu-se em 1992, a partir da Lei Municipal nº 2.634, de 18 de junho de 1991. Entretanto, há aproximadamente quatro anos, uma Comissão de Saúde – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) vinha funcionando, em caráter consultivo, nos moldes preconizados pelo SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

Em 1983 implantaram-se em nível federal as Ações Integradas de Saúde, mas a assinatura do convênio em Itajaí só ocorreu em 1986 e logo a seguir, em 1988, foi implantado o SUDS, em cujos convênios eram previstas as CIMS.

Entretanto, segundo Wendhausen (1999), as CIMS já teriam começado suas atividades no final de 1984. Naquele momento a Prefeitura organizou a comunidade para que participasse nesse nível institucional. Assim, foi estabelecida a obrigatoriedade de que toda a criação de associação de moradores passasse pelo cadastro da Prefeitura.

Aos poucos, segundo a pesquisadora, essas entidades foram chamadas para formar a

CIMS, que inicialmente contava com uma meia dúzia de membros. Num primeiro momento, as reuniões dessa Comissão aconteciam diretamente nas “sedes” das associações de bairro. Mas houve dificuldades em manter as reuniões descentralizadas e também desgastes nas reuniões. Um dos pontos de tensão era entre a comunidade e os prestadores de Serviços Privados. As reclamações da população giravam em torno do Hospital da cidade. Segundo seu relato os prestadores eram “*irredutíveis*” nas reuniões descentralizadas e não tinham paciência para ouvir. Assim, aos poucos foi se perdendo esse caráter descentralizado e as reuniões ficam em um só lugar, no centro da cidade.

Nos dados encontrados por Wendhausen (1999) não ficou claro, se houve realmente uma extinção da comissão que foi anterior à implantação do COMUSA/Itajaí, em 92, ou a CIMS só se extinguiu no momento em que o novo Conselho começou a funcionar e nem em que data isto ocorreu. Houve mudança de governo no município e também a implantação do SUS, que aconteceu em 1991.

Um fato importante nesta época, imediatamente anterior à implantação do Conselho, foi a realização da Etapa Municipal da 9ª Conferência de Saúde (12 a 18 de junho de 1991), cuja participação da comunidade, não só de Itajaí, mas de toda a Microrregião do Vale do Itajaí, foi expressiva, revelando a grande mobilização, que havia naquele período, em torno da democratização da saúde.

Cinco anos depois, na Etapa Municipal da 10ª Conferência de Saúde (28/29 de junho de 1996) ocorreu um grande contraste em relação a esta mobilização popular, que foi praticamente nula, e a participação em geral, que foi muito pequena.

Desde sua implantação, em 92 e até 2005, o COMUSA/Itajaí constituiu-se de 18 membros e seus respectivos suplentes. Destes, 9 representam os usuários, que perfazem 50% dos membros do conselho, conforme reza a Lei 8.142/90.

Segundo pesquisa recente feita por Wendhausen, Barbosa e Borba (2005) sobre o empoderamento de atores sociais e o impacto de sua participação na gestão pública do município de Itajaí/SC, o número de representantes de cada segmento do COMUSA era o seguinte: Usuários: 9; Gestores: 4; Profissionais de Saúde: 2 e Prestadores de Serviço: 3. Essa proporção encontrada de representantes de profissionais de saúde - 16%; e a de representantes governamentais de 22%, estava aquém e além respectivamente, de acordo com o proposto na Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, que é de 25% para os primeiros e aproximadamente 12,5%, para os seguintes.

Em agosto de 2005, com a mudança de governo no Município, a Lei 2.634 (1991) é alterada pela Lei 4.376 (2005), passando a composição do COMUSA para 28 membros, com seus respectivos suplentes, assim representados: 04 representantes do governo; 03 representantes dos prestadores dos serviços privados; 07 representantes dos profissionais de saúde e 14 usuários, proporções que estão de acordo com a proposta de distribuição dos representantes da Resolução 333/03.

4.3 AS CATEGORIAS DO ESTUDO

A seguir pode-se visualizar um resumo das categorias e subcategorias construídas:

QUADRO 2 – RESUMO DAS CATEGORIAS CONSTRUIDAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
CATEGORIA 1- PAPEL DO CONSELHEIRO	- Fiscalizar - Buscar /divulgar informações/conhecimentos - Formular políticas
CAEGORIA 2 – AGENDA	- Quem propõe - Assuntos propostos - Antecedência
CATEGORIA 3 - DINÂMICA DO PROCESSO DECISÓRIO	- Discussão sobre a FEPESE (ata 142) - Decisões importantes para o funcionamento do Conselho (ata 148) - Alteração do Regimento Interno, Lei e eleição do Conselho

4.3.1 CATEGORIA 1- Papel do Conselho/Conselheiro

Para que os conselheiros possam participar efetivamente do processo decisório é importante que conheçam as competências dos Conselhos de Saúde e dos conselheiros, prescritas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 333/03 (BRASIL, 2003). Algumas delas, resumidamente são: - implementar a mobilização e articulação da sociedade; - atuar na formulação e no controle da execução das políticas públicas; - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar; - deliberar sobre os programas de saúde; - estabelecer critérios e diretrizes operacionais relativas à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviço de serviços públicos e privados; -avaliar e deliberar sobre contratos e convênios; - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde; - fiscalizar e controlar gastos, e o desenvolvimento das

ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos.

Para desempenhar um papel considerado de relevância pública, o conselheiro precisa possuir compromisso e responsabilidade, conforme afirma Correia (2005), com a delegação de poder outorgada pela sociedade. Além disso, deve estar consciente de seu papel representativo. Para isso, deve conhecer o espaço do Conselho de Saúde, seus limites e possibilidades, além de estar atento para as suas funções definidas pelo Conselho Nacional de Saúde e para o papel deliberativo que exerce no Conselho de Saúde.

Foi possível examinar o papel do conselheiro a partir, principalmente, das entrevistas. As atas e observações complementaram esses dados. No quadro abaixo é possível visualizar o agrupamento das unidades de registro em torno das subcategorias.

QUADRO 3 – AGRUPAMENTO DAS UNIDADES DE REGISTRO EM TORNO DA CATEGORIA PAPEL DO CONSELHO/CONSELHEIRO

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
PAPEL DO CONSELHO/ CONSELHEIRO	Fiscalizar	- Fiscalizar o que está acontecendo (C1)
		- Acompanhar aplicação do dinheiro é coisa bem complicada (C3)
		- Saber como o remédio é comprado e chega até a população (C3)
		- Fiscalizar: é responsabilidade do conselheiro (C3)
		- Acompanhar os convênios por uma comissão de conselheiros seria importante (C1)
		- Ter controle social na implementação dessa política. (C2)
		- Acompanhar é isso: ir lá na unidade de saúde. Mas não tem como está indo lá, verificar aonde esta sendo usado o que foi pedido (C3)
		- Construtor pela necessidade de vigiar (C4)
		- Acompanhar contratos: normalmente não é feito pelo conselheiro (C2)
	- Formar comissão para análises de serviços laboratoriais (ata 132)	
	Buscar/ divulgar informações/ Conhecimento	- Conhecer e saber da importância do conselho: população precisa ser informada (C1)
		- Solicitar maiores informações, pois documentos contêm poucas, para poder votar (ata 151)
		- Saber o que está votando (C3)
		- Informar-se quais são as reclamações maiores da população (C1)
		- Saber de tudo o que acontece no Conselho é complicado (C3)
		- Atualizar: Não tenho tempo de me atualizar (C3)
		- Conhecer o estudo que mostre qual é a necessidade da população. (C3)
	- Informações: eventualmente o conselho tem pedido e são prestadas na hora da reunião (C2)	
	Formular políticas	- Formulador de políticas(C2)
		- Definir as políticas públicas (C2)
		- Opinar, construir um serviço público de saúde (C3)

Em relação ao papel, os conselheiros apontam como atribuições: fiscalizar, formular políticas, obter informações/conhecimentos. A maioria dos entrevistados utilizou o verbo no

futuro do pretérito nas suas falas, o que possibilitou constatar que em alguns momentos eles idealizam o **papel dos conselheiros** e em outros eles parecem vivenciá-lo, dizendo que não acontece tal coisa, ou que ocorre dessa maneira, usando o verbo no presente como mostram as seguintes falas:

“O conselheiro seria um consultor [...]” (C4).

“A gente discute muita coisa, assuntos da campanha do plano de governo, a gente discute algumas ações que são feitas e aprova muitos convênios” (C2).

“[...] seria de vigiar o que está acontecendo” (C4).

A atribuição mais citada, em relação ao papel do conselheiro, foi à fiscalização. O verbo utilizado por eles aparece no presente do indicativo. As falas a seguir ilustram este dado:

“[...] a gente tem como função básica de conselheiro a fiscalização” (C3).

“[...] é o controle social da implementação da política” (C1).

A participação, em termos de fiscalização, parece ser uma prática vivenciada pelos conselheiros. Eles reconhecem que esse papel faz parte de suas atribuições. No entanto, os dados estudados revelaram que essa fiscalização acontece de forma não satisfatória. Em algumas situações existe motivada por denúncias:

“Você acompanha de que forma? Outro dia nós (conselheiros) havíamos discutido todo o processo da ortopedia do hospital. Logo em seguida saiu no jornal que esse serviço estava tendo problemas. Então a gente foi lá no hospital, presta conta, cobra” (C3).

Em outro momento, os entrevistados parecem ter consciência de que a fiscalização acontece, porém é exercida com problemas:

“Agora a gente está amadurecendo como conselheiro. A mobilização está um pouquinho melhor para tentar acompanhar tudo aquilo que a gente precisa” (C2).

“O Conselho tem acompanhado algumas coisas, mas não tem muito controle sobre isso” (C1).

Mesmo estando a fiscalização definida em termos legais, os dados encontrados revelam que há uma distância que preconiza a lei e a sua prática. Mas essa consciência que

tem o conselheiro C2 quando diz: “agora a gente está amadurecendo como conselheiro” pode abrir possibilidades para que a participação, em termos de controle social, se torne mais efetiva. Isso pode acontecer no momento em que essa participação no Conselho se amplie, não só no sentido de assegurar um espaço mínimo, pois “não basta que as instituições participativas estejam à disposição para que a ampliação da participação ocorra” (FUCKS; PERSSINOTTO, 2006, p. 79), mas principalmente no sentido de que essa participação institucionalizada seja comprometida com os interesses da maioria da população, a fim de que esse espaço possa viabilizar as reivindicações, e fazer valer a condução das políticas públicas de saúde e ao mesmo tempo fiscalizá-las.

Pateman (1992) diz que a democracia participativa não pode ser considerada isoladamente em torno dos indivíduos e suas instituições. A autora diz que essa participação precisa ocorrer em outras esferas e quanto mais as pessoas participarem, melhor capacitadas se tornam a fazê-la. Além disso, esse processo educa a população e fortalece a democracia.

O Conselho pode ser um espaço que propicia a prática educativa pela vivência da participação, como ilustram as seguintes falas:

“A gente está aprendendo muito no Conselho. E a gente tem uma função que é fiscalizar o que está acontecendo. Mas ao mesmo tempo a gente aprende muita coisa lá” (C2).

“[...] participando você aprende, a vida te ensina. Então participando, estando atento, participando enquanto a palavra expressa no sentido exato dela, de participar, estar ali presente, de prestar a atenção, de não ter vergonha de perguntar, dizer que não está entendendo, dizer que não sabe, isso é participar e você tem essa participação mais viva. É um aprendizado, [...] querer saber a responsabilidade do conselheiro, que é de fiscalizar, que é de saber o que está votando, de conhecer, de se informa” (C3).

Apesar da importância dessa vivência no interior desses fóruns, ela não poder ter uma valorização exagerada em detrimento aos debates públicos e à proposição de alternativas. O conselheiro deve estar consciente de sua representatividade, atuando como interlocutor de sua base, levando suas demandas ao Conselho e retornando com decisões ou informações de interesse das bases. Contudo essa é uma prática que parece não acontecer no Conselho:

“É negócio muito complicado, porque se você é representante você tem que devolver. Mas é muito complicado” (C3).

A função de promover a articulação de debates a respeito de políticas públicas entre Estado e sociedade civil, a fim de influenciar nas decisões, torna-se uma alternativa

importante para tentar superar a verticalidade e promover a descentralização do poder. Nesse sentido, a participação para Teixeira (2001) pode ser concebida como conquista e ampliação da cidadania, com a inserção maciça dos indivíduos no processo político. Assim, quanto maior a participação da população nas discussões, maior a possibilidade da fiscalização ser mais ampla.

Entretanto, mesmo sendo a fiscalização a atribuição mais citada por eles, constatou-se que ainda é usada de forma incipiente, como foi observado nas seguintes falas:

“A questão de votar as contas e acompanhar a aplicação do dinheiro é uma coisa bastante complicada e difícil para o conselheiro” (C3).

“Acompanhamento é isso: ir lá na Unidade de Saúde. Mas não tem como estar indo lá, verificar aonde está sendo usado o que foi pedido” (C3).

A atuação no controle da execução não deve ser meramente da fiscalização tradicional burocrática, ou seja, somente em cima de notas fiscais ou outros documentos que comprovem a utilização da verba. Esse acompanhamento deve ser permanente, no sentido de fiscalizar se essa verba está sendo aplicada no que foi definido pelos conselheiros. Para isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) sugere pesquisa de amostragem de usuários, de prestadores e profissionais e a utilização dos indicadores de saúde do município.

Apesar dos problemas encontrados em relação a fiscalização, parece existir a consciência da necessidade da mobilização dos conselheiros nesse sentido:

“É importante que se tenha uma comissão de dois ou três conselheiros para acompanhar mês a mês, ou a cada dois meses e trazer para o Conselho o que realmente está acontecendo” (C2).

“Há necessidade de serem implantadas diversas comissões para se acompanhar isso (as decisões)” (C1).

Essa percepção da necessidade de organização e de mobilização, por parte dos conselheiros como estratégia de controle social, pode contribuir para a construção de uma nova cultura política comprometida com a idéia de participação como ação coletiva, enfatizando valores que visem o bem da comunidade, a partir de valores importantes para a coletividade. Pateman (1992) diz que tal participação fornece ao indivíduo um determinado controle sobre as decisões políticas.

Essa nova cultura política de participação em termos de fiscalização foi percebida

mais precisamente, no Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC, em novembro de 2004, quando os conselheiros já estavam sabendo que assumiria pela primeira vez a administração municipal um partido político, o Partido dos Trabalhadores (PT), que tem a tendência de valorizar a participação da população. Neste momento pareceu que os conselheiros estavam esperando por essa oportunidade de uma participação mais efetiva, pois conseguiram se organizar e se mobilizar, implantando em 2005 comissões para fiscalizar as decisões e importantes mudanças na legislação concernente ao funcionamento e estruturação do conselho. Isso representou um avanço histórico em Itajaí, um município que segundo Wöhlke (2003) possui características dos governantes tomarem as decisões e as pessoas aceitarem como sendo as melhores.

Em novembro de 2004, numa reunião (Ata número 142), a qual será analisada na categoria dinâmica do processo decisório, foi possível visualizar uma ênfase na discussão pública de um assunto que provocou revolta dos conselheiros, após terem procedido a denúncia pelos meios de comunicação. Tal revolta foi provocada pela contratação de uma empresa de informática, com dispensa de licitação, utilizando verbas do Fundo Municipal de Saúde e sem a aprovação do Conselho de Saúde, desencadeando uma onda de debates com proposição de alternativas de todos os segmentos dos conselheiros e demais participantes, exigindo a prestação de contas por parte do governo. Isso é o que Teixeira (2001, p. 36) denomina de *accountability*, ou seja, a “obrigação dos agentes políticos prestarem contas de seus atos e decisões e direito do cidadão de exigí-los e avaliá-los”.

Conforme foi dito anteriormente em relação ao papel do conselheiro, a fiscalização foi a atribuição mais citada por eles. Mas para exercer esse papel há necessidade de primeiramente contribuir para a formulação das políticas públicas de saúde, ou seja, ter a capacidade de influenciar na decisão dessa política. Para isso há necessidade de adquirir conhecimentos, pois ao mesmo tempo em que é um exercício de poder é também uma forma de poder.

Buscar/divulgar informações/conhecimentos é outro papel apontado pelos conselheiros. Esse papel pode abrir possibilidades de participar dos debates e tentar influenciar nas decisões a favor de seus representantes, ou seja, de jogar o jogo do poder.

Participar do processo decisório não é tarefa fácil. Os conselheiros se deparam com assuntos novos e complexos, que muitas vezes tem dificuldade em compreender, principalmente os representantes do segmento dos usuários. Segundo Lindblom (1981) se de um lado falta a informação necessária, por outro poderá receber um fluxo de dados maiores

do que pode ser digerido pela análise:

“A conselheira representante do segmento dos usuários comenta que os pareceres enviados aos conselheiros deviam ser mais esclarecedores a fim de ampliar os conhecimentos referentes às propostas, visto que não trabalhamos nem dominamos a área de prestação de serviços” (ata 151).

Lindblom (1981) diz que para ter influência no jogo do poder, as pessoas precisam adquirir conhecimentos sobre assuntos públicos e aliar-se com outras pessoas, pois sozinhos os cidadãos podem fazer muito pouco.

Segundo Teixeira (2001), a informação é realmente uma ferramenta importante, mas ela não pode ser traduzida em conhecimento se ela não for refletida, trocada com outras pessoas e compreendida. Ela deve, mas não pode ser só fornecida pelo governo, os conselheiros também podem buscá-la. Algumas falas colocam que o Conselho tem tido boas discussões. Ao mesmo tempo em que dizem que o governo deve trazer informações, entendem que não podem sempre esperar por isso, mas devem buscá-las como ilustram as seguintes falas:

“Pela disposição política do gestor atual, a gente tem discutido a grande maioria dos assuntos que vem da Secretaria de Saúde e daquilo que pauta o Conselho.....Você tem uma dependência, sim, do gestor público (em relação às informações), uma dependência média, e vai depender, sim, da vontade política” (C3).

“[...] tem havido boas discussões, tem crescido bastante o amadurecimento do Conselho[...]. A gente tem que se aperfeiçoar mais, o gestor muda de 4 em 4 anos. Não dá para esperar pela boa vontade do gestor. A gente tem que fortalecer o Conselho[...].” (C1).

Pode-se depreender desses depoimentos que os conselheiros acham importante as discussões, mas que além das informações fornecidas pelo governo, devem buscar outras, pois o gestor pode omitir certas informações, como declara um deles, falando da representação governamental:

“É perfeitamente possível boicotar o Conselho, não levar ao Conselho uma série de discussões, que podem perfeitamente ser omitidas do Conselho” (C2).

Outro dado importante que apareceu em algumas falas dos entrevistados foi em relação à forma como essas informações são apresentadas. Algumas vezes são fornecidas somente no momento que “devem” ser tomadas as decisões:

“[...] a gente recebe por e-mail a ata da reunião anterior (para apreciação), a pauta da próxima reunião e que muitas vezes não é a verdadeira, pois no dia da reunião aparecem dois ou três itens a mais na pauta. Mas não vem nada de documentação, os valores que vão ser pagos, nada” (C1).

“[...] eventualmente o Conselho tem pedido informações que são prestadas na hora” (C2).

É sabido que o papel do conselheiro é voluntário e que o exerce por indicação de sua comunidade ou entidade. As reuniões do Conselho de Saúde de Itajaí acontecem à noite, com início às 19 horas, pelo fato dos seus integrantes atuarem em outras atividades durante o dia. Talvez esse seja um dos motivos de haver dificuldades para buscarem as informações/conhecimentos, pois para isso necessita-se de tempo:

“Saber de tudo o que acontece no conselho é complicado, porque o conselheiro é voluntário. Eu sei de bastante coisa, porque faz tempo que sou conselheira, mas não tenho tempo de ler e me atualizar o tempo todo” (C3).

Lindblom (1981), ao descrever as regras gerais do jogo do poder, diz que a análise é um método pelo qual se pode exercer o controle. Porém ele está limitada pela exigência de que precisa ser feita dentro de um determinado tempo e pelos recursos disponíveis.

Há ainda uma relação entre acesso à informação e recursos analisados por Wendhausen, Barbosa e Borba (2005) em uma pesquisa recente nesse mesmo Conselho, ao afirmarem que elevados recursos econômicos e educacionais como escolaridade, podem influenciar a participação dos conselheiros de forma positiva. Os dados encontrados em relação à renda são que 45% dos conselheiros não possuem renda ou possuem renda de um a cinco salários mínimos. Os demais 55% recebem de seis a dez salários mínimos. Esses dados podem contribuir para tentar explicar o fato que os conselheiros têm dificuldade de buscar informações. O baixo poder aquisitivo pode dificultar o acesso a alguns meios de informação, como, por exemplo, a internet.

Para proceder a análise, a fim de decidir quais as políticas que devem ser implementadas, Lindblom (1981) diz que as pessoas podem interagir exercendo influência, controle ou poder umas sobre as outras. Para isso é necessário que a informação circule entre todos os participantes, e um dos meios mais utilizados nos últimos tempos é a internet.

Vale ressaltar que os conselheiros do Conselho de Saúde de Itajaí/SC têm consciência da necessidade de buscar informações para analisar e discutir os assuntos. Percebe-se isso no registro de algumas atas:

“O conselheiro diz não estar em condições de votar as propostas de convênio com a pouca informação contida nos documentos que foram encaminhados para análise” (representante dos segmentos dos usuários, ata 151).

Um outro aspecto no âmbito das informações, colocado pelos conselheiros, é de que as questões discutidas no Conselho devem ser divulgadas à população. A Resolução 333/03 (BRASIL, 2003), em sua quinta diretriz, fala da necessidade desses Conselhos estabelecerem ações de informações, educação e comunicação em saúde. Assim, no processo de ampliar a participação, as discussões e tentar influenciar as decisões, torna-se importante esses órgãos divulgarem suas competências, funções, trabalhos e decisões em todos os meios de comunicação. Essa necessidade pode ser reconhecida na seguinte fala:

“[...] o que a gente está discutindo no COMUSA deve ser passado para toda a comunidade, para que ela possa participar. O que a gente está batalhando é que o COMUSA seja aberto, seja divulgado, pode ser até através de propaganda, para que a nossa população possa conhecer e participar” (CI).

Esse tipo de participação, que segundo Pateman (1992) permite o máximo de participação de todos, dá legitimidade e visibilidade ao Conselho que são condições que caracterizam a transparência da atuação dos conselheiros ou do Conselho, seja na proposição do rumo das políticas públicas, seja no acompanhamento das ações e fiscalização da utilização dos recursos.

Portanto, existe a possibilidade, através da busca/divulgação de informações/conhecimentos, das pessoas se conscientizarem sobre a importância da participação, e transformar o cidadão em um ator político crítico e consciente, capaz de superar o papel de alienado ou mero expectador e passar a pensar coletivamente, além de possibilitar a efetivação do controle social na perspectiva de fortalecê-lo e consolidação do SUS.

A capacitação dos conselheiros, como forma de adquirir informações/conhecimentos, é uma das ferramentas que pode contribuir para a efetivação do controle social, acrescentando conteúdos técnicos ao saber e a experiência de cada um. Além disso, pode possibilitar atuação na formulação das políticas públicas de saúde e também contribuir para que participem do jogo do poder. Mas para que essa capacitação seja efetiva, é necessário que seja um processo contínuo de informações e articulações entre os próprios conselheiros e entre os conselheiros e as entidades por eles representadas. Com tais características, o Conselho pode vir a se tornar um espaço de práticas educativas. Pateman (1992) diz que esse tipo de participação

desenvolve atitudes de cooperação, integração e comprometimento com as decisões.

Foucault (1979) estabelece uma relação entre saber e poder, e essa relação pode se tornar um instrumento a favor dos conselheiros no sentido de construir conhecimentos, fortalecimento e participação ativa no jogo de poder.

Formular políticas também foi colocado como atribuição do conselheiro, mas não foi tão citada quanto à fiscalização e busca/divulgação das informações/conhecimentos. Nas entrevistas, em relação ao papel formulador de políticas, se expressavam, por vezes, utilizando o verbo no presente do indicativo e, por outras, no futuro do pretérito, dando a impressão que em alguns momentos acontece e que em outros ainda é uma utopia:

“O conselheiro/conselho tem papel, primeiro na formulação da política [...]” (C1).

“O papel do conselheiro seria um construtor” (C4).

Os Conselhos tem dentre as suas funções, conforme preconizada pela Resolução 333/03 (BRASIL, 2003), a formulação de políticas. Além disso, de acordo com a Lei 8.142/90, a participação da população na elaboração dessas políticas deve acontecer através das Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde atuam no sentido de propor diretrizes para a formulação das políticas públicas, auscultando as necessidades da população. Os Conselhos por sua vez, atuam na formulação dessas proposições, abrindo possibilidades para as comunidades participarem do destino da política pública de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, através de suas representações. Isso é um desafio para a sociedade civil que, na visão de Teixeira (2001, p. 35) deve combinar a participação dos diferentes grupos sociais com a sua representação, buscando traduzir a “universalidade da cidadania”.

Para formular as políticas públicas de saúde, os conselheiros deveriam ter como base o Plano Municipal de Saúde. A Resolução 333/03 (BRASIL, 2003) diz que uma das competências dos Conselhos de Saúde é fazer uma revisão periódica do plano de saúde. Isso pode contribuir para a formulação das políticas de saúde de seu município. Por mais que seja elaborado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, ele precisa ser discutido pelo Conselho, no sentido de que venha a contemplar as demandas e necessidades da população. Porém, segundo alguns depoimentos:

“O plano municipal de saúde ainda é feito em gabinete e depois passado pelo conselho” (C4).

O plano deve conter um planejamento que esteja próximo às necessidades de seus representados. Embora esse plano perpassasse questões técnicas, pode ser um instrumento importante no processo de decisão política, como ponto de partida para “posterior avaliação do Conselho em relação aos encaminhamentos dados às políticas de saúde para o município” (WENDHAUSEN, 2002, p. 239).

Sendo o plano construído somente pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, sem a participação dos conselheiros nesse processo de planejamento em saúde, e levado ao Conselho somente para homologação, como ilustra a fala do C2 quando diz “o plano municipal de saúde é aprovado pelo Conselho”, pode abrir possibilidades para a persuasão. Isso pode acontecer pelos conselheiros conhecerem parcialmente o plano, pois apenas aprovam-no, além de não usá-lo como base em suas discussões e decisões. Assim, o poder de argumentação e persuasão na hora de decidir pode ser mais forte por parte do governo, que conta como recurso a equipe técnica, que inclusive elaborou o plano. Para Fucks e Perissinotto (2006, p. 72) as equipes técnicas podem produzir pareceres que “embasam as decisões no interior do conselho” e que os demais conselheiros tem poucas condições de contestar.

Segundo Lindblom (1981), os governantes, em um processo decisório, se utilizam do método de persuasão no sentido de convencer as pessoas que determinadas decisões são melhores que outras. Isso, de alguma forma, neutraliza o julgamento crítico dos participantes desse processo, principalmente se não tiverem acesso às informações e conhecimentos.

Wendhausen (1999), em sua tese de doutorado, percebeu que as decisões eram tomadas no gabinete do Secretário de Saúde e levadas ao Conselho para serem aprovadas.

Participar na elaboração do plano municipal de saúde, buscando para isso informações nas suas bases, movimentos ou entidades a quem o conselheiro representa no Conselho, além de estar atento a outros conhecimentos pode abrir possibilidades aos conselheiros de subsidiar elementos nas discussões que viabilizem uma decisão política, refletida numa participação de ação coletiva, preocupada com o bem comum.

Outro papel apontado pelos conselheiros, como sendo de sua atribuição, foi a aprovação de contratos e convênios. Parece que efetivamente é isso que fazem dentro do Conselho, utilizando inclusive o verbo no presente do indicativo, como mostram as seguintes

falas, quando perguntados o que fazem nas reuniões do Conselho:

“[...] a gente aprova muitos convênios” (C1).

“[...] você vota convênios [...]” (C3).

“[...] aprova muitos convênios [...]” (C2).

A contratação de serviços de saúde pelos municípios deve se dar de forma complementar, ou seja, quando utilizada toda a capacidade instalada da rede pública e diante da impossibilidade de ampliá-la. A complementação de serviços deverá considerar os princípios e diretrizes do SUS, e reconhecer a saúde como um bem público inalienável. Esses princípios constituem o referencial da construção do novo modelo assistencial e de gestão descentralizado e participativo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) o novo modelo assistencial, privilegia os interesses e direitos de cidadania, de acordo com as necessidades da população. Estas necessidades podem ser identificadas a partir de instrumentos, como os indicadores sociais e epidemiológicos e pelas informações trazidas pelos conselheiros, obtidas nas suas comunidades. Por isso, a importância dos mesmos participarem na construção do plano municipal de saúde, que serve de base para o planejamento em saúde do município, além de articularem com suas bases, trazendo para dentro do Conselho as demandas das comunidades que representam. Eles parecem perceber essa necessidade ao mesmo tempo em que reconhecem que tais demandas não estão muito claras:

“Você vai ter que se interar quais são as demandas, as necessidades do município [...]” (C3).

“Qual é o estudo para chegar à necessidade da população? Isso não é uma coisa tão clara” (C3).

Uma forma para que a participação política dos conselheiros ocorra nesses fóruns, em que estão presentes os interesses de diversos atores, pode acontecer de maneira a canalizar essas demandas para atores estratégicos, ou seja, procurar apoio entre os próprios conselheiros a fim de, segundo Fucks e Perissinotto (2006), impor um determinado curso de ação em relação a um determinado assunto específico.

Para Lindblom (1981) há necessidade de trabalhar por meio de grupos de interesses, pois existem diferenças na capacidade pessoal de compreender a análise parcial dos assuntos

públicos e influenciar o jogo do poder.

“[...] Depende do jeito de quanto o sujeito domina aquela área, de quanto ele tem segurança, de quanto tem disputa com outras áreas, porque o Conselho é um local de gerenciamento de interesses” (C3).

Se o “Conselho é um local de gerenciamento de interesses” como revela a fala da conselheira C3, é necessário que as pessoas, segundo Lindblom (1981), tenham informações para poder analisá-las. Através dessas análises os conselheiros poderão desenvolver habilidades na persuasão para tentar influenciar no processo decisório de algumas políticas públicas, além de desenvolver capacidades de controlar as mesmas.

Os papéis apontados pelos conselheiros parecem estar entrelaçados uns nos outros. Para fiscalizar, precisam primeiramente formular as políticas públicas. Para isso, necessitam obter informações/conhecimentos a fim de ter argumentos para debater e após decidir. No momento das discussões e deliberações, devem estar atentos às necessidades de suas comunidades, para que quando consultados sobre determinada proposta possam fazer valer o espaço do Conselho a fim de legitimar ou modificar essas políticas em favor do segmento que representam.

4.3.2 CATEGORIA 2 - A Definição da Agenda

Em um processo decisório é necessário entender como os problemas que exigem uma decisão chegam à agenda das autoridades governamentais. Lindblom (1981) diz que para isso é preciso considerar as características dos participantes, os papéis que desempenham, como se relacionam uns com os outros, a autoridade e outros poderes, como, por exemplo, a persuasão que eles detêm.

Ao fazer as leituras das atas e observar algumas reuniões, constatou-se que as mesmas sempre têm certa organização. O Presidente do Conselho inicia a reunião fazendo a leitura da ata anterior para apreciação e aprovação dos conselheiros, e após coloca a pauta do dia. A seguir, inicia-se a discussão de cada assunto e após deliberação dos mesmos. No final da maioria das reuniões ficam acordadas as pautas para a próxima, que geralmente são acrescidas de outros assuntos.

Para melhor compreender a organização da pauta, foi analisado o rol de assuntos que constavam nas atas das reuniões de 2004 e 2005. No ano de 2004, os temas propostos para a reunião seguinte eram mantidos sem acréscimo de outros. Eram enviados aos conselheiros convites para as reuniões, e neles havia os assuntos da pauta. Neste ano somaram-se 12 reuniões, não havendo quatro delas por falta de quorum. Também em 2004, o gestor deixa o cargo em maio. Em julho assume o vice-presidente do Conselho, pela ausência de uma pessoa que tenha assumido o cargo de Secretário de Saúde:

“A Secretária do Conselho apresentou a pessoa que iria responder pelo expediente da Secretaria de Saúde até o pavimento do cargo. Considerando que o Presidente do Conselho, de acordo com a Lei que criou o COMUSA deve ser o Secretário de Saúde, nomeado pelo Sr. Prefeito Municipal, colocou em discussão. Os conselheiros consideraram que designação difere de nomeação e portanto, legalmente este não poderá responder como Presidente do COMUSA” (ata 133 de junho/04).

Essa situação, pelo que consta nas atas, continuou até dezembro, pois ninguém assumiu efetivamente o cargo de gestor de saúde.

Em 2005 aconteceram 19 reuniões, todas com quorum. As atas nesse ano estão melhor redigidas e com maior número de assuntos em pauta, e pelo aumento de temas a serem discutidos, alguns ficavam para a outra reunião, para que as mesmas não fossem muito extensas.

É importante lembrar que a qualidade das atas não favorece uma análise mais próxima da realidade, refletindo uma análise superficial das discussões travadas em torno dos assuntos com uma deficiente possibilidade do leitor ter conhecimento de quem se manifesta e o que diz na íntegra, como se observa na ata 150 (abril/05):

“Outro item que causou intensa discussão foi [...]. Este item foi colocado em votação e por maioria dos votos ficou aprovado”.

Percebe-se que houve discussão em torno de determinado assunto naquela reunião quando está descrito “intensa discussão”. Mas não é possível saber quem participou desta discussão. Foi possível verificar o assunto, que era a sucessão dos representantes do Conselho para o mandato de mais dois anos consecutivos. Vale ressaltar que em uma ata de 2004 (ata 142) está transcrita toda a fala de alguns conselheiros que apareceram nas discussões.

As unidades de registro, em relação a agenda, foram classificadas e analisadas a partir

de subcategorias em que foram estabelecidos os seguintes questionamentos: quem propõe? Assuntos pautados e antecedência da agenda.

No quadro abaixo é possível visualizar o agrupamento de registro em torno dessas três categorias:

QUADRO 4 – AGRUPAMENTO DE UNIDADE DE REGISTRO EM TORNO DA CATEGORIA AGENDA

CATEGORIAS	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO
AGENDA	Quem propõe	<ul style="list-style-type: none"> - Quem pauta o conselho é o gestor (C1) - Algumas vezes os conselhos propõe assuntos (C1) - As pautas maiores é demanda do gestor (C3) - Muitos assuntos que era de conveniência (para o gestor) ia para pauta, o que não era não ia (C4) - A pauta é proposta pela Secretaria de Saúde - O Conselho ainda está inativo, não pauta assuntos de seu interesse (C2)
	Assuntos pautados	<ul style="list-style-type: none"> - Toda e qualquer decisão que envolva contratos ou uma definição política (C2) - Depende da vontade política (C3) - Está na mão dele (Secretário de Saúde), é o poder dele (C3)
	Antecedência da Agenda	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns assuntos são pautados na hora da reunião e tem que aprovar no dia (C1) - Surgem demandas emergências e com prazos que nós temos que cumprir com o Estado. Isso vai a toque de caixa para o Conselho e o conselheiro é colocado contra a parede: se não aprovar não tem tal recurso. São pressionados a ter que votar (C2) - Tentando mudar aprovação sem discutir, exigindo que sejam apresentados os contratos com antecedência para que possam ser estudados pelos conselheiros (C1) - A maioria dos assuntos tem-se mandado com antecedência, e quando não se manda o Conselho aprova mas reclama e pede que seja com antecedência (C2)

Em relação à subcategoria “quem propõe”, evidenciou-se pelas falas dos conselheiros nas entrevistas e registro das atas, que o Secretário Municipal de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde é quem define grande parte dos assuntos que serão discutidos nas reuniões do CMS. A fala seguinte ilustra esse dado:

“A Secretaria de Saúde está pautando toda e qualquer decisão que envolve uma definição política, de toda parte gerencial, tudo aquilo que envolva contratos” (C1).

A construção da agenda ou pauta significa reunir assuntos que chamam a atenção das autoridades e da comunidade. Segundo Lindblom (1981, p. 9), a construção da agenda depende em grande parte da interação das pessoas que “disputam entre si a respeito da sua cooperação.”

Uma das explicações para essa tendência de que o gestor defina a pauta poderia estar associada ao fato de que, além do apoio dado pelo seu pessoal técnico, de acordo com Fucks e Perissinotto (2006), conta também com recursos materiais, como por exemplo o acesso a todas as informações dos assuntos em pauta, o que, de alguma forma, pode inibir os conselheiros de tentar incluir ou excluir algo importante para eles ou para a comunidade, ou seja a possibilidade de uma construção mais participativa da agenda.

“[...] tem uma reclamação na unidade de saúde, ou a televisão denuncia o mau atendimento de alguém [...] isso é pauta mínima. As pautas maiores do Conselho é a demanda do gestor: é o plano municipal de saúde, é a demanda da unidade de saúde que vai ser construída. Aí o gestor traz para o Conselho, porque ele conseguiu o dinheiro. Mas quem é que faz esse projeto? Está na mão dele, é o poder dele” (C 3).

Pode ser que existam outras explicações para que a agenda se encontre nas mãos do gestor. Quando a conselheira C3 diz “está na mão dele, é o poder dele” talvez não consiga compreender que o poder não é uma coisa que se possui ou não, é algo que se exerce e funciona em rede, que se dissemina por toda a estrutura social (FOUCAULT, 1979).

Nesse sentido, mesmo que a pauta seja previamente determinada pela Secretaria Municipal de Saúde, existe a possibilidade dos conselheiros poderem interferir. Lindblom (1981) diz que um dos aspectos da preparação da agenda é o aprendizado social e outro é que as agendas são determinadas, em grande parte, pela reciprocidade das pessoas. A troca de opiniões e informações nas reuniões poderiam gerar interações entre os conselheiros, ou seja, converter o conhecimento em poder, fazendo com que ele circule, distribuindo-o, e constituindo-se, segundo Foucault (1979), em uma forma de resistência, para que não se transforme em dominação. Para que isso se concretize, seria necessário debater essas informações com as bases que o elegeram e chamar a sociedade civil para ajudá-los nessa discussão, no sentido de buscar mais informações para proceder uma análise e um debate mais aprofundado acerca de seus problemas. Essas poderiam ser estratégias para que os conselheiros tivessem mais argumentos para propor pautas nas reuniões do Conselho.

Mesmo sendo a maioria dos temas propostos pela Secretaria de Saúde, é possível perceber que os outros conselheiros, em alguns momentos, solicitam a inclusão de determinado assunto. Verifica-se isso na ata de fevereiro/2004:

“A conselheira representante dos prestadores de serviços privados solicita uma reunião para tratar de exames laboratoriais do SUS” (ata 129).

Nas duas reuniões seguintes, conforme averiguado nas atas de números 130 (março/2004) e 131 (abril/2004), não houve quorum, não acontecendo a realização das mesmas. Mas em maio/2004 (ata 132) foi possível constatar que o assunto solicitado foi incluído na pauta.

Na ata 146 (fevereiro/2005) houve solicitação de inclusão de três assuntos para a próxima reunião. Um dos temas era o esclarecimento da prestação de contas, mas não consta o nome do conselheiro que solicitou. Outro foi a construção de lombada em frente ao hospital, solicitado pela Conselheira representante do segmento dos usuários. A representante dos trabalhadores de saúde requereu, como ponto de pauta para a próxima reunião, a alteração da legislação do Conselho. Observou-se que os temas propostos foram incluídos na pauta da reunião 148 (março/05).

“Sugerido como assunto de pauta para a próxima reunião ordinária, o esclarecimento da prestação de contas” (ata 146).

“Nosso próximo ponto de pauta é a prestação e análise das contas do FMS” (ata 148 de março/2005).

Em 2005 foram discutidos assuntos que não estavam pautados e esses questionamentos partiam dos conselheiros usuários, referindo-se a reclamações ou denúncias trazidas de suas comunidades, como falta de medicamentos, necessidade de acesso com rampa na unidade de saúde, mau cheiro provocado por criação de porcos. Um fato que chamou a atenção é que, segundo o registro das atas e observação das reuniões, os usuários que se manifestam são sempre os mesmos. Tais reclamações aconteceram no item da pauta assuntos gerais e não há registro a nenhuma fala interposta a essas colocações:

“A conselheira usuária diz que na sua comunidade há necessidade de uma rampa de acesso para a Unidade de Saúde” (representante do segmento dos usuários, ata 148 de março/2005).

“A conselheira usuária anunciou em nome da sua comunidade e comunidades vizinhas que entregará ao COMUSA, para que a Secretaria de Saúde e vigilância sanitária averigüe o problema com cheiro que as comunidades sofrem devido a criação de porcos” (representante do segmento dos usuários, ata 148 de março/2005).

Verificou-se nas atas de 2004 e 2005, nas poucas vezes que os conselheiros tentaram colocar em pauta algum assunto de seu interesse ou de sua comunidade obtiveram êxito, pois nas reuniões seguintes o gestor colocava que foram resolvidas as denúncias:

“A reclamação trazida ao Conselho referente à rampa de acesso da Unidade de Saúde foi resolvida com sucesso” (ata 151 de maio/2005).

Talvez o fato de em 2005 haver mais temas em pauta e uma maior manifestação por parte dos conselheiros na solicitação de inclusão de assuntos na pauta e discussão dos mesmos esteja relacionado com a troca de governo, que se deu no início deste ano. Nas atas deste ano observou-se que o gestor estava presente em quase todas as reuniões e sempre se manifestava de alguma forma:

“O Presidente do Conselho informa que [...]” (ata 152 de maio/2005).

“O Presidente do Conselho passa a cópia do relatório mensal das principais ações administrativas [...]” (ata 146 de fevereiro/05).

As administrações petistas tendem a desenvolver um modelo de gestão pautado na garantia das ações sociais e na participação popular, como ilustra a fala da conselheira C4:

“Nós estávamos num crescimento de participação, somando-se a isso teve uma mudança de governo, uma postura bem diferente da anterior, um governo popular” (C4).

Talvez os conselheiros não tenham o que pautar, apesar de que se tenha percebido nas entrevistas que existem tentativas, embora tímidas, de se mobilizarem e se articularem com o intuito de propor assuntos de seu interesse, como estratégia de poder, conforme a análise das falas:

“A gente também tenta colocar (um assunto) em pauta [...]. Mas a grande maioria é pautada pela Secretaria Municipal de Saúde. Eles decidem qual vai ser a pauta do mês seguinte. Mas nós (conselheiros) também, ainda que de vez em quando, quando alguém tem um assunto, é colocado em pauta. Mas sempre com antecedência” (C2).

“Eu acho que à medida que o Conselho avance, ele deva começar a pautar também, aquilo que é de seu interesse [...]” (C1).

Para que a participação se torne efetiva no processo de construção do SUS, é importante que os conselheiros contribuam para eleger temas e tentem influenciar nas decisões, que acreditam serem as melhores para a população. Para que isso aconteça de forma qualificada, é preciso agregar conhecimentos e informações para exercitar as relações de poder e tentar interferir na agenda.

Além disso, há necessidade de mostrar interesse por assuntos públicos. Pateman (1992) diz que quanto mais o indivíduo participa, inclusive levando os assuntos de pauta para

serem discutidos com suas bases, desenvolve virtudes que o tornam capaz de ter uma participação de qualidade e poder de efetivamente participar do processo decisório.

Algumas pesquisas, como, por exemplo, a tese de doutorado de Tatagiba (2003) realizada no município de Vitória (Espírito Santo), constatou que os conselhos têm pouca capacidade propositiva. Outro estudo realizado por Filho e Sampaio (2001), no município de Icapuí (CE), revela que os pontos de pauta são ditados pelo Secretário ou Secretaria de Saúde.

Portanto, para que haja possibilidade de incluir/excluir determinados assuntos da pauta de deliberação do Conselho, parece haver a necessidade dos conselheiros mostrarem interesse por assuntos públicos, além de se articularem entre si e com sua base, com o intuito de perscrutar os problemas do seu segmento e mobilizar-se com os demais conselheiros a fim de tentar influenciar o processo decisório.

A “**antecedência**” com que a pauta chega aos conselheiros é outra **subcategoria** em relação ao agendamento dos assuntos.

Em 2004 observou-se, pela leitura das atas, que os assuntos de pauta definidos na reunião eram respeitados na reunião seguinte. Já em 2005, entre os temas definidos, era acrescido em torno de cinquenta por cento a mais no dia da reunião. Foi possível constatar esse dado, levantando os assuntos na ata que ficavam acordados como pauta. Na reunião seguinte esta pauta estava sempre acrescida de outros assuntos, que eram trazidos pelo Secretário de Saúde. Evidenciou-se na análise das falas e das atas, que muitos assuntos são pautados na hora da reunião:

“[...] a pauta, muitas vezes, não é a verdadeira. Chega no dia da reunião e tem dois ou três itens a mais” (C2).

“[...] com frequência surgem demandas emergenciais e prazos que a Secretaria Municipal de Saúde tem que cumprir com a Secretaria Estadual de Saúde, Tripartite, Ministério da Saúde. Esses assuntos vão a toque de caixa para o Conselho, que normalmente é colocado contra a parede. Os conselheiros se sentem pressionados a aprovar sem discutir, porque senão não vem tal recurso” (C 1).

“O conselho aprova porque tem que aprovar correndo, porque os prazos estão vencidos” (C 4).

Como pode-se perceber, muitos temas aparecem na hora da reunião, sem que previamente os conselheiros saibam o que vão discutir. São os chamados “assuntos emergenciais”. Com isso, eles não têm acesso prévio às informações para debater e analisar,

por mais que sejam fornecidas na hora da reunião:

“[...] normalmente a gente faz a apresentação dos assuntos emergenciais” (C1).

Nesses casos é o governo quem dispõe das informações. Esse acesso privilegiado à informação se constitui em recurso de poder. No entanto, ela pode ser “sonegada, divulgada parcialmente ou mesmo manipulada em função dos interesses de quem dela dispõe” (FUCKS, 2005, p. 6). Quem tem a informação tem mais poder de análise. Nesse sentido, a análise pode ser usada como uma forma de manipulação e funciona de modo a convencer genuinamente as pessoas sobre determinado assunto.

Isso pode abrir possibilidade do governo fazer o que Foucault (1994) denominou de corpos dóceis, ou seja, acabam decidindo algumas políticas públicas não só o que o governo quer, mas como ele quer. Para Lindblom (1981) a análise é também um método de controle no momento em que atende as necessidades que as pessoas têm.

É possível que os conselheiros fiquem sem a possibilidade de análise e discussão entre eles e com suas bases desses assuntos emergenciais, por refletir uma participação pouco articulada. Mesmo existindo uma diferença de escolaridade e de renda entre os membros do Conselho, como constatou-se na pesquisa de Wendhausen, Barbosa e Borba (2005), pode haver um interesse, segundo Pateman (1991), para inserir-se nos assuntos públicos. A participação limitada dos conselheiros nos assim chamados “assuntos emergenciais”, como revela a fala do conselheiro C1 “se não aprovar, não vem tal recurso” pode amortecer o choque das discordâncias, provocar poucos debates e legitimar a política pública proposta pelo governo. Em relação aos “assuntos emergenciais” a conselheira C4 parece perceber da necessidade de uma participação maior:

“O Conselho pode ter uma atuação um pouco maior” (C4).

Se, cabe aos conselheiros participar das definições das políticas públicas que serão implementadas, eles terão que conhecer as prioridades, estar dispostos a discussões e buscar maiores informações, mesmo nos casos em que se tenha urgência da posição do Conselho. Percebe-se que existe certo movimento, por parte dos conselheiros, em relação a conhecer melhor os assuntos que terão que decidir:

“O conselheiro pede que a cada reunião seja encaminhado a todos os conselheiros cópias de todos os documentos” (representante do segmento dos usuários, ata 146 de fevereiro/2005).

“As contas deveriam ser entregues antecipadamente a todos os conselheiros, e assim ficou decidido” (conselheira, representante da UNIVALI, ata 150 de abril/2005).

“A conselheira usuária afirma que para fiscalizar e aprovar um contrato, precisa primeiro conhecê-lo. A conselheira suplente reforçou ao dizer que é interessante que se tenha clareza nos contratos” (representante do segmento dos usuários, e representante suplente dos serviços públicos, ata 150 de abril/2005).

A solicitação de mais informações pelos conselheiros pode indicar um maior comprometimento dos mesmos com os assuntos públicos. Parece existir certa propensão para uma participação fora das reuniões ordinárias, uma preocupação em possuir as informações antes da reunião. Isso pode possibilitar uma análise dos documentos para posterior discussão dos mesmos, vindo a tencionar as relações de poder.

Portanto, acredita-se que o empenho e o compromisso com políticas públicas, a capacidade de organização e articulação da sociedade cível podem influenciar a participação dos conselheiros no processo de formulação e decisão dessas políticas. O compromisso com o coletivo, ligados à mobilização e pressão das entidades e controle da execução das políticas pode potencializar a força política dos Conselhos de Saúde, possibilitando que consolidem a construção do SUS e se efetive a democracia.

Em relação a **subcategoria “assuntos pautados”**, pela análise das atas das reuniões de 2004 e 2005, os temas que estiveram presentes em todas elas são: credenciamento de convênios e contratos de serviços de saúde.

Em relação aos credenciamentos dos serviços e convênios de saúde, os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde se organizaram e elegeram comissões para analisar os documentos:

“O conselheiro propôs que se criasse no conselho, a figura do conselheiro que iria analisar as propostas de credenciamento a ser analisadas pelos demais. Este, junto com a Secretária de Saúde traria parecer para a reunião com esclarecimentos mais detalhados, facilitando o andamento das discussões” (representante da UNIVALI, ata 151, fevereiro/2005).

Em maio/05 foi aprovada pelos conselheiros a solicitação feita por um usuário, da existência de comissões para analisar as propostas de credenciamentos:

“Outro ponto de reformulação na Lei refere-se a criação de uma Comissão Ética no Conselho, proposta pelo conselheiro representante do segmento dos usuários. Aprovou-se a existência de Comissões permanentes e temporárias conforme necessidade do Conselho, criadas e regulamentadas em Regimento Interno” (ata 152).

Essas comissões internas analisam as propostas apresentadas pela equipe de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde e as colocam para a plenária, que após ouvi-las, discute, pede maiores esclarecimentos, quando necessário, e deliberam.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) diz que Comissões do Conselho de Saúde podem estar previstas na Lei ou Decreto que cria o Conselho, ou ser instituídas pelo seu plenário, preferencialmente constando no Regimento Interno, a não ser que sejam grupos de trabalho ou comissões provisórias. Mas em qualquer um dos casos, o caráter deliberativo é privativo de seu plenário.

Essas comissões ou grupos de trabalho têm a função de assessorar a plenária do Conselho, fornecendo subsídios para debates e discussões para posterior deliberação sobre formulação de estratégias e controle da execução das políticas públicas de saúde. Isso pode abrir possibilidade dos conselheiros fazerem parte do jogo do poder. Lindblom (1981) diz que a participação em grupos, como no caso das comissões, pode representar um método de exercer influência no processo decisório e político, por lhes serem fornecidas informações necessárias para uma análise e conseqüentemente jogar o jogo do poder. Portanto, influenciar nas decisões fica reservado para as pessoas que reconhecem que a participação nesse processo não é um privilégio, mas uma tarefa difícil, além de ser necessário estar dispostas à luta e ao trabalho árduo.

Foi feito um levantamento dos assuntos que constaram como pauta nas reuniões de 2004/2005 e chama à atenção a freqüência com que os temas reformulação do Regimento Interno e da Lei e a eleição do Conselho foram discutidos. Esses dados serão analisados na dinâmica do processo decisório. Outros assuntos aparecem com razoável número de registro nas atas analisadas. O quadro abaixo mostra esses dados:

QUADRO 5 – ASSUNTOS QUE APARECEM COM FREQUÊNCIA NAS PAUTAS DAS REUNIÕES

Assunto	Atas em que esses assuntos foram discutidos
- Reformulação do Regimento Interno do Conselho e da Lei, e eleição para sua nova gestão.	- Ata 146 (fevereiro/05) - Ata 148 (março/05) - Ata 150 (abril/05) - Ata 151 (maio/05) - Ata 152 (maio/05) - Ata 158 (setembro/05) - Ata 160 (setembro/05) -
- Serviço de Ortopedia do Hospital Marieta	- Ata 139 (agosto/04) - Ata 141 (outubro/04) - Ata 143 (dezembro/04) - Ata 147 (fevereiro/05) - Ata 157 (agosto/05) - Ata 158 (setembro/05) -
- Aquisição do aparelho de Rx para o Hospital Marieta com Recursos do F.M.S.	- Ata 137 (julho/04) - Ata 139 (agosto/04) - Ata 141 (outubro/04) - Ata 146 (fevereiro/05) -
- Licitação referente à construção da Fundação de Estudos e Pesquisa Sócio-Econômicos (FEPESSE)	- Ata 140 (setembro/04) - Ata 143 (dezembro/04) - Ata 146 (fevereiro/05) - Ata 148 (março/05) -
Saúde Mental	- Ata 133 (julho/04) - Ata 140 (setembro/04) - Ata 158 (setembro/05) -

Através da análise do quadro acima fica constatado que o assunto comentado em um maior número de reuniões foi referente à reformulação do Regimento Interno e Lei e eleição para nova gestão do Conselho.

4.3.3 CATEGORIA 3 – A Dinâmica do Processo Decisório

Para a análise da dinâmica do processo decisório foi dada ênfase no material contido nas atas, tentando visualizar quem, quando, o que e como se discute. Nelas foram problematizados alguns achados, buscando-se compreender como se dá o “jogo do poder” e/ou as “relações de poder”. Para Lindblom (1981) a expressão “jogo do poder” significa inter-relacionamentos e os participantes tentam exercer influência uns sobre os outros, a fim de obter resultados a seu favor no processo decisório. Isso pode acontecer mediante alguns

métodos, como, por exemplo, o uso da autoridade e da persuasão.

Segundo Foucault (1995, p. 243), o que define uma relação de poder é “um modo de ação que não age direta ou imediatamente sobre os outros, mas sobre sua própria ação”. O exercício do poder é um conjunto de ações sobre outras ações possíveis, onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos, é sempre um jeito de agir sobre um ou muitos sujeitos ativos, é um modo de ação de alguns sobre os outros e o “quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre outras ações”. Para o autor é através das relações de poder que existe a possibilidade de resistência.

A primeira constatação que se pode fazer em relação à dinâmica do funcionamento do Conselho se refere ao ‘tom’ que permeia as práticas do conselho. Segundo Maigneueau (1993) os efeitos de um discurso são impostos pela forma de “como” certo enunciado é manifestado. Depreende-se daí que o discurso esteja associado a certa voz que a autora denomina de “tom” e que está associado a um caráter e a uma corporalidade. O caráter corresponde a uma soma de traços psicológicos que se atribui ao enunciadador em função ao seu modo de dizer, e que está ligada a cultura que o circula. Dessa forma, em um discurso segundo Maigneueau (1993, p. 46), existe a possibilidade de localizar as características mais relevantes que a “formação discursiva¹ impõe ao ‘tom’ de seus autores e definir o ideal de entonação que acompanha seus lugares de entonação”. Pode se tratar de um ‘tom’ alegre, sem ruptura ou moderado, enfim tudo que pode ser aplicado às manifestações do “como”. Esse tom “pode localizar as características mais marcantes que a formação discursiva impõe”.

Em relação ao ‘tom’ que permeia o Conselho estudado, pode-se observar certa diferença entre o ano de 2004 e o ano de 2005. Em 2004 o ‘tom’ era de ‘aprovação quase que imediata dos assuntos’. Os itens colocados para deliberar eram, na maioria das vezes, aprovados por quase todos os presentes, sem muita discussão.

Uma das formas de proceder à análise dos assuntos que requerem alguma decisão, segundo Lindblom (1981) é através da interação. No entanto, esse método para o autor pode se reduzir à votação. Assim, parece que os conselheiros se utilizaram desse método, reduzindo-o à votação por faltar informações ou pela mesma não circular dentro do Conselho, para proceder a uma análise mais profunda. Essas podem ser algumas das causas desta aprovação imediata, como foi o caso do exemplo a seguir:

¹ As formações discursivas constituem-se em “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (MAINGUENEAU, 1993, p. 14).

“Como último ponto de pauta foi apresentado um pré-projeto para aquisição de aparelho de ultra-sonografia [...]. Após leitura de toda justificativa da proposição foi aprovado pelo Conselho por unanimidade” (ata 142 de novembro/2004).

Fucks, Perissinotto e Souza (2003), em um estudo sobre “Participação e processo decisório em alguns conselhos gestores de Curitiba”, perceberam que em relação a dinâmica das discussões no Conselho de Direitos da Criança e Adolescente, apesar da baixa participação nos debates, os conselheiros finalizavam um determinado assunto com uma deliberação, e na maioria delas se referia a aprovação.

Em 2005 (mais precisamente a partir do final de 2004) o ‘tom’ se modificou, se caracterizando mais como ‘questionamento’, como veremos adiante. Os conselheiros começaram a perguntar um pouco mais sobre alguns assuntos em pauta e solicitar mais informações antes de procederem a votação.

Outra constatação que pode se fazer pela leitura de todas as atas desses dois anos e pela observação de algumas reuniões, é que quem propõe os temas e começa os debates é quase sempre o segmento dos gestores:

“O Presidente do COMUSA abre discussão para aprovação do contrato...” (ata 150 de abril/05).

Depois que o gestor inicia a discussão, os representantes dos serviços privados e após, em menor escala os representantes dos trabalhadores de saúde, e por último os usuários dão continuidade ao debate. Em nenhum momento, a representação dos usuários inicia ou continua a discussão. Algumas vezes de forma tímida, vocaliza suas opiniões depois que as discussões já tomaram corpo.

Mas para viabilizar uma democracia desejada, deve haver o envolvimento e a participação da sociedade como um todo. Baquero (2001) diz que é difícil haver um consenso principalmente no processo decisório, o qual atinge todos numa sociedade. Para que isso seja possível, os conselheiros devem se reconhecer como participantes iguais. No entanto, o que parece ainda existir dentro do Conselho de Saúde de Itajaí é certa ‘passividade’ dos conselheiros em relação ao gestor. O fato de o Município ter uma cultura política na qual os governantes tomam as decisões e as pessoas aceitam como sendo as melhores, sem delas participar, conforme estudo realizado por Wöhlke (2003), pode estar contribuindo para que ainda exista um certo silenciamento por parte dos conselheiros, na espera que o gestor tome a

decisão que seja melhor para todos. Por mais que eles ansiassem por uma mudança a qual lhes proporcionasse uma maior abertura para a participação, como aconteceu com a alteração de governo na administração, podem mesmo assim estar contando que o poder local tome as iniciativas para as mudanças.

Nesse sentido, Cortes (2002) diz que um determinante da participação é a dinâmica de funcionamento dos Conselhos e que pode estar ligada à coordenação do fórum e a postura do gestor em relação à participação:

“[...] quando você pega um gestor público que tem o domínio maior, te dá uma tranqüilidade maior, tem a clareza de abrir todas as discussões, é um tipo de trabalho [...]” (C3)

Pode-se perceber pela fala do conselheiro acima que o gestor em 2005 dá mais abertura para as discussões. Mas a questão é: será que o usuário deve esperar por isso ou ter uma postura mais independente, abrindo espaços que ainda não estão desbravados? Certo é que o Conselho é uma arena e como a própria palavra diz, é um campo de batalha, de embate, lugar onde todos os participantes devem se reconhecer como iguais, para que se conquiste a verdadeira democracia. Para tanto os indivíduos devem estar investidos de saberes e informações que os qualifiquem no processo de tomada de decisões. O que não se pode esperar é que é o gestor sempre dê abertura para isso, ao contrário, deve-se lutar para que esses espaços institucionalizados se tornem capazes de potencializar as vocalizações e as atitudes que valorizem as ações coletivas e a democracia.

Esse silenciamento principalmente dos usuários no momento das discussões pode ser também causado pelo discurso competente. Em relação a esta questão Maingueneau (1993, p. 37) diz que:

[...] não é por terem dado prova de sua competência que determinados indivíduos da população detém um discurso, mas porque o exercício deste discurso pressupõe um lugar de enunciação afetado por determinadas capacidades, de tal forma que qualquer indivíduo, a partir do momento que o ocupa, supostamente as detém.

Wendhausen (2002, p. 225) considera que, diante “do lugar de autoridade que ocupam os presidentes do Conselho (o que aumenta quando são médicos), os demais conselheiros não se autorizam a sair da posição que deles é esperada” que é de concordância com o atos governamentais. A autora diz ainda que como a maioria dos conselheiros não tem profissão ligada às áreas da saúde, não se sentem competentes a questionar ou dizer algo, ou talvez não

se sintam à vontade para fazê-lo. Pode-se atribuir isso a certo “poder invisível”, que os demais segmentos têm pela formação na saúde, ou seja, uma competência que de alguma forma silencia.

Um achado um pouco diferente do estudado foi a pesquisa realizada por Fucks, Perissinotto e Souza (2003) no Conselho Municipal de Curitiba, que evidenciou, em relação a dinâmica do Conselho, que quem inicia o debate é o governo, em seguida os usuários e com menor frequência os trabalhadores de saúde.

Entretanto, os dados expressam também que há momentos em que as resistências se exacerbam, como veremos a seguir. A leitura das atas atestou que de janeiro até outubro de 2004 havia certa “calmaria” nas reuniões em relação às discussões. O ano de 2004 foi mais “passivo” em relação a 2005. Em novembro de 2004, pode-se verificar pela ata 142, que houve um “pico”, ou seja, uma elevação na intensidade de discussões.

Um assunto que mereceu uma análise mais apurada nesta ata, por provocar muita polêmica em várias reuniões, foi relacionado ao seguinte problema: em setembro de 2004 foi realizada a contratação de uma empresa com a finalidade de instalar uma rede de informática em toda a Secretaria de Saúde do Município e suas dependências, como nas Unidades de Saúde, para facilitar e agilizar o serviço em saúde. Essa empresa, a FEPESE (Fundação de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas), foi contratada na época com a dispensa de licitação, fato desencadeador da polêmica.

Em dezembro as discussões se atenuaram. Vale ressaltar que em outubro de 2004 houve eleições municipais. Em novembro deste ano os conselheiros já eram sabedores de que assumiria em janeiro de 2005 um governo de oposição ao anterior, o PT (Partido dos Trabalhadores). Este partido possui características que estimulam as práticas participativas, o que talvez tenha sido um dos motivos que levou os conselheiros a discutir e se posicionar mais dentro do Conselho. Era como se as pessoas esperassem por esse momento, de mudança da postura do governo. Isto foi expressado por um dos conselheiros na entrevista, quando se referiu ao novo gestor, que se tornou Presidente do Conselho:

“Então pegamos um gestor como esse agora, que tem tido uma outra postura, discute, encaminha, volta, lê as coisas, está tendo uma outra postura. Lógico é o primeiro ano vamos ver como é que caminha daqui pra frente” (C3).

Em 2005, observou-se mais discussões nas reuniões, os conselheiros estavam mais

“ativos” em relação ao ano anterior, demonstrando uma vontade maior para participar e mudar. Algumas falas nas atas exemplificam esta constatação:

“A conselheira diz que para se fiscalizar e aprovar um contrato, precisa primeiro conhecê-lo” (representante do segmento dos usuários, ata 150 de abril/2005).

“A conselheira questiona a alta complexidade em ortopedia que foi aprovado pelo Conselho” (representante do segmento dos serviços privados, ata 157 de agosto/2005).

O “pico” das discussões neste ano aconteceu em março (ata 148). Após, novamente parece que as discussões se estabilizaram, mas com um pouco mais de discussão e participação dos conselheiros em relação ao ano anterior. Em 2004, das doze reuniões que teriam que acontecer no Conselho, no mínimo uma por mês, houve somente oito com quorum. Em maio deste ano o gestor deixa o cargo. Em julho assume o vice-presidente do Conselho, pela ausência de uma pessoa que tenha assumido o cargo de Secretário de Saúde:

“A Secretária do Conselho apresentou a pessoa que iria responder pelo expediente da Secretaria de Saúde até o pavimento do cargo. Considerando que o Presidente do Conselho, de acordo com a Lei que criou o COMUSA deve ser o Secretário de Saúde, nomeado pelo Sr. Prefeito Municipal, colocou em discussão. Os conselheiros consideraram que designação difere de nomeação e portanto, legalmente este não poderá responder como Presidente do COMUSA.” (ata 133 de junho/04).

Essa situação, pelo que consta nas atas, continuou até dezembro de 2004, pois ninguém assumiu efetivamente o cargo de gestor de saúde.

Em 2005 foram realizadas dezenove reuniões e todas com quorum. Além disso, foi feito um levantamento de assuntos que estavam em pauta em 2004 e 2005. Constatou-se que havia um número maior de assuntos no segundo ano em relação ao primeiro. Parece que os conselheiros “acordaram” em 2005, participando um pouco mais das discussões. Esses dados vêm contribuir para reiterar o que foi dito anteriormente, que as administrações petistas tendem a desenvolver um modelo de gestão que valoriza a participação popular. Mas, como também foi dito anteriormente, os conselheiros devem ter consciência que o Conselho é arena de lutas pela democracia, não podendo esperar sempre que o governo lhes dê essa abertura para uma participação mais efetiva.

Voltando a ata número 142, cuja reunião houve polêmica em relação a uma dispensa

de licitação de uma empresa de informática, vamos analisá-la com mais detalhe. Além da transcrição na íntegra de algumas falas nesta ata, aparecem tentativas de deixar algumas decisões fora do Conselho, como também de persuadi-lo a aceitar tais decisões, como descreveremos a seguir.

A dispensa de licitação para a Empresa de Informática (FEPSE) foi comentada pela primeira vez na reunião de setembro de 2004:

“A secretária executiva do Conselho leu publicação do Jornal do Município referente a Dispensa de Licitação nº 014/2004 “com a Fundação de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos, para assessoramento e implementação de uma nova arquitetura de Rede de Comunicações de dados da Secretaria Municipal de Saúde...Os conselheiros solicitaram esclarecimento para o Secretário Interino de Saúde pois...compete ao COMUSA aprovar as contas do Fundo Municipal de Saúde, e este não foi apresentado ao Conselho” (ata 140).

Em novembro de 2004 o tema voltou a fazer parte da agenda da reunião. Estavam presentes, além dos conselheiros, o representante da Ordem dos Advogados do Brasil de Itajaí, algumas pessoas da comunidade como participantes, o Secretário de Planejamento de Itajaí, um representante da Secretaria de Saúde que não é membro do Conselho, um representante da Empresa de Informática e o Secretário Municipal de Florianópolis, com a intenção de prestar informações de como se deu o processo no Município, quem é a empresa e os benefícios que trouxe para a administração na saúde em Florianópolis. Após esses esclarecimentos uma conselheira da representação usuária se manifestou:

“Quando você fala que está construindo um novo conceito em gestão de política pública de saúde, quando se define em uma Conferência de Saúde que se quer enquanto usuário e enquanto participante de uma Conferência que é a assembléia maior da Saúde que a gente quer informatização, isso é proposta de construção de política pública. E essa decisão é maior que o Prefeito, que qualquer coisa e nós decidimos por isso. Qual é o papel da Secretaria que é o gestor? É fazer todo o levantamento e estudos que tem que fazer e trazer para discussão de política pública, o complemento da política pública, aonde ela tem que ser definida, ou seja, antes de dar qualquer encaminhamento precisava ser discutida aqui. Acho lamentável ter que chamá-los porque vimos num jornal, já com dispensa de licitação e de nossa parte, já que o Fundo estava pagando. Estamos com vontade de colocá-los na Justiça por isso, o que é um absurdo para nós é a gente ter que se sujeitar e dizer assim ‘puxa vida que legal, vai fazer tudo aquilo que a gente sempre quis e entender onde se gasta o dinheiro dessa saúde que nunca conseguimos entender’ que até hoje nunca trouxeram às claras para nós. Tanto que não votamos as contas de dois mil e três e nem as de dois mil e quatro. E agora estamos pagando juro por que o programa não foi

implementado. O que estamos fazendo aqui enquanto conselheiros de saúde, aonde o Secretário é o primeiro escalão e o Conselho o segundo escalão dentro da Saúde. O que vocês estão trazendo é lindo, só que é política pública de saúde. Quem tem que discutir política pública de saúde somos nós. E não queremos ser deixados para trás” (ata 142).

O representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itajaí disse estar surpreso, pois não compete ao setor de planejamento tal tramitação e comentou que legalmente não há nada de errado com a Empresa de Informática.

“O senhor representante da Secretária Municipal de Saúde (não membro do Conselho) informou que foi surpreendido pelo Conselho não ter sido informado... comentou que não há nada de errado com a FEPESE. O problema é que isso passa por outras esferas, por outras pessoas que decidem, e a única preocupação é que depois de todo o processo que já foi feito, agora que está pronto tudo pode parar” (ata 142, de novembro de 2004).

“O conselheiro representante do segmento dos trabalhadores do SUS lembrou que mesmo que o Prefeito decida, o Conselho pode vetar. O que causou estranheza é que o contrato está firmado e acabou...o Secretário de Saúde decidiu sem se quer comunicar a quem é responsável por definir as políticas públicas de saúde. Demonstrando total desrespeito aos conselheiros” (ata 142 de novembro de 2004).

Ao analisar os dados encontrados, nota-se que houve uma tentativa de persuasão e uso da autoridade por parte do governo sobre os conselheiros. Segundo Lindblom (1981), uma das influências mais importantes sobre as pessoas que participam do processo decisório, se processa por meio de persuasão. Esse método, para o autor, pode se dar também por meio da autoridade. O poder persuasivo pode acontecer de modo a convencer os outros participantes sobre determinado tema e tentar influenciar o processo decisório a seu favor. Percebeu-se isso no momento em que compareceram à reunião alguns convidados, como representante dessa Empresa de Informática e Secretário de Saúde de Florianópolis, com o intuito de prestar depoimento a favor desta Empresa. Tem-se a impressão que, ao mesmo tempo em que tentam convencer as pessoas sobre os benefícios da Empresa, procuram também justificar a contratação desta fundação, com verbas do Fundo Municipal de Saúde (FMS), sem a aprovação do Conselho. A Resolução 333/03 (BRASIL, 2003) é clara ao afirmar que compete ao Conselho deliberar, fiscalizar e controlar gastos do Fundo Municipal de Saúde.

Talvez o governo não esperasse a reação dos conselheiros. Lindblom (1981) diz que a autoridade fica frágil no momento em que os participantes do jogo do poder abandonam sua concessão de obediência. Este fato nos faz constatar que os conselheiros têm a possibilidade

de inverter o jogo ao exigir a análise da situação da Empresa de Informática e exercer seu poder. Através dessa análise e da interação entre eles podem ter a possibilidade de adquirir o controle sobre o assunto.

É possível identificar nesta situação o que Foucault (1979) chama de resistência. Foucault (1979, p. 14) diz que quando há resistência, há poder e que não existe propriamente o lugar da resistência, mas “pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social”. Obter informações e conhecimentos acerca de determinado assunto, para proceder à análise, é uma forma de exercer o poder.

Em relação à análise, além de ser um método de controle, ela também é um instrumento de poder. Nesse sentido, a Conselheira usuária parece considerar que o estudo da realidade do município pode contribuir na análise, fornecendo argumentos para as discussões de algum assunto, quando diz:

“fazer todo o levantamento e estudos que tem que fazer e trazer para discussão de política pública, o complemento da política pública, aonde ela tem que ser definida, ou seja, antes de dar qualquer encaminhamento precisava ser discutida aqui” (ata 146).

O fato de o Conselho ser desrespeitado, no sentido de não participar do processo decisório da contratação dessa Empresa de Informática, com a utilização de verbas do Fundo Municipal de Saúde, acionou uma onda de debates nessa reunião, com a manifestação de muitos conselheiros de todos os segmentos e de outras pessoas presentes naquela reunião:

“A conselheira usuária sugeriu que se vote pela parada do processo” (representante do segmento dos usuários, ata 142).

“O senhor participante, suplente do Conselho Estadual de Saúde, sugeriu que seja formado um grupo para analisar o projeto” (participante, ata 142).

“O conselheiro usuário comentou que se o processo levou dois anos pode esperar pela próxima reunião do Conselho” (representante do segmento dos usuários, ata 142).

“Advogado da OAB/Itajaí e participante da reunião teceu considerações sobre a necessidade de buscar saber quem errou mas temos que cuidar para que o Conselho não seja jogado contra a comunidade” (participante convidado, ata 142).

“A conselheira representante do segmento dos trabalhadores lembrou que só temos a nomeação do projeto, o que é muito vago. Equipamento, período e todo o restante do projeto não estão demonstrados” (representante do segmento dos trabalhadores, ata 142).

Conforme foi dito anteriormente, essa reunião foi a que conteve mais indicadores de discussões, pelo menos registradas em ata. Naquele momento, os conselheiros perceberam que, através da interação, da análise e das discussões entre eles e com a sociedade, participando ativamente dos debates, eles podem ter força para desempenhar suas atribuições. Força essa que talvez ainda não tivessem percebido, como ilustra a fala da conselheira C4 na entrevista:

“Mas falta muito daquele crescimento do saber da força que tem. O Conselho não sabe da força que tem” (C4).

A democracia participativa acontece com discussão coletiva dos problemas e construção das soluções por consenso. A prática da participação, segundo Pateman (1992), desenvolve qualidades e habilidades com efeito educativo. Os conselheiros tiveram oportunidade de vivenciar uma situação que possibilitou o exercício de uma prática educativa capaz de fortalecer a democracia.

No momento em que o Conselho se mobilizou e se articulou, chamando pessoas da comunidade para o debate, representante da Secretaria de Saúde, da Secretaria de Planejamento com o intuito dos mesmos prestarem esclarecimentos, e representante da Ordem dos Advogados do Brasil de Itajaí, no sentido buscar informações para tentarem entender a legalidade da participação dos conselheiros nesses fóruns, ele integrou a sociedade no processo de discussão, o que possibilitou maiores trocas de informações, fortalecendo a ampliação da participação. A Resolução 333/03 (BRASIL, 2003) diz que o Conselho pode buscar validação das suas resoluções, recorrendo se necessário ao Ministério Público:

“[...] o Representante da OAB/Itajaí teceu considerações quanto a Lei de criação do COMUSA que ao mesmo tempo em que diz que é deliberativo no primeiro artigo, no último [...] diz que as decisões serão submetidas à aprovação do Prefeito. O que não passa pelo conselho, o Prefeito também não pode aprovar através de decreto, como por exemplo utilizar dinheiro sem passar pelo Conselho. Em análise dos documentos, ficou claro que o Conselho tomou uma decisão e o Prefeito outra, quer dizer houve um desvio de conduta. Neste caso pode ser levado ao Ministério Público para que apure e defina o que pode ser feito” (ata 142).

Em relação à situação colocada no Conselho sobre a Empresa de Informática (FEPESSE), os conselheiros decidiram formar uma comissão para avaliar e após análise suspenderam o contrato e encaminharam-no para a Procuradoria do Município:

“A proposta de fazer uma avaliação por uma comissão, tendo toda a documentação disponibilizada [...] foi acatada por unanimidade. A comissão foi composta por três representantes do segmento dos usuários, uma representante dos serviços públicos privados e uma representante dos trabalhadores do SUS” (ata 142 de novembro/2004).

“Suspensão do contrato com a FEPESE...e foi encaminhado para a Procuradoria do Município tomar as devidas providências e estamos aguardando os resultados” (ata 148 de março/2005).

As discussões acima relatadas possibilitaram uma interação entre os atores e a sociedade capaz de mudar o rumo das políticas públicas e interferir no processo decisório. Assim, a maior possibilidade de vocalização de diferentes atores e ideais pode contribuir para que o controle social fosse mais efetivo e ao mesmo tempo estimulou uma atuação mais ativa nos debates dos demais assuntos.

Foi possível constatar, também, que a discussão no Conselho acontece mais motivada por um problema que já aconteceu, de forma reativa. A denúncia de algum fato por reclamações ou pelos meios de comunicação, como, por exemplo, no caso descrito acima da contratação da Empresa de Informática, estimula mais a análise e o debate, do que as próprias pautas do dia da reunião.

O importante é que os conselheiros, através desta vivência “acordem” e sintam-se mais estimulados a uma maior participação, motivados pela mudança de governo e com isso encorajados a tomarem decisões importantes, que podem contribuir para melhor organização e funcionamento do Conselho, como se observa na ata 148:

“O conselheiro solicita que quando seja entregue convite para as próximas reuniões, seja entregue cópia da ata para que seja lida pelos conselheiros e somente apreciada na reunião, potencializando nosso tempo para discussões dos demais assuntos. Foi aceita por todos os conselheiros a sugestão” (representante dos trabalhadores do SUS, março /2005).

“Foi solicitado pelas conselheiras representantes do segmento dos usuários e representante dos serviços privados que conste nas próximas atas o nome completo de todos que se pronunciarem na reunião. Acatado pela secretária do COMUSA” (março/ 2005).

“Foi solicitado pelos conselheiros (não cita os nomes) que sejam gravadas todas as reuniões” (março/2005).

“O Presidente do COMUSA propõe que seja avaliado pelos conselheiros em reunião extraordinária as contas. Foi aprovado pelos presentes, como pauta única a análise das contas” (março/2005).

Conforme verificou-se na reunião de março de 2005, vários conselheiros, representantes dos quatro segmentos, participaram de alguma forma nas decisões de ordem administrativa, contribuindo para que as atas venham ser melhor redigidas, e nenhum conselheiro, pronunciamento ou assunto fique sem nelas constar.

Outro dado interessante é que o representante do segmento dos servidores do SUS levantou a necessidade do Conselho conhecer o funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde e os responsáveis pelos vários setores para poderem referir alguém ou alguma coisa, como também procurar os responsáveis:

“Ficou solicitado pelo conselheiro representante do segmento dos servidores do SUS uma demonstração do organograma de funcionamento do serviço da Secretaria Municipal de Saúde neste momento e os devidos responsáveis, para conhecimento de todos” (ata 148 de março/2005).

O conselheiro citado anteriormente, parece perceber a importância de conhecer novos atores que estão assumindo cargos com a entrada de outra administração municipal, facilitando a busca de informações e dados para melhor proceder a análise como recurso de poder.

A decisão relacionada com a apresentação de contas, que acontece em reuniões extraordinárias, pode possibilitar uma melhor análise pelos conselheiros. Para que eles tenham uma participação no destino das políticas públicas, é importante conhecer de onde vêm os recursos, quanto chegam ao município e como foram gastos. Esse conhecimento pode contribuir para um controle social de forma mais efetiva. Para Lindblom (1981) a análise pode ser empregada como método de controle, e nesse sentido, no momento em que as pessoas tenham informações acerca dos gastos públicos, a sociedade organizada, através dos Conselhos, tem oportunidade de controlá-los, bem como saber de sua aplicação. Por isso, para que possa haver uma redução das desigualdades ao acesso aos serviços de saúde é importante a participação dos conselheiros no conhecimento da aplicação dos recursos nas políticas de saúde. Tal medida pode acontecer por um processo árduo de participação, que segundo Demo (2001, p. 23): “é a conquista em seu legítimo sentido de defesa de interesses contra interesses diversos”. Alguns conselheiros parecem perceber essa importância, através das seguintes falas:

“[...] foi encaminhada a contratação de um auditor externo para avaliar as contas de dois mil e três e dois mil e quatro” (ata 148, de março/ 2005).

“A conselheira representante do segmento dos usuários disse que queremos saber quanto cada programa recebe, quanto entra, quanto sai e onde foi gasto” (ata 146 de fevereiro/2005).

Essa movimentação dos conselheiros em termos de participação parece tê-los deixado mais ativos no jogo do poder. Talvez tenham entendido que a força da participação é imprescindível para as conquistas e mudanças necessárias. Vale ressaltar que os conselheiros de qualquer dos quatro segmentos que fizeram parte dos debates, tentando influenciar alguma decisão, são praticamente os mesmos.

Outro assunto que provocou debates em muitas reuniões do Conselho no ano de 2005, foi a alteração da Lei e Regimento Interno do Conselho, bem como a eleição para os novos conselheiros. O quadro abaixo mostra as vezes em que este assunto foi discutido:

QUADRO 6 – FREQUÊNCIA QUE MOSTRA O ASSUNTO REFORMULAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO E DA LEI, E ELEIÇÃO PARA SUA NOVA GESTÃO.

Assunto	Atas em que esses assuntos foram discutidos
- Reformulação da Lei e Regimento Interno do Conselho e eleição para nova gestão.	- Ata 146 (fevereiro/05) - Ata 148 (março/05) - Ata 150 (abril/05) - Ata 151 (maio/05) - Ata 152 (maio/05) - Ata 158 (setembro/05) - Ata 160 (setembro/05)

Na ata 146 (fevereiro/05) esse tema foi ponto de pauta, mas a conselheira propôs que fosse primeiro passado o Regimento Interno aos demais conselheiros para conhecimento de todos e a discussão ficasse para outra reunião:

“A senhora conselheira propôs que o assunto de pauta sobre a nova Legislação do COMUSA seja passado aos conselheiros por e-mail, e quem não tiver e-mail receberá documentos em mãos” (Representante do segmento dos profissionais da saúde).

Verifica-se a preocupação da representante do segmento dos profissionais da saúde para que todos recebam os documentos. Em abril/05 foram discutidas as mudanças na Lei do Conselho e a sucessão dos representantes no mandato:

“Iniciamos discussões referentes às mudanças na Lei vigente do Conselho Municipal de Saúde” (ata 150).

“[...] ficou aprovado que os membros do Conselho e os respectivos suplentes exercerão mandato de dois anos, admitindo-se a recondução por períodos iguais e sucessivos” (ata 150).

Pela leitura da ata, nota-se que foram feitas as devidas alterações no Regimento Interno e decidido que na reunião seguinte fosse colocado em votação, após verificarem se há erros de ortografia ou alguma mudança que fere a Lei Federal ou Estadual:

“O documento será revisto na próxima reunião para aprovação e encaminhamento dos tramites legais necessários para vigorar a Lei” (ata 150).

Na ata de maio de 2005 houve questionamento sobre a possível prorrogação do mandato de dois anos para os conselheiros, que havia sido aprovado na reunião de abril/05:

“A conselheira representante da UNIVALI questionou sobre a discussão referente à representação dos Conselheiros por períodos iguais e sucessivos, feita na reunião anterior, achava que devesse ser mais bem pensado. Foi ponderado pelos conselheiros que havia quorum suficiente, naquela reunião e que as discussões tinham sido, extremamente proveitosas” (ata 151).

Nesta reunião, o assunto não foi mais comentado. A Resolução 333/03 (BRASIL, 2003) diz que em relação ao mandato dos conselheiros, as alterações devem constar no Regimento Interno.

O tema voltou a ser pauta na reunião de novembro de 2005. Nesse momento ficou decidida a formação de uma comissão para proposição do novo Regimento:

“Foi criada a comissão composta pelos seguintes conselheiros: três representantes do segmento dos usuários, um representante do segmento dos serviços privados e um representante do segmento dos trabalhadores da área da saúde que estudarão a proposta de regimento e trarão num prazo de um mês para apreciação de todos” (ata 161).

Somente em fevereiro de 2006, o novo Regimento Interno foi aprovado:

“Ao final do debate referente ao novo Regimento interno do COMUSA, os Conselheiros aprovam a proposta apresentada pela Comissão e alteram os itens acima citados. Colocado em votação o Regimento interno do COMUSA, foi aprovado por unanimidade dos presentes” (ata 165).

Em março de 2006, aconteceu a eleição para os cargos de presidente e vice-presidente do Conselho:

“Desta forma prosseguiram-se as votações com a chamada dos conselheiros titulares presentes e posteriormente dos suplentes que se encontravam representando seus titulares. O resultado: Presidente: representante do segmento dos usuários com Vinte e cinco votos a favor, um branco e um nulo; Vice – Presidente: representante do governo com vinte e seis votos a favor e um nulo; Secretário: representante do segmento dos trabalhadores de saúde com vinte e quatro votos a favor e três nulos. Tivemos vinte e três Conselheiros titulares e quatro suplentes votantes” (ata 167).

Essa eleição significa uma conquista importante para o controle social. Até esse momento, esse cargo era exercido pelo Secretário Municipal de Saúde:

“Então isso era uma coisa que eu sempre queria e achava que a gente teria que conseguir chegar e evoluir a esse ponto. Era de fazer que o presidente do conselho, não fosse o secretário de saúde, para que exerça a possibilidade de que se tenha realmente um controle social” (C4).

“E não era de entendimento e de aceitação dos governos anteriores, que o conselho fosse comandado por outra pessoa, que não fosse o secretário. Quando veio a 333, aí sim, aí não tinha mais como” (C4).

Percebe-se que o Conselho estava vivendo um processo de amadurecimento. Parecia buscar mais espaço para sua atuação. Alguns entrevistados atribuem este fato à abertura dada pelo Secretário de Saúde, então presidente do conselho:

“Hoje o Conselho tem crescido, no momento em que o gestor dá um espaço maior, o Conselho avança” (C3).

“Nós estamos com um conselho que tinha esse engajamento para fazer o momento[...] nós estávamos num crescimento de participação, somando-se a isso teve uma mudança de governo, uma postura bem diferente da anterior, um governo popular” (C4).

Esse crescimento em relação à participação dentro do Conselho, em que a conselheira C4 coloca, se torna um mecanismo importante no sentido de mobilizar forças capazes para continuar construindo o SUS. Mas segundo Teixeira (2001), esse espaço deve articular-se com outros canais para possibilitar que essa participação seja mais efetiva:

“Num momento em que o Conselho Municipal de Saúde de Itajaí teve uma representatividade noutros eventos nacionais e estaduais, que teve a

capacidade de mandar representantes para a Conferência Nacional de Saúde, que não era uma coisa habitual” (C4).

É importante a relação do Conselho com outras instituições. Relações que tendem a fortalecê-lo e reunir forças na defesa dos interesses da sociedade. Mas o Conselho não pode, em detrimento disso, deixar de estar em contato permanente com a instituição ou movimento que ele representa. Ao contrário, no momento em que o conselheiro ampliar essa participação, constituindo-se como elo entre a comunidade, Conselho e conferências poderá abrir possibilidades para uma participação mais efetiva e comprometida com a construção do SUS, com as conquistas sociais e com o processo de fortalecimento democrático.

O processo decisório envolve a ‘política’ ou o ‘jogo do poder’. Para participar e ter influência nesse jogo, as pessoas têm que estar dispostas a adquirir conhecimentos sobre os assuntos públicos e aliar-se como outros participantes, que Lindblom (1981) denomina de grupos de interesse. Através da atividade desses grupos, que pode se dar entre os próprios conselheiros, entre os conselheiros e a sociedade, bem como com profissionais da saúde e de outras áreas que possam contribuir com informações que favoreçam na análise dos assuntos públicos. Assim, a interação política dos representantes, no sentido de se organizarem em torno de seus interesses, pode abrir possibilidades de se fortalecerem, com possibilidade de inverter o jogo e participar mais ativamente. Nesse processo de influenciar nas decisões podem ser melhores aproveitadas as oportunidades que se abrem no sentido de ampliar as práticas de poder, como reunir fatos, proceder à análise e debater temas de seu interesse.

No entanto, para que todos tenham possibilidade de voz ativa no Conselho, seja trazendo as demandas de suas comunidades, seja buscando maiores informações para os debates, é importante entenderem o significado de participação política. Segundo Lindblom (1981), as pessoas só a têm se aprenderem a se considerar membros de uma comunidade política. Para isso, segundo Pateman (1992), elas precisam distinguir entre seus próprios desejos para entenderem o que é um cidadão público e um cidadão privado. No momento em que os indivíduos tomam assento nesses fóruns, requer compreender que irão defender as necessidades de uma determinada comunidade. É importante salientar que as decisões tomadas no interior do Conselho devem estar permeadas por demandas, em grande parte, de pessoas que não estão na linha de frente. Os conselheiros são os porta-vozes dessas demandas. Daí a importância da responsabilidade deles representarem bem àqueles que os elegeram, apresentando propostas, fiscalizando ações e cobrando providências, a fim de aumentar a participação e o controle social na perspectiva de ampliação da democracia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação de políticas públicas de saúde é tarefa laboriosa e depende de determinantes sociais, econômicos e políticos. Assim, no processo decisório dessas políticas, há necessidade de interação e negociação entre os diversos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde, com o intuito de defender e viabilizar as reivindicações e interesses de suas comunidades. Para que isso ocorra, é importante o contato permanente dos representantes com seus representados para acontecer uma participação em outras esferas, além da institucionalizada. Pateman (1992) diz que quanto mais as pessoas participam, melhor capacitadas elas se tornam a fazê-la.

Desse modo, a democracia participativa, na medida em que associa representação e participação, é mais adequada para a qualidade do processo decisório. Existem elementos importantes nesse processo, como a construção da agenda e fazer valer seus interesses junto ao poder público.

O estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC, no período de 2004 e 2005, permitiu a análise do processo decisório, de cuja descrição emergiram três categorias: papel do conselheiro, definição da agenda e dinâmica do processo decisório.

No que se refere ao papel do conselheiro, a atribuição mais citada por eles foi a fiscalização, depois a busca/divulgação das informações e em menor escala a formulação de políticas públicas. Contudo, para acontecer a fiscalização há primeiramente necessidade de se formular políticas. Para isso, é imprescindível ter acesso às informações/conhecimentos a fim de se ter argumentos para participar de uma discussão e após decidir. Uma ferramenta importante para os conselheiros nesse processo de fiscalização e formulação de políticas, além de buscarem informações, é a construção do Plano Municipal de Saúde, que deve contemplar as demandas e necessidades das comunidades, e tê-lo como base para proceder à análise, tentando influenciar o processo decisório em favor das demandas de suas comunidades.

Entretanto essa é uma realidade que parece não acontecer dentro do Conselho Municipal de Itajaí/SC. As falas dos conselheiros entrevistados e a leitura das atas revelaram que tal ferramenta ainda é construída apenas pelos trabalhadores que integram a Secretaria Municipal de Saúde, sem a participação dos conselheiros, sendo levado para esse fórum

apenas para homologação. Além disso, não utilizam tal instrumento como forma de poder e de informação/conhecimento para proceder a análise e participar do processo decisório. Então, embora tenha haja uma forte ação fiscalizatória por parte do Conselho Municipal de Itajaí/SC, constatamos que os conselheiros participam muito pouco do processo decisório.

A construção da agenda ou pauta significa reunir assuntos que chamam a atenção das autoridades e da população e, segundo Lindblom (1981), depende em grande parte da interação das pessoas. Constatou-se que na grande maioria das vezes, quem propõe os assuntos para a pauta é o Secretário Municipal de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde. Talvez um dos motivos para que isso ocorra é que o gestor além de ter o apoio de seu pessoal técnico, conta também com recursos materiais e dispõe e detém as informações, ou seja, ela não circula dentro e fora desse fórum. Foucault (1979) diz que uma das formas de resistência é transformar o conhecimento em poder e ao mesmo tempo fazer com que ele seja distribuído. Os assuntos presentes em todas as reuniões de 2004 e 2005, conforme verificado nas atas, são credenciamento de convênios e contratos de serviços de saúde. Os conselheiros formaram comissões internas para verificar se toda a documentação está completa, mas em nenhum momento foi utilizado o Plano Municipal de Saúde para fazer análise desses convênios e contratos. Com relação à antecedência da pauta, constatou-se que alguns assuntos são pautados na hora da reunião ou não são disponibilizados materiais para a sua análise, os chamados emergenciais, com pouca possibilidade de análise por parte dos conselheiros. Nesses casos quem possui as informações é o governo. Isso abre mais possibilidades para a manipulação, pois no momento de serem passadas essas informações sem discussões ou quase nenhuma, podem ser fragmentadas ou sonegadas e as decisões acabam acontecendo “como se quer”. Essas situações encontradas no Conselho refletem uma participação pouco articulada entre os conselheiros e suas bases, abrindo possibilidades para o uso de estratégias de convencimento antidemocráticas.

Em relação à dinâmica do processo decisório, no Conselho Municipal de Itajaí, foi possível constatar que o ‘tom’ que permeava as reuniões em 2004 era a aprovação dos assuntos da pauta, praticamente discussões. Nesse ano, deixou de acontecer um terço das reuniões, por falta de quorum. Já no ano de 2005 há uma mudança no tom, que passa a ser de ‘questionamento’, houve um número maior de reuniões, ultrapassando o número de uma por mês, todas com quorum. Há mais discussões em torno dos assuntos. Talvez, um dos determinantes tenha sido a mudança de governo que pode ter encorajado a maior participação dos conselheiros nas reuniões. No entanto, os participantes destes fóruns não podem esperar

que parta do governo esta abertura. Mesmo tendo uma cultura em que a população espera que o governo tome as decisões, há possibilidades de inverter o jogo do poder. Para isso a busca e divulgação de informações e saberes podem ser incentivada neste fórum, com o intuito dos conselheiros se reconhecerem como participantes iguais, ou seja, com condições iguais de jogar o 'jogo do poder'. Também se constatou nessa alteração de governo, e mais especificamente no caso da Empresa de Informática, que existe a possibilidade de mobilização e articulação entre os vários atores que compõem o Conselho e a sociedade, como também de exercer influência no processo decisório.

Outra constatação em relação a dinâmica do processo decisório foi que a análise dos assuntos acontece, na maioria das vezes, a partir dos problemas que já aconteceram, trazidos por denúncias dos meios de comunicação, o que denuncia um caráter reativo na forma de agir do conselho, quando o que se busca em termos de participação é uma forma mais propositiva. Isso foi possível verificar em duas atas em que foram analisadas com mais profundidade. Percebeu-se nesses momentos que houve discussões em torno de determinado assunto, com a participação de todos os segmentos, inclusive dos usuários. Além disso, os conselheiros interagiram entre eles e com a sociedade, influenciando na decisão de tal assunto.

Verificou-se por fim, que no Conselho Municipal de Itajaí/SC, além das informações circularem pouco, o tempo utilizado para a análise dos assuntos que constaram na pauta também é escasso, contribuindo para que os conselheiros participem pouco do jogo do poder. Para que as políticas públicas possam se tornar efetivas na solução de problemas, há necessidade da análise dos mesmos e das necessidades da população para que se tomem decisões que desemboquem em políticas públicas favoráveis a elas.

Para modificar esse quadro e potencializar as resistências já existentes, a busca de conhecimento deveria ser estimulada, através de capacitação permanente dos representantes desses conselhos. Faz-se necessário esclarecer que essa capacitação não deve se ater somente ao nível cognitivo, deve ser um processo que vai além de informar, pois necessita também formar. Isso implica em uma prática em que se aprende a aprender, se aprende a desenvolver habilidades para lidar com o grupo para criar e planejar a fim de aumentar a capacidade e possibilidade de contra-argumentação. Isso tudo pode acontecer dentro do espaço formal do Conselho, mas não só com vantagem para ele, mas também com vantagens políticas de pró-governo, para que o próprio conselho venha a se tornar um espaço educativo. Como afirma Correia (2005), essas capacitações fazem parte de um processo de aprendizagem contínuo, que se dá no dia-a-dia do conselho, além de serem instrumentos na defesa dos interesses da

maioria dos cidadãos. Essa perspectiva pode contribuir para uma qualificação do processo decisório nesses fóruns.

Esse estudo teve algumas limitações, e entre elas pode-se citar a dificuldade de encontrar literatura a respeito do processo decisório político, além de ser um assunto totalmente novo para mim, o que se tornou um desafio. No entanto, serviu para reforçar a concepção de participação com qualidade, pois para representar um grupo ou comunidade, o indivíduo deve estar consciente de suas aspirações e necessidades, bem como estar em contato permanente com essas pessoas, para poder articular com os grupos de interesse (sociedade e entre os próprios conselheiros), a fim de tentar traduzir essas ações em políticas públicas de saúde que venham ao encontro dessas demandas.

Por isso, é imprescindível que os conselheiros se apoderem de conhecimentos para participar das discussões, como, por exemplo, o próprio Plano Municipal de Saúde e da legislação do SUS. Isso pode contribuir para que possam compreender a função do conselheiro, tornando-os sujeitos capazes de participar e articular com outros atores e até ampará-los legalmente em determinadas propostas. Assim, mesmo sendo o processo decisório das políticas públicas de saúde complexo, há possibilidades dos conselheiros participarem desse jogo, na tentativa de influenciar nas decisões, através de busca de informações e conhecimento, dedicando um tempo maior para a análise, debatendo com suas bases, mesmo os assuntos chamados ‘emergenciais’. Como afirma Foucault (1996), a única forma de jogar o jogo do poder é considerar que existe a relação entre o saber e o poder, ou seja, só através do conhecimento de outras verdades (além das oficiais) é possível questionar a verdade instituída. O verdadeiro exercício do poder acontece a partir de uma maior simetria entre os atores, podendo se tornar mais concreta à medida que os mesmos conheçam ‘verdades’ e possam argumentar sobre elas. Dessa forma, os conselheiros e o governo podem, produzir “ligações transversais de saber para saber, de um ponto de politização para um outro” (FOUCAULT, 1996, p. 9).

Enfim, os participantes podem e devem ficar cada vez mais conscientes para lutar “contra as forças que tentam reduzi-las a objetos, contra as múltiplas formas de dominação sempre criativas e renovadas”. Todos os trabalhadores da saúde estão implicados nessas lutas e é importante a participação consciente e clara, onde quer que se encontre, no dia a dia, no trabalho, nas instituições, que precisam ser preenchidas de entusiasmo, e com “esperança de sucesso da construção de uma nova sociedade onde saberes e poderes estejam a serviço do ‘cuidado de si’, do ‘cuidado dos outros’ e do ‘cuidado da vida’” (SAMPALIO, 2005, p. 3).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. L. *Distritos sanitários: concepção e organização*. v.1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A . e CORDONI J. R. L.. *Bases da saúde coletiva*. Londrina/Rio de Janeiro: Co-edição UEL e ABRASCO, 2001.

BAQUERO, V. (org). *Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social*. Porto Alegre/Brasília: Ed. Universal/UFRGS/Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), 2001.

BAQUERO, M.; BAQUERO, R. *Educação, capital social e democracia- buscando pontos de convergência*. Educação UNISINOS, São Leopoldo, v. 9, n. 2, p. 77-83, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1997.

BOBBIO, N. *O futuro da democracia*. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. *Liberalismo e democracia*. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense, 2000.

BORBA, J. O significado político dos conselhos gestores de políticas públicas. In: Encontro de Pesquisa em Saúde: o SUS e a atenção à saúde da família, 2; Mostra de Pesquisa e Extensão do CCS, 1, Itajaí, 2004. *Anais....* Itajaí: Ed. UNIVALI, 2004 .

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselhos de Saúde: guia de referências para sua criação e organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais, Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências Intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: foi Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde: *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 333 de 04 novembro de 2003*. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

_____. *Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado*. In: _____. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

CARVALHO, B. G.; MARIN, G. B.; CORDONI JR., L. Ensinando a cuidar em saúde pública In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Orgs.) *Organização do sistema de saúde no Brasil*. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2004. p. 27- 59

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle Social em Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A ;e CORDONI J. R. L. . *Bases da Saúde coletiva. Concepções sobre saúde e a doença*. Rio de Janeiro: UEL/ ABRASCO, 2001.p. 93-143.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 2005.

COHN, A.; ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. (8.: 1986: Brasília). *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

CORREIA, M. V. C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ. Itajaí, SC. *Ata da 129ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*. 02 fev. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 131ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 05 abril, 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 132ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 03 maio 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 133ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 07 jun. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 134ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 27 jun. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 137ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 06 jul. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 138ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 02 ago. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 139ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 16 ago. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 140ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 13 set. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 141ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 13 out. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 142ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 08 nov. 2004, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 144ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 20 dez. 2004 [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 145ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, jan. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 146ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 14 fev. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 147ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 28 fev. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 148ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 03 março 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 149ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 08 março 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 150ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 04 abril 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 151ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 02 maio 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 152ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 23 maio 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 153ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 06 jun. 2005[s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 154ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 27 jun. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 155ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 04 jul. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 156ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 30 jul. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 157ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 02 ago. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 158ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 05 set. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 159ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 26 set. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 160ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, nov. 2006, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 161ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 07 nov. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 162ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 21 nov. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 163ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 05 dez. 2005, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. *Ata da 164ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí*, 12 dez. 2005, [s.p.].

CORTES, S.M.V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.3, n 1, p. 5-17, 1998.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 7, p. 18-49, 2002.

CORTES, S.M.V. Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos e reforma do Estado. *Revista do NIPESC*, Porto Alegre, v.1, p. 51-69, 1996.

COUTINHO, C. N. A. *A democracia como valor universal e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p. 61-90

DEMO, P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DROPA, R. F. *Controle social*. Disponível em: <http://dropius.sites.uol.com.br/controle2.htm>. Acesso em: 30 mai. 2005.

ELIAS, P.E.M; CONH, A. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F (Orgs.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p. 181-192.

FIGUEIREDO, N.M.E. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2004.

FILHO, A. M. S.; SAMPAIO, J. J. C. Canais institucionais e relações sociais de negociação: necessidade e poder contratual. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 5-15, 2001.

FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Vigiar e punir*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

FUCKS, M.; PERISSINOTTO, R.; SOUZA, N. R. Participação e processo decisório em alguns conselhos gestores de Curitiba. *Rev. Paranaense de Desenvolvimento*, Curitiba, n. 105, p. 75-100, 2003.

FUCKS, M. *Participação e influência política no conselho municipal de Curitiba*. Curitiba: *Rev. de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 25, p. 1-23, nov., 2005.

FUCKS, M.; PERISSINOTTO, R. Recurso, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais*, Curitiba, v. 21, n. 60, p. 68-81, fev., 2006.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p. 91-118.

GERSCHMAN, S. *A democracia inclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, M. G. *O papel dos conselhos gestores na gestão urbana*. Disponível em: <http://186.96.200.17/ar/libros/urbano/gohn.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2005

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 30, p.139- 163, fev., 1996.

ITAJAÍ. *Lei nº 2.634*, de 18 de junho de 1991. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Itajaí: Prefeitura Municipal de Itajaí, 1991.

_____. *Decreto no 4.770*, de 13 de julho de 1992. *Aprova o regimento interno do conselho Municipal de Saúde*. Itajaí: Prefeitura Municipal de Itajaí, 1992.

_____. *Lei 4.376: altera a Lei 2.634 que dispõe sobre o Conselho Municipal de Itajaí/SC*, Itajaí, Agosto de 2005.

_____. *Decreto no 4.770*, de 13 de julho de 1992. *Aprova o regimento interno do conselho Municipal de Saúde*. Prefeitura Municipal de Itajaí, Estado de Santa Catarina, 1992.

KLEBA, M. E. A participação social na construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo empowerment. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 6, 2000, Salvador. *Anais....* Salvador, 2000. (Trabalho n. 0336)

LACERDA, D. *Cidadania, participação e exclusão: uma análise do grau de instrução do eleitorado brasileiro*. Itajaí: Ed. da UNIVALI, 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIEDTKE, P. F. *A esquerda presta contas: comunicação e democracia nas cidades*. Itajaí: Ed. da UNIVALI, 2002.

LINDBLOM, C. E. *O processo de decisão política*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

LOPES, M. C. *A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública*. Itajaí: Ed. da UNIVALI, 2003.

LOPES, S. M.; SELL, C. E. O desempenho eleitoral do PMDB na cidade de Itajaí (1996-2000). *Rev.Alcance*, Itajaí, n. 5, p. 109-114, mês de publicação, 2002.

LUCAS, J. R. *Democracia e participação*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1985.

LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: TEIXEIRA, S. F (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p.. 157-180

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. 2. Ed. São Paulo: Pontes: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

MARTINS, E. P. *O conselho de secretários municipais de saúde do Espírito Santo no processo decisório (1997-2000): um estudo exploratório*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MENDONÇA, M. H.; TEIXEIRA, S. F. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p. 193-227.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PUTNAN R. D. *Comunidade e democracia a experiência da Itália moderna*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2002.

SAMPAIO, L. F. A. *A temática saber/poder em Michel Foucault*. Disponível em: www.suigeneris.pro.br/filo_foucault.htm. Acesso em: 16 jan. 2006.

SCHVEPER, V. *A notícia do golpe militar de 1964 em Itajaí: tensões e medo*. 2004. Monografia (Graduação em Direito) - Curso de Graduação em Direito, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, 2004.

SILVA, J. B. *Estiva "Papa-siri": as mãos e os pés no porto de Itajaí*. Itajaí: Ed. do autor, 2004.

SILVA, I. F. *O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no estado do Rio de Janeiro*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, I. F. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no estado do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 130-139, mai./ago., 2004.

SILVA, I. G. *Democracia e participação na reforma do Estado*. São Paulo: Cortez. 2004.

TATAGIBA, L. F. *Participação, cultura política e modelos de gestão: a democracia gerencial e suas ambivalências*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Campinas, São Paulo, 2003.

- TEIXEIRA, S. F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p. 193-232.
- TEIXEIRA, E. C. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez, 2001.
- TEIXEIRA, E. C. *Movimentos sociais e conselhos*. Disponível em File//C:\Documents and Settings\Ricardo\Configurações locais\Temp\Diretório tempor. Acesso em: 17 mai. 2005.
- TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: Oficina Regional de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996.
- TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2003.
- VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, supl. 2, n. 14, p. 7-18, 1998.
- VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- VALLA, V. V. Controle social ou controle público? Uma contribuição ao debate sobre controle social. In: WENDHAUSEN, A. L. P. (Org.) *O duplo sentido do controle social: (des)caminho da participação em saúde*. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2002.p. 18-36.
- VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995. p.139-156.
- WENDHAUSEN A. L. P. *Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde*. 1999. 237f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- WENDHAUSEN, A. L. P. *O duplo sentido do controle social: (des)caminho da participação em saúde*. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2002.
- WENDHAUSEN, A.L.P; BARBOSA, T.M.; BORBA, M.C. de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n.3, p. 131-144, set-dez. 2006.

WÖHLKE, R. *Sociedade civil e orçamento participativo: o caso de Itajaí/SC no período de 2005/2006*. 2006. 77f. Monografia (Conclusão do Curso de Ciências Políticas) – Curso de Graduação em Ciências Políticas, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, 2006.

WÖHLKE, R. *Perfil sócio-político das associações de moradores de Itajaí*. 2003. 78f. Monografia (Conclusão do Curso de Ciências Políticas) – Curso de Graduação em Ciências Políticas, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, 2003

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamentos e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1 - ENTREVISTA

ENTREVISTA

Entrevista gravada com conselheiros e secretários e análise documental das atas seguirá o seguinte roteiro:

- 1) Os temas levados para a reunião (pautas);
- 2) quem propõe os temas (segmento, perfil do conselheiro e quem representa),;
- 3) a dinâmica das discussões até chegar às decisões;
- 4) quais são as decisões tomadas;
- 5) qual é o encaminhamento dado às decisões do CMS (através da análise das atas, observação in locu, entrevistas, mídia, resoluções do executivo, diário oficial, imprensa...).

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVALI – UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - SC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE
E GESTÃO DO TRABALHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE

O PROCESSO DECISÓRIO NO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE ITAJAÍ/SC

SANDRA MARIA DE MELLO CARDOSO

Itajaí – SC
2006

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)