

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –
PROPPEC
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, POLÍTICAS E SOCIAIS –
CEJURPS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS – PMGPP**

**PROCESSO DECISÓRIO E EFETIVIDADE: A SOCIEDADE CIVIL NO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ/SC**

Marta Kolhs

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora
no Mestrado Profissionalizante em Gestão de
Políticas Públicas da Universidade do Vale do
Itajaí – UNIVALI, sob orientação do Prof. Dr.
Marcio Vieira de Souza, como exigência parcial
para obtenção do título de Mestre em Gestão de
Políticas Públicas/Profissionalizante.**

Itajaí [SC], 2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Esta Dissertação foi julgada APTA para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas/Profissionalizante e aprovada, em sua forma final, pela coordenação do Programa de Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas – PMGPP/UNIVALI.

PROF. DR. MARCIO VIEIRA DE SOUZA
Orientador PMGPP/UNIVALI

Apresentada perante a Banca Examinadora composta pelos Professores:

PROF. DR. CARLOS EDUARDO SELL
UFSC – Membro

PROF^a. DRA. MARLENE TAMANINI
UFPR – Membro

PROF. DR. GUILLERMO ALFREDO JOHNSON
UNIVALI – Membro

PROF^a. DRA. NEUSA MARIA SENS BLOEMER
UNIVALI – Suplente

Itajaí – SC, 05 de março de 2007.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Pai e Criador, DEUS, presente em todos os dias da minha vida. Sem sua proteção seria impossível ter forças para prosseguir.

Aos meus pais, Alides e André (in memoriam) que dentro dos seus limites contribuíram na minha educação e formação profissional.

Ao Victor, sempre presente em minha vida, exigente algumas vezes, porém compreensivo e incentivador, filho amado!

Ao amor da minha vida Carlotto (baby), companheiro em todos os momentos. Te amo!

Às (aos) amigas (os), sempre otimistas e incentivadoras as longas viagens.

A todos os professores que contribuíram na mediação e aquisição de novos conhecimentos.

Ao meu orientador professor Dr. Marcio Vieira de Souza, obrigada pela confiança.

Ao professor Dr. Carlos Eduardo Sell a quem tenho respeito e admiração, obrigada por esta caminhada!

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui, obrigada! A todos os professores que contribuíram na mediação e aquisição de novos conhecimentos.

A diretoria do Conselho Municipal de Chapecó, que sempre estiveram abertos a todas as necessidades (informações, documentos) para coleta de dados desta dissertação.

A Salete (CMS), obrigada pela ajuda.

“Ainda que você tenha vários defeitos, cometa alguns erros e, em alguns momentos seja derrotado pela ansiedade, não há duas pessoas iguais a você no palco da vida. Se você não existisse, o universo não seria o mesmo”.

(Augusto Cury)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	17
DEMOCRACIA	17
1.1 TEORIAS DA DEMOCRACIA	17
1.1.1 Democracia representativa	18
1.1.2 Democracia participativa	20
1.1.3 Democracia deliberativa	22
1.2 PROCESSO DECISÓRIO E EFETIVIDADE	26
1.2.1 A agenda dentro do processo decisório	26
1.2.2 O jogo do poder dentro do Conselho	28
CAPÍTULO II	30
POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE	30
2.1 ANTECEDENTES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	30
2.2 A REFORMA SANITÁRIA E A LUTA PELO SUS	36
2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE	39
CAPÍTULO III	52
CONTEXTO DA PESQUISA	52
3.1 OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO OESTE DE SANTA CATARINA	52
3.2 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ/SC	56
CAPÍTULO IV	60
ANÁLISE DOS DADOS	60
4.1 METODOLOGIA DE ANÁLISE	60
4.1.1 Coleta dos dados	61
4.1.2 Análise e interpretação dos dados	62

4.2 RESULTADOS	62
4.2.1 Governo	67
4.2.2 Usuários	70
4.2.3 Profissionais da saúde	73
4.2.4 Diretoria	75
4.2.5 Comissões	79
4.2.6 Presidência	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	104

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – RESULTADOS GLOBAIS POR SEGMENTO.....	63
TABELA 2 – SEGMENTOS E NÚMEROS DE FALAS GERADAS	66
TABELA 3 – SEGMENTO GOVERNO	68
TABELA 4 – SEGMENTO USUÁRIOS	71
TABELA 5 – SEGMENTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE	74
TABELA 6 – DIRETORIA/AGENDA.....	76
TABELA 7 – COMISSÕES.....	80
TABELA 8 – PRESIDÊNCIA	82

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIST -	Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
AIH -	Autorização de Internação Hospitalar
AIS -	Ações Integradas de Saúde
APAE -	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEBES -	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs -	Comunidades Eclesiais de Base
CEREST -	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIBs -	Comissão Intergestora Bipartite
CIMS -	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN -	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS -	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT -	Comissão Intergestora Tripartite
CLIS -	Comissão Interinstitucional Local de Saúde
CMS -	Conselho Municipal de Saúde
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASP -	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRIS -	Comissão Interinstitucional Regional de Saúde
CSs -	Conselhos de Saúde
DATA PREV -	Centro de Processamento de Dados da Previdência Social
FBH -	Federação Brasileira de Hospitais
FUNABEM -	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GED -	Grupo Especial de Descentralização
IAPAS -	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS -	Instituto Nacional da Seguridade Social
LBA -	Legião Brasileira de Assistência
LOS -	Lei Orgânica de Saúde

MAB -	Movimento dos Atingidos pelas Barragens
MDB -	Movimento Democrático Brasileiro
MEC -	Ministério da Educação
MMA -	Movimento das Mulheres Agricultoras
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS -	Ministério da Previdência Social
MS -	Ministério da Saúde
MST -	Movimento dos Sem Terra
NOB -	Norma Operacional Básica
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
PIASS -	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNUD -	Projeto das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA -	Plano de Pronta Ação
PREV SAÚDE -	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAI -	Sistema de Informação Ambulatorial
SAMHPS -	Sistema de Assistência Médico Hospitalar
SC -	Santa Catarina
SES -	Secretaria de Estado da Saúde
SINPAS -	Sistema Nacional de Previdência Social
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SNS -	Sistema Nacional de Saúde
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UNIMED -	Cooperativa de Trabalho Médico

RESUMO

No Brasil, a participação social apresenta-se como um desafio frente à democratização das políticas públicas, pois requer mudanças estruturais, culturais e políticas. Na saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação social ficou garantida legalmente pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.142/90. Esta se constitui em uma importante estratégia para garantir as mudanças do modelo assistencial vigente, por um modelo que prevê descentralização de poder e a criação de espaços de gestão democrática. Porém, mesmo sendo os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) o principal espaço de inserção da sociedade civil para discussão de ações e deliberações nas políticas de saúde locais, vislumbram-se inúmeros problemas para sua efetivação. Problemas estes vindos tanto da esfera pública quanto da sociedade civil participante. Com o intuito de conhecer e auxiliar este colegiado (CMS) realizou-se este estudo, que teve como objetivo geral “verificar qual a relação entre as discussões/decisões ocorridas no processo decisório do CMS de Chapecó/SC e a efetividade das decisões, com ênfase na sociedade civil (no período de maio de 2005 a maio de 2006)”. A perspectiva deste estudo, além de averiguar, é contribuir com a construção de alternativas para qualificação do Conselho, possibilitando uma intervenção nas Políticas de Saúde do Município, o que pode garantir a efetiva participação desses no controle social, garantindo, junto ao poder público municipal, a efetivação de suas decisões, conforme prevê a LOS 8.142/90.

Palavras-chave: Democracia Participativa, Sociedade Civil, Conselho Municipal de Saúde e efetividade.

ABSTRACT

In Brazil, social participation is a challenge for the democratization of public policies, as it requires structural, cultural and political changes. In the area of health, with the creation of the Sistema Único de Saúde (SUS), social participation was legally guaranteed by Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.142/90. This constitutes an important strategy for guaranteeing the changes in the current healthcare model, for one which includes decentralization of power and the creation of democratic management spaces. However, even though the Municipal Health Councils are the main forum for the inclusion of civil society in discussion on the actions and deliberations in local health policies, numerous problems facing its implementation are foreseen. The problems come both from the public sphere and the participating civil society. This study was carried out, in order to know and assist this council (CMS). Its overall objective was to “determine the relation between the discussions/decisions that have occurred in the decision-making process of the CMS of Chapecó/SC and the implementation of these decisions, with emphasis on civil society (in the period May 2005 to May 2006)”. The perspective of this study, besides investigating, is to contribute to the construction of alternatives for the qualification of the council, enabling an intervention in the Municipal Health Policies, which can guarantee the effective participation of policies in social control, guaranteeing, together with the municipal public authorities, the effective implementation of its decisions, as stated in LOS 8.142/90.

Key words: Participative Democracy. Civil Society. Municipal Health Council. Effectiveness.

INTRODUÇÃO

O Oeste Catarinense vem fazendo a discussão de reorganização do sistema de saúde, desde a aprovação da sua Lei Orgânica (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90). Chapecó, como município pólo da região, tem sido responsável por direcionamentos neste sentido. É o maior município da região Oeste de Santa Catarina (SC), tanto em população quanto em atividade econômica. Tem uma área de 624,30 km², conforme censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ano 2005 tem uma população de 169.255 habitantes, sendo que 90,8% residem na zona urbana. O êxodo rural tem sido uma constante. Segundo o IBGE, nos últimos quatro anos essa migração foi de 28%. O município é jovem, em 2005, completou 88 anos. Segundo Renck (1997) a formação étnica e cultural de Chapecó e região são marcadas pela contribuição da população indígena, cabocla e imigrante europeus.

A opção de eleger o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó como objeto do presente estudo, deve-se ao fato de que, no plano municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a instância de participação e de decisão que, cotidianamente, está mais próxima dos munícipes e no qual são levantadas, discutidas e decididas às diretrizes da política municipal de saúde. Portanto, local privilegiado onde os segmentos organizados podem influenciar e intervir diretamente na definição e na implementação destas diretrizes.

Esta opção de pesquisa possui também motivações pessoais. Após minha formatura, em 1996, atuei como enfermeira no município de São Miguel d'Oeste (SC), iniciando minha atuação como conselheira municipal de saúde. Em 1999 passei a fazer parte do município de Cordilheira Alta (SC), como enfermeira e também conselheira. Em janeiro de 2006 solicitei licença para me dedicar a este estudo. Durante 10 anos fui membro efetivo de conselhos de saúde, algumas vezes como representante do governo, outras dos profissionais de saúde e durante dois mandatos (04 anos) como presidente do CMS.

Nesta caminhada, participei de debates, seminários e capacitações sobre controle social e, apesar de afirmações contrárias, pouco observei da efetiva participação popular, no que se refere às decisões que interferissem nas políticas de saúde municipal e, portanto, no modelo assistencial. É clara a necessidade de se trabalhar temas que mostrem que os usuários têm capacidade e que necessitam ser ouvidos nos momentos de definição das estratégias, liberação de recursos e prioridades. Mesmo assim avalia-se que podemos trabalhar para que essa participação seja cada vez mais com qualidade, para democratizar a formulação e implantação das políticas públicas de saúde.

Com bases nestas motivações, teóricas e pessoais, pensou-se ser oportuno desenvolver este estudo, considerando que o município de Chapecó (SC) possui significativa organização popular e sindical, principalmente associações de bairros, sindicatos e associações profissionais, entidades portadoras de deficiência e patologias que participam do colegiado que compõem atualmente o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Entende-se que a organização da sociedade pelo direito à saúde precisa ser estudada, mesmo porque as experiências adquiridas com este tema, participação popular e direito à saúde, permitem dizer que, embora ainda não se tenha conquistado tudo aquilo que é desejo dos segmentos organizados que lutam por esse objetivo, é procurando compreender o cotidiano destes fóruns de participação que se irá avançar para aprender a exercer a prática da participação, obter melhores condições de saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Perante o exposto buscou-se neste estudo verificar a efetividade da sociedade civil dentro do CMS, ou seja, objetivo geral “verificar qual a relação entre as discussões/decisões ocorridas no processo decisório do CMS de Chapecó/SC e a efetividade das decisões, com ênfase na sociedade civil” no período de maio de 2005 a maio de 2006. Entende-se neste estudo sociedade civil pelo segmento usuários. Para compreender o objetivo geral passou-se por etapas de estudos, verificações e análises as quais se denominou de objetivos específicos: (1) discutir teoricamente a evolução da participação social no Brasil dos anos 80 e 90; (2) refletir sobre o papel dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas na promoção da democracia; (3) contextualizar o CMS de Chapecó em seu âmbito social e político; (4) descrever a natureza das discussões no CMS conforme seus segmentos representativos e; (5) destacar a relação entre processo discursivo e processo decisório no âmbito do CMS de Chapecó.

Neste sentido, o foco central do presente trabalho é o processo decisório, levando-se em consideração dois fatores: a discussão e a implementação de propostas. Vamos nos concentrar sobre a dinâmica e o conteúdo das reuniões do CMS de Chapecó, observando a participação dos segmentos nas decisões, o tipo de proposta levantada por cada segmento e como as decisões são precedidas ou não de ampla participação. Neste sentido, partimos da hipótese de que os dados aqui levantados nos permitirão dizer até que ponto pode-se falar de uma “poliarquia diretamente deliberativa” como se expressa Joshua Cohen, ou seja, se realmente existem indicadores de uma democracia participativa aos quais o elemento da discussão e da decisão estejam integrados no processo de participação.

A construção pessoal e social da saúde requer o enfrentamento do desconhecido, uma antevisão do novo, daquilo que pode ser construído, que se deseja, e se projeta como ideal.

Neste sentido, a compreensão da realidade social, em sua historicidade, torna possível sua percepção como um processo passível de mudanças, cujo rumo depende de homens e mulheres, sujeitos da construção desta realidade.

Uma conseqüência concreta da mobilização pela redefinição da noção de cidadania empreendida pelos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980 foi, como afirma Dagnino (2002, p. 10),

a emergência de experiências de construção de espaços públicos, tanto daqueles que visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaço de ampliação e democratização da gestão estatal.

Como refere Mendes (1996), o processo de implementação do SUS, no Brasil, é um processo social de construção da saúde e, como tal, de construção de cidadania. Isto implica reconhecer sua complexidade, pois envolve os sujeitos sociais com diferentes necessidades, expectativas, sonhos, vivências e potencialidades. Por outro lado, tal processo ocorre inserido no interior das estruturas institucionais e nos diferentes campos da vida social, ou seja, o cultural, o político e o tecnológico, envolvendo concepções, projetos e objetivos diversos.

Para Mendes (1996), o controle social tem sido colocado como elemento chave da construção social da saúde – para o qual os Conselhos podem contribuir efetivamente, pois se constituem num espaço de encontro entre sujeitos sociais e portadores de interesses diversos, em que a sociedade vivencia uma relação mais estreita com as estruturas da administração pública e dispõe de um poder direto sobre as decisões governamentais. Através dos Conselhos têm sido ampliados os espaços e o poder da população de intervir nos rumos da coisa pública.

Apesar de reconhecer que a participação dos usuários não garante necessariamente que as iniquidades sejam reduzidas, Cortes (1998, p. 15), considera que os fóruns participativos contribuem na democratização das instituições, “dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político”.

Com a descentralização, os municípios assumem o comando da saúde local, porém, a gestão local também recaiu sobre a sociedade, através do Conselho Municipal, pois este é constituído enquanto órgão deliberativo da política e das ações em saúde para o município.

A dinâmica e a forma de participação nos Conselhos de Saúde, no Brasil, têm sido diversas, dependendo de fatores ligados à conjuntura local geral, que incidem, no entanto, num cenário institucional determinado em níveis regional e nacional (CARVALHO, 1998). Desta forma, suas atuações vão desde a disputa acirrada com administradores municipais

(prefeitos e secretários de saúde) até a cooptação política, quando os conselheiros exercitam o apoio irrestrito às propostas do governo local.

O problema da falta de conhecimento específico sobre as ações do Conselho atinge de forma diferenciada os distintos atores que participam do Conselho. Se o acesso às informações e ao conhecimento da máquina administrativa coloca em vantagem os conselheiros governamentais em relação aos demais representantes (sociedade civil), entre estes últimos, as diferentes capacidades podem enfrentar obstáculos quanto à igualdade de participação em processos deliberativos.

Após leituras e análises exaustivas, iniciou-se a elaboração escrita conforme propostas deste estudo, que seguem a seguinte estrutura:

No capítulo I, faz-se uma análise do processo histórico das relações entre o Estado e Sociedade dentro de uma reflexão sucinta das teorias da democracia: democracia representativa, democracia participativa e democracia deliberativa. A segunda parte deste capítulo apresenta e discute alguns elementos teóricos que nos permitam entender como se dá o processo decisório no interior dos Conselhos e como este processo repercute em termos de efetividade.

No capítulo II, situa-se o tema das políticas públicas de saúde e sua relação com a participação social. O primeiro tópico apresenta alguns marcos da regulação político-estatal da saúde, com destaque para os anos 70 e os anos 80 (fase da re-democratização). O segundo tópico desloca o eixo da análise para a sociedade civil, destacando o papel do movimento da reforma sanitária na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizado nos anos 90. O terceiro tópico faz uma reflexão sobre o papel dos Conselhos Gestores de Saúde na promoção da participação social e na gestão democrática da saúde.

No terceiro capítulo, desenvolve-se de forma objetiva a caracterização da região Oeste Catarinense e do município pesquisado nos aspectos do desenvolvimento econômico, político e social. Também se resgatou a história dos movimentos sociais na região, dando-se ênfase ao Conselho Municipal de Saúde de Chapecó no que se refere à participação como membros representantes de uma sociedade e sua atuação na efetivação das Políticas Públicas de Saúde Municipal.

No quarto capítulo, no primeiro tópico apresenta-se a metodologia do estudo, que consiste num estudo de caso acerca da democracia participativa a partir do processo de descentralização do Sistema Unificado de Saúde, tendo como foco o controle social exercido pelo CMS de Chapecó (SC), órgão de caráter permanente e deliberativo, e a sua atuação no viés da sociedade civil como centro de decisão nas políticas de saúde, sendo que a presente

pesquisa possui um caráter quantitativo e qualitativo. No segundo tópico trazem-se os dados coletados (Atas, Resoluções, encaminhamentos etc.) e análise, buscando-se identificar a efetividade da sociedade civil dentro do CMS.

Ao final, procura-se apresentar, além das considerações conclusivas, alguns aspectos que se consideram como potenciais e outros como desafios a serem enfrentados, pelos mesmos atores sociais do presente estudo.

CAPÍTULO I

DEMOCRACIA

Este primeiro capítulo apresenta os marcos teóricos gerais que norteiam esta pesquisa. Dois temas serão desenvolvidos. Na primeira parte apresentam-se os modelos teóricos da democracia. Na segunda parte apresentamos elementos para compreender o processo decisório, tendo em vista nossa futura análise da dinâmica de poder no interior do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó/SC.

1.1 TEORIAS DA DEMOCRACIA

A partir do exposto pretende-se aqui descrever as diferentes teorias e suas concepções, especialmente no que diz respeito às políticas públicas e a participação dos cidadãos em suas decisões, tendo como foco de estudo os Conselhos Municipais de Saúde.

No contexto histórico da fundamentação teórica e prática, relacionam-se vários modelos diferenciados de democracia. Para qualquer modelo institucional, a democracia tem uma função específica, na abertura de meios para a participação efetiva da sociedade organizada. Segundo Bobbio et al. (2002, p. 318):

Na teoria contemporânea da Democracia confluem três grandes tradições do pensamento político: a) a teoria clássica, divulgada como teoria aristotélica, das três formas de Governo, segundo a qual a Democracia, como Governo do Povo, de todos os cidadãos, ou seja, de todos aqueles que gozam dos direitos de cidadania, se distingue da monarquia. Com Governo de um só, e de aristocracia, como Governo de Poucos; b) a teoria medieval. De origem romana, apoiada na soberania popular, na base da qual há a contraposição de uma concepção ascendente da soberania conforme o poder supremo deriva do povo e se torna representativo ou deriva do príncipe e se transmite por delegações do superior para o inferior; c) a teoria moderna, conhecida como teoria de Maquiavel, nascida com o Estado moderno na forma das grandes monarquias, segundo a qual as formas históricas de Governo são essencialmente duas: a monarquia e a república e a antiga Democracia nada mais é que uma forma de república, onde se origina o intercâmbio característico do período pré-revolucionário entre ideais democráticos e ideais republicanos e o Governo genuinamente popular é chamado, em vez de democracia, de república.

Nesse processo histórico de construção da sociedade, pode-se identificar a importância dos diferentes modelos e teorias de democracia para o desenvolvimento de políticas públicas, e de composição de governos diferenciados a partir de modelos instalados

na sociedade. Neles, o cidadão adquire o direito de participar em diferentes aspectos da organização social, independente da formalização ideológica constituída. Bobbio et al. (2002, p. 326), destaca que:

A democracia é compatível, de um lado, com doutrinas de diversos conteúdos ideológicos, e por outro lado, com uma teoria, que em algumas das suas expressões e, certamente em sua motivação inicial teve um conteúdo nitidamente antidemocrático, porque sempre assumiu um significado essencial e não substancial.

Tatagiba (2002, p. 62), afirma:

O aprofundamento da democracia exige essa ampliação dos graus de publicidade dos espaços de discussão, negociação e deliberação. Quanto mais diversificado o público incluído nesses espaços, argumentando, negociando, pactuando, legitimando reciprocamente a si e aos interesses demandados, maior o seu grau de publicidade e maiores as possibilidades de avanço democrático potenciais neste processo que podem criar o terreno propício à construção de novas hegemonias.

Para que a democracia possa fluir faz-se necessário o entendimento de sua essência, como espaço de direito e de deveres, num processo de discussão e de encaminhamentos concretos, a partir de decisões legitimadas pela participação efetiva da comunidade organizada nas diversas relações sociais existentes na sociedade.

Neste sentido, busca-se aprofundar resumidamente as três teorias básicas de democracia.

1.1.1 Democracia representativa

Explica Magalhães (2004, p. 23) que:

[...] Joseph Schumpeter defendia a existência de duas diferentes “teorias da democracia”. A primeira seria uma teoria “clássica” ou “populista”, na qual “democracia” significaria principalmente a expressão da “vontade do povo”, a “busca do bem comum”, a “autodeterminação dos povos” ou até a possibilidade de realizar toda uma variedade de outras amáveis virtudes públicas. Esta teoria tem grandes perigos. Por um lado, ela coloca sobre os cidadãos exigências insustentáveis acerca da sua racionalidade, da sua disponibilidade para participar na vida política e, mais grave ainda, da sua suposta unanimidade em torno de um suposto “bem comum” [...].

Na democracia representativa (elitista) o povo escolhe os seus representantes, através do voto, delegando o poder para os representar, caracterizando um vínculo entre o

representante e representado. Destaca Bobbio et al. (2002, p. 101), que “o sentido de representação política está, portanto, na possibilidade de controlar o poder político atribuído a quem não pode exercer pessoalmente o poder”.

Na concepção da democracia elitista, Bobbio et al. (2002) estabelece referenciais que denotam os aspectos ideológicos de representação, sendo relacionados com diversas orientações ligadas diretamente ao interesse de poder.

Soberania popular é um ideal-limite e jamais correspondeu ou poderá corresponder a uma realidade de fato, porque em qualquer regime político, qualquer que seja a “fórmula política” sob a qual os governantes e seus ideólogos o representam, é sempre uma minoria de pessoas que Mosca chama de Classe Política aquela que detém o poder efetivo (BOBBIO et al., 2002, p. 324).

Numa crítica da lógica da democracia representativa leva-se em conta que, conforme os interesses vinculados diretamente ao poder de representação, estão vinculados, também, a possibilidade de manipulação no exercício da função. A partir da delegação de poder, através da representação, mesmo restritos aos setores específicos da sociedade organizada, podem prevalecer de alguma forma interesses próprios, sem vínculo geral com os interesses da sociedade, e, sim, respaldados no corporativismo e no particularismo.

Para Bobbio (1986, p. 44), a “democracia representativa significa genericamente que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, não sejam tomadas diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para esta finalidade”.

Conforme Macpherson (1978 apud LÜCHMANN, 2002, p. 114):

A democracia representativa deve ser complementada com novas formas institucionais como os conselhos estruturados em pirâmide. Segundo ele a combinação de um aparelho democrático piramidal direto e indireto com a continuação de um sistema partidário parece essencial. Nada, a não ser um sistema piramidal, incorporará qualquer democracia direta numa estrutura de âmbito nacional de governo, e exige-se certa e significativa quantidade de democracia direta para o que quer se possa chamar de democracia de participação.

Por outro lado, podemos perceber que a democracia representativa é caracterizada pela participação limitada de segmentos organizados da sociedade. Bobbio (1986) caracteriza duas formas de representação: de delegação, que executa a vontade popular, e a de relação de confiança, que estabelece uma autonomia maior para o representante. Bobbio (1986, p. 36) enfatiza ainda que:

As democracias representativas que conhecemos são democracias nas quais por representantes entende-se uma pessoa que tem duas características bem estabelecidas: a) na medida em que goza da confiança do corpo eleitoral, uma vez eleito não é mais responsável perante os próprios eleitores e seu mandato, portanto, não é revogável; b) não é responsável diretamente perante os seus eleitores exatamente porque são convocados a tutelar os interesses gerais da sociedade civil e não os interesses desta ou daquela categoria.

Na forma da constituição do modelo democrático representativo, Sell (2003, p. 18), destaca que “os sistemas eleitorais, partidários e os de governo são instrumentos mediadores da vontade popular. É por meio deles que governados e governantes estruturam suas relações que são próprias da democracia representativa”. Sell (1999, p. 17) ainda afirma que apesar da variedade do sistema eleitoral concreto, “as democracias contemporâneas adotam, fundamentalmente, dois princípios distintos de representação: a representação majoritária e a representação proporcional.”

Baseado na argumentação dos autores destaca-se que mesmo não sendo o ideal, o modelo da democracia representativa, foi e será sempre um meio idealizador de avanços importantes nos espaços de participação indireta pela sociedade. Na dimensão representativa, Carvalho e Teixeira (2000) estabelecem uma relação direta quanto à natureza dos conselhos de políticas públicas e urge a necessidade de indagação sobre os mecanismos de representação social do cidadão comum, não organizado, excluído de qualquer participação: “Este é um grande desafio na construção da nova institucionalidade democrática: criar canais de comunicação permanentes e interativos entre os cidadãos [...], neste sentido poderá facilitar o acesso de representação social.” (CARVALHO; TEIXEIRA 2000, p. 106).

1.1.2 Democracia participativa

No processo histórico temos exemplos de democracia direta, sendo a principal delas, o modelo adotado em Atenas, em que, a democracia era exercida diretamente por todos os cidadãos, sem compor o processo de representação, sendo possível à participação efetiva de todas as pessoas reconhecidas de direito neste contexto.

Na concepção da democracia participativa, os elementos fundamentais perpassam pela criação de mecanismos da participação dos cidadãos nas dimensões pedagógicas da política. Conforme o conceito de Pateman (1970 apud LÜCHMANN 2002, p. 22), “a participação é educativa e promove, através de um processo de capacitação e conscientização (individual e coletiva), o desenvolvimento da cidadania, em que o exercício configura-se

como requisito central na ruptura com o ciclo de subordinação e de injustiças sociais.”

Segundo Sell (2003, p. 18), por “democracia participativa entende-se um conjunto de experiências e mecanismos que têm como finalidade estimular a participação direta dos cidadãos na vida política através de canais de discussão e decisão.”

Teixeira (2000, p. 110), ressalta que é importante a participação da sociedade civil, na formulação e implantação das políticas públicas: “As organizações da sociedade civil, buscam pressionar o Estado para elaborar políticas públicas que possam atender aos segmentos sociais mais necessitados.” Afirma que os Conselhos são canais propícios para isso.

Sell (2003, p. 21), observa que:

A importância dos conselhos é que eles garantem a participação da sociedade na tomada de decisões, na fiscalização das políticas e na discussão dos problemas. Por esta razão, os conselhos são um dos principais mecanismos de alargamento da esfera pública não-estatal e um dos principais veículos de uma prática participativa de democracia, na qual o governo partilha o seu poder com a sociedade.

Pateman (1970 apud HELD, 1995, p. 235) assinala que “em primeira instância, apenas se o indivíduo tem a oportunidade de participar diretamente do processo de tomada de decisão locais é que, sob as condições modernas, qualquer controle sobre o curso da vida diária pode ser obtido”. Ao referir-se a participação direta, o autor aponta:

Os indivíduos se veriam diante de múltiplas possibilidades de aprender sobre questões-chaves relativas à criação e controle de recursos e, assim, estariam muito melhor equipados para julgar questões nacionais, avaliar o desempenho de representantes políticos e participar de decisões de âmbito nacional quando a oportunidade surgisse. As conexões entre “público” e “privado” seriam como resultado, muito melhor compreendidas [...]. A sociedade participativa deve ser uma sociedade experimental, uma sociedade capaz de fazer experiências após a reforma radical das estruturas rígidas até aqui impostas pelo capital privado, as relações de classes e outras assimetrias de poder (HELD, 1995, p. 235).

Na compreensão da magnitude da democracia participativa é pertinente destacar a abertura do modelo (sistema) autoritário, para um modelo “democrático e participativo”, exigindo nesta interface a pluralidade de idéias e representação de diversas entidades sociais públicas e privadas. Reportando-se no contingente dos conselhos, também a participação direta envolve uma discussão ampliada.

1.1.3 Democracia deliberativa

Esta teoria tem por objetivo superar os limites da democracia representativa e da democracia participativa e tem como fundamento, a criação de espaços de participação fundamentados na discussão e deliberação.

Pela abordagem de Cohen (1998 apud COELHO e NOBRE, 2004, p. 34), “a concepção de democracia deliberativa está organizada em torno de um ideal de justificação política. De acordo com este ideal, justificar o exercício do poder político coletivo é proceder com base na argumentação pública livre entre iguais”.

A democracia deliberativa merece ênfase, pois nela consideram-se vários aspectos inovadores na discussão; destaca-se a idéia de soberania popular, em que os cidadãos exercem uma função de poder de decisão, na ocupação direta dos espaços dialógicos públicos, enquanto formadores de opinião, no reconhecimento do pluralismo cultural, definição do papel do Estado e dos atores políticos, e ainda, a importância do formato e dinâmica institucional.

Em reflexão mais aprofundada sobre as deliberações, Coelho e Nobre (2004, p. 160), enfatizam que: “a deliberação não é simplesmente uma prévia discussão das questões a serem decididas. Trata-se, isso sim, de uma discussão que almeja justificar as decisões coletivas com razões”.

A concepção de democracia deliberativa prevê formas participativas mais institucionalizadas, ou até mais formalizadas em vista à discussão pública de um sujeito plural, mas vinculados aos ideais do bem-comum. Neste sentido, torna-se imprescindível à institucionalização de mecanismos que garantam a efetivação desses ideais. Conforme assevera Lüchmann (2002, p. 38):

Um ponto central dos defensores da idéia da democracia deliberativa – enquanto modelo de soberania dos cidadãos – repousa na tese de que a democracia deliberativa é um modelo ou um ideal de justificação do exercício do poder político de caráter coletivo, que se dá a partir da discussão pública entre indivíduos livres e iguais. Constitui-se, portanto, como processo de institucionalização de espaços e mecanismos de discussão coletiva e pública tendo em vista decidir o interesse da coletividade, cabendo aos cidadãos em espaço público, a legitimidade para decidir a partir de um processo cooperativo e dialógico, as prioridades e as resoluções levadas a cabo pelas arenas institucionais do sistema estatal. Para além, portanto, da influência de uma orientação informal, compete aos cidadãos a definição e/ou a co-gestão das políticas públicas.

Para Habermas (1997 apud LÜCHMANN, 2002, p. 25), “a esfera pública se constitui, principalmente, em uma estrutura comunicacional do agir orientado pelo

entendimento. Ela tem a ver com o espaço social gerado no agir comunicativo.” Quanto à sociedade civil, esta “compõe-se de movimentos, organizações e associações, que captam os ecos dos problemas sociais que ressoam nas esferas privadas, condensam-nas e as transmitem, a seguir, para a esfera pública política.”

A democracia deliberativa constitui-se como um processo de institucionalização de um conjunto de práticas e regras estabelecidas pelo Estado, pautadas no pluralismo, na igualdade política e na deliberação coletiva.

Nesta perspectiva Lüchmann (2002, p. 45) alerta que para que as “experiências participativas adquiram um caráter de inovação institucional em direção à efetivação da democracia deliberativa, faz-se necessário, não apenas, que se introduza um conjunto mais amplo e representativo dos diferentes segmentos sociais, mas dar garantia do princípio do pluralismo”.

Partindo do princípio de que a deliberação é uma das formas de democratização das políticas de saúde nos Conselhos, Noronha (2000, p. 86), aponta que:

O aspecto deliberativo dos Conselhos também merece reflexão e me parece uma área muito nebulosa e polêmica. Encontramos interpretações sobre o caráter deliberativo do Conselho que indicam que este caráter seria apenas interno, ou seja, o Conselho tem poder de deliberar o que lhe parece conveniente de dentro para fora, mas o executivo não teria a obrigação de atacar essas deliberações.

A partir do princípio da teoria deliberativa, pode-se considerar o viés da participação da sociedade civil na deliberação de políticas públicas.

Sell (2003, p. 32), enfatiza “que quanto à democracia deliberativa nos Conselhos, essa teoria busca superar os limites da democracia representativa, e tem como fundamento a criação de espaços de participação, discussão e deliberação” em que a sociedade civil possa manifestar suas idéias, a fim de influenciar nas tomadas de decisões. A democracia deliberativa tem um papel fundamental no processo deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde, uma conquista legal, mas que ainda necessita de muita luta e dedicação, para que essas deliberações aconteçam na prática. Nesta condição Santos (2000, p. 18), destaca que:

O caráter deliberativo também é uma importante conquista legal que fortalece os Conselhos de Saúde, que não são somente consultivos ou de opinião. Mas o Conselho se enfraquece quando os seguimentos presentes não se articulam e não produzem uma proposta comum para negociar com o Estado ou com as elites da sociedade brasileira. Sua deliberação vai para uma gaveta ou para uma publicação oficial qualquer e não será implementada. As deliberações só ganham força de ato de Estado à medida que é garantida a capacidade de interlocução entre os segmentos que compõe o Conselho. O Conselho é Sociedade Civil e é Estado, que tem sua participação restrita a uma porcentagem de representação. É um dos avanços

conquistados pela lei popular. Os representantes da sociedade civil só têm força para garantir sua deliberação quando negociam com competência e constroem uma unanimidade.

Nos Conselhos Gestores a instância deliberativa tem uma função de competência na formulação de políticas, fiscalização da ação constituída, e na sua implementação de meios concretos de elaboração de políticas públicas, atentando sempre no sentido de democratizar a gestão, com interferências diretas nos modos de atuação dos órgãos governamentais e não-governamentais, caracterizando a heterogeneidade da participação nestes segmentos.

Tatagiba (2002, p. 91) relata que a “competência legal de deliberar sobre as políticas públicas é a principal força dos conselhos enquanto espaços potencialmente capazes de induzir à reforma democrática do Estado”. Esta prerrogativa torna os conselhos arranjos institucionais profundamente promissores, na construção de políticas deliberativas, que contemplam os anseios da sociedade em geral.

Percebe-se que há diferentes compressões ideológicas sobre o conceito da democracia deliberativa, e para qualquer modelo institucional, ela tem uma função específica na abertura de meios para a participação popular da sociedade organizada.

Diante do pluralismo de idéias da democracia deliberativa e do modelo institucional, é oportuno destacar a importância dos questionamentos quanto à funcionalidade prática deste modelo. Elster (1998 apud LÜCHMANN, 2002, p. 45), destaca que vários autores vêm apontando uma série de riscos à democracia deliberativa, que vão desde o populismo, os elitismos, caracterizados pelo predomínio e/ou o favorecimento dos grupos mais organizados e com maior poder de recursos, o risco de coerção da maioria, a força dos interesses privados ou egoístas, a manipulação das preferências por grupos com maior poder político e econômico.

Num processo contínuo e desafiador da construção dos espaços democráticos através dos mecanismos de deliberação e participação, Coelho e Nobre (2004, p. 37) destacam:

Se a deliberação e a participação devem encontrar seu lugar no Estado Democrático de Direito, será necessário aceitar um jogo entre, de um lado, espaços públicos autônomos e as novas formas de institucionalidade que projetam, e, de outro, macroestruturas definidoras do regime democrático, que serão a cada vez testadas em seus limites e suas configurações presentes.

Tratando-se dos Conselhos de Saúde no aspecto deliberativo de políticas, é promissor o estudo de identificação do comportamento na deliberação institucional no espaço democrático de direito, dividido entre as esferas de representações legais.

Por mais que capture alguns dos aspectos essenciais da corrente, a democracia deliberativa exige que as decisões políticas sejam tomadas por aqueles que estarão submetidos a elas, através do “raciocínio público livre entre iguais” (COHEN, 1998, p. 186). Participação de todos, argumentação racional, publicidade, ausência de coerção e igualdade são os valores que devem balizar as tomadas de decisão em regimes democráticos. A ausência de qualquer um deles compromete a legitimidade dos resultados. A primeira vista, os ideais da democracia deliberativa apresentam pouco motivo para polêmica, porém, fica a questão de sua relevância para as sociedades reais, com toda a desigualdade e dominação que nelas têm lugar.

O elemento central da argumentação, então, é exposto de forma apenas abstrata, o foco principal da discussão não deve ser a democracia como tal, mas os processos de democratização. Dryzek (1996) assinala que a “expressão não indica a expansão global da democracia liberal, e sim seu aprofundamento, o que incorpora três dimensões. Primeiro, a inclusão efetiva de mais pessoas ao debate público; depois, a ampliação das questões e áreas da vida sujeita ao controle democrático; por fim, o aprimoramento da autenticidade de tal controle, que deve ser mais do que meramente formal ou simbólico” (DRYZEK, 1996, p. 29).

No contexto da participação popular, a democracia solicita a participação nos diferentes momentos do processo político: como na elaboração da agenda, planejamento da política a ser desenvolvida, tomada de decisão, deliberação, execução, fiscalização e controle da gestão. O caráter educativo da democracia possibilitará a abertura e multiplicação numa rede reprodutora de direitos, participação e cidadania. Configuram o oposto de práticas autoritárias, caracterizadas pela seletividade, fechamento do campo decisório, cooptação e tutela.

Para Fontana citado por Lüchmann (2002) um dos fatores determinantes no processo da construção do modelo democrático, está respaldado no sentido da promoção da cidadania acerca da coletividade nos meios de participação direta da sociedade:

Tendo em vista as enormes disparidades e desigualdades sociais no país, o modelo que melhor se aproxima desse ideal democrático parece ser aquele que apresenta maior capacidade de remover os obstáculos que historicamente têm minado o campo de promoção da cidadania, enquanto direito de participação e deliberação acerca dos assuntos da coletividade. Ou seja, para que se constitua um modelo alternativo de gestão democrática, essas experiências devem ser capazes de instituir mecanismos de participação. Esse mecanismo é uma maneira de transferir “poder político ao povo”, ao mesmo tempo em que mantém aprisionado socialmente, despojando-o, assim, dos efeitos práticos desta franquia (FONTANA, 2000 apud LÜCHMANN, 2002, p. 45).

1.2 PROCESSO DECISÓRIO E EFETIVIDADE

A segunda parte deste capítulo apresenta e discute alguns elementos teóricos que nos permitem entender como se dá o processo decisório no interior dos Conselhos e como este processo repercute em termos de efetividade.

1.2.1 A agenda dentro do processo decisório

Quando se refere à tomada de decisão, principalmente por parte de uma organização, independentemente de sua finalidade, na maioria das vezes, deve-se obrigatoriamente levar em consideração o Planejamento Estratégico adotado por esta organização. Trazendo-se isto para a arena dos Conselhos Municipais de Saúde, é imprescindível que se conheça como se compõem estas estratégias no processo decisório.

Na visão de 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 prática das ações que promovem a efetivação da política proposta. O processo decisório não é ordenado com princípio, meio e fim definidos, mas um complexo caminho, em 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.

A capacidade de incluir determinado assunto na agenda não é igual para todos os atores. A partir disto, 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, uma desigualdade fundamental separa elite empresarial da grande massa de empregados e consumidores (LINDBLOM, 1981, p. 66).

Continuando com Lindblom (1981, p. 66), 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. Martins (2002) reforça 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.

Seguindo nesta linha, Lindblom (1981) esclarece que 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.

Na tese de doutoramento de Wendhausen (1999), em muitas ocasiões, demonstra o conflito entre os representantes do governo e demais segmentos. Observa-se grande disputa entre eles na possibilidade de definição da agenda.

Conforme Lindblom (1981) além da agenda, 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.

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

Em sua abordagem política da decisão Lindblom (1981) afirma que, o processo decisório é extremamente complexo, sem início nem fim, cujos limites são incertos. Para seu estudo, é preciso antes de tudo entender as características dos participantes, os papéis que desempenham a autoridade e os outros poderes que detém como lidam uns com os outros e se controlam mutuamente.

Desta forma é indispensável para compreender o processo a "identificação qualitativa de comportamentos comunicativos de indivíduos engajados em processo de decisão." (BRAGA, 1987, p. 35).

Isto fica mais evidente na análise 'do sistema de decisão política', que segundo Lindblom (1981), têm um importante efeito sobre as aspirações, opiniões e atitudes que respondam às políticas. Seu funcionamento não é como de uma máquina que é alimentada com demandas para produzir decisões. É a própria máquina que fabrica necessidades e demandas. Modelando as aspirações dos cidadãos que formam parte da organização, ela põe alguns temas na agenda do debate político e rejeita outros; apresenta certas políticas aos cidadãos e aos formuladores de políticas e informa as opiniões que vão condicionar tais escolhas.

1.2.2 O jogo do poder dentro do Conselho

Mesmo que hoje, praticamente, todos os Estados possuam Conselhos em praticamente todos os municípios brasileiros, sabe-se que o aspecto quantitativo pode não corresponder à qualidade com que se pratica a participação. Para Fucks e Perissinotto (2006), não basta que haja instituições participativas para que ocorra a ampliação da participação.

Conforme Borba (2004), 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. Entretanto, este autor 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. O exposto nos remete à importância de estudar estes conselhos, suas dinâmicas considerando experiências inovadoras na possibilidade do crescimento deste colegiado de forma a diminuir limitações apontadas.

Em várias de suas obras Baquero discute a noção de capital social e de como ele interfere na possibilidade de participação dos cidadãos, considerando o capital social a possibilidade de que homens e mulheres em suas atividades produzam e reproduzam características estruturais de sistemas sociais mais amplos (BORDIEU, 1980 apud BAQUERO, 2001). A análise da colocação acima elucida que, quanto mais elevado o capital social, maiores são os recursos para participar em geral. Avaliando o componente da análise como jogo de poder, pode-se dizer que quanto maior for o acúmulo de capital social, maiores serão as possibilidades de que um cidadão comum possa participar efetivamente deste momento. Deste modo, no processo de apreciação para deliberação, os conselheiros necessitam de conhecimento sobre o caráter político do assunto para que possam deliberar de igual para igual junto com outros conselheiros que, porventura, possuam um capital cultural mais elevado.

No jogo do poder, termo que se indica como inter-relação entre conselheiros, 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”. Saliencia 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. Estas são algumas regras em que se baseia o jogo do poder, as quais destacaremos a seguir.

Quanto à troca de vantagens, Lindblom (1981) coloca que esse método pode assumir várias formas, ressaltando três. Uma delas é através de favores explícitos, tipo “*quid pro quod*”, ou seja, a troca de favores. A segunda forma é a reciprocidade que cria comprometimento sem limites. E uma terceira seria o dinheiro, que é uma maneira de controle de troca pela ‘compra’ do resultado que se deseja.

Quanto à persuasão, que é outro método, para Lindblom (1981) pode trabalhar mediante a repetição de mensagens. Este recurso muitas vezes paralisa o julgamento crítico das pessoas. Os conselheiros usuários, por exemplo, podem trazer para dentro destes espaços, queixas ou reivindicações importantes de suas comunidades, provocando nos demais a percepção que alguma atitude precisa ser tomada.

Quanto à autoridade, tão importante quanto às outras acima referidas, Lindblom (1981) diz que esse é o fundamento da decisão política, porque é base do próprio governo. É importante salientar que nas relações entre as pessoas, existem normas ou convenções que estão implicadas no nosso dia-a-dia, sem que para isso se use necessariamente a força ou a lei, ou que se tenha que exprimir verbalmente. Isso seria a obediência que estabelece a autoridade. Isso não aumenta a eficácia do controle popular, mas é adequado para quem detém a autoridade, pois no momento em que criam impedimento para tal controle, promovem suas próprias necessidades quando escolhem as alternativas possíveis.

Foucault (1997) aponta que a obediência faz com que as pessoas façam não só o que se quer, mas, principalmente, como se quer. Mas esse poder para Foucault (1997) não é algo que se detém como uma coisa de que se possui 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 a busca de conhecimento abre possibilidades para os usuários se fortalecerem e participarem ativamente do jogo de poder.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

O objetivo deste capítulo é situar o tema das políticas públicas de saúde em sua relação com a participação social. O primeiro tópico descreve alguns marcos da regulação político-estatal da saúde, com destaque para os anos 70 e os anos 80 (fase da redemocratização). O segundo tópico desloca o eixo da análise para a sociedade civil, destacando o papel do movimento da reforma sanitária na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O terceiro tópico, por sua vez, reflete sobre o papel dos Conselhos Gestores de Saúde na promoção da participação social e na gestão democrática da saúde.

2.1 ANTECEDENTES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com a interpretação de Santos (1979), as políticas sociais que acompanharam quase todas as décadas do século XX estiveram ancoradas na questão da cidadania regulada. Houve uma ampliação dos direitos dos cidadãos neste período, mas como cidadãos eram considerados apenas os indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, para as profissões reconhecidas em lei. O sistema de proteção social no Brasil ficou atrelado a esta cidadania regulada até os anos 80.

Entre os anos de 1920 e os anos 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social. Esta vinculação medicina/trabalho formal fez parte de um processo de ampliação dos direitos sociais que promovia uma vinculação entre a obtenção dos direitos e a carteira assinada, a qual Wanderley dos Santos chamou de “cidadania regulada”: “somente são cidadãos aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária, da qual fazia parte a assistência à saúde.” (SANTOS, 1979, p. 74).

No entanto, este cenário começa a se modificar no decorrer dos anos 80, embora os primórdios da redemocratização do país remontem à fase de distensão ou liberalização do regime autoritário, durante o governo Geisel (1974-1979), justamente quando fica em “evidência a incompatibilidade entre o autoritarismo centralizador do governo federal e seu

discurso antipolítico e a permanência de eleições livres e diretas de representantes para o Congresso Nacional, assembleias legislativas e câmaras de vereadores” (ABRUCIO, 1998, p. 82).

Para dar prosseguimento à liberalização, Geisel precisava contar com aliados civis fortes para se legitimar e a estratégia utilizada para controlar o processo político e as demandas por descentralização do poder foi a escolha de governadores-chave. Pode-se dizer que um dos grandes impactos no regime foi as eleições de 1974 para deputado estadual e federal e para senador que levaria à vitória do partido de oposição, MDB (Movimento Democrático Brasileiro), que conseguiu duplicar sua representação na Câmara, fortalecendo as organizações contrárias ao governo.

Nesse contexto, vai ser buscada a reordenação do setor saúde. Os elementos organizacionais centrais da atual política nacional de saúde recaem sobre a Lei nº 6.299 de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. Porém, as bases dessa proposta não foram colocadas na agenda governamental pelos partidos políticos nem por movimentos da sociedade civil. O projeto foi elaborado no contexto autoritário do regime militar, pelos dirigentes do primeiro escalão da forte e poderosa burocracia do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1975.

Em 1978, foram separadas as funções previdenciárias (pecuniárias) das de assistência médico-individual, que passou a ser prestada por uma nova autarquia desse mesmo ministério, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual manteve a hegemonia no país da prestação de serviços médicos através, sobretudo, de hospitais contratados com o segmento privado. Frente a isto, o Ministério da Saúde foi fortalecido com a atribuição de formular a política nacional de saúde, mas apesar disso seu orçamento não foi reforçado.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) seguia os procedimentos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), inclusive no que tange ao planejamento regional e à interseção com áreas como saneamento ambiental, educação e trabalho, mas nunca foi efetivado. Apesar disso, o SNS teve importantes efeitos porque, como bem mostra Van Stralen, “deste período em diante o modelo passou a ser tópico obrigatório de todas as conferências e encontros da área da saúde, ao tempo que despertava receios no setor privado quanto a uma maior intervenção estatal no setor.” (1996, p. 115).

Com a Lei nº 6.229 foi reorganizado o Ministério da Saúde (MS) em 1976, com vistas a enfrentar a deteriorada situação epidemiológica da população. Porém, essa iniciativa

foi retirada devido à diminuição do orçamento, resultado da crise econômica de começos dos anos 80. Desse modo, o MS continuou mantendo baixo *status* frente ao papel hegemônico da assistência médico-previdenciária centrada no atendimento curativo hospitalar.

É importante ser colocado que a tendência à compra de serviços do setor privado aprofundou-se ainda mais com o Plano de Pronta Ação (PPA) que visava estender o atendimento de urgência para toda a população, diversificando as relações do INPS com os provedores privados, em particular no âmbito das emergências, atendendo, assim, reivindicações desse segmento representado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que tinha se tornado o principal ator setorial (VAN STRALEN, 1996, p. 117).

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que reuniu o INPS, o INAMPS e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) – reorganizando órgãos da assistência social (LBA, FUNABEM) e criou o Centro de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). O SINPAS foi uma tentativa de modernizar administrativamente o sistema previdenciário devido a sua inoperância e à baixa eficiência dos serviços de saúde.

Em 1980, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV SAÚDE) por técnicos do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), envolvendo saneamento e habitação e tendo como proposta a regionalização, hierarquização, expansão da oferta de serviços básicos, integração das ações e participação comunitária. Este projeto sofreu resistências intraburocráticas do INAMPS e do setor médico empresarial (CORDEIRO, 1991, p. 28).

Em 1981 é instituído o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), composto por representantes de vários ministérios, prestadores e trabalhadores, com o propósito de organizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos, estabelecerem mecanismos de controle de custos e avaliação do financiamento, além de buscar disciplinar o atendimento dos serviços.

Neste período, inicia-se a redemocratização do país com as eleições para governador de 1982, as quais dão maioria às oposições e colocam os governadores no centro da arena política nacional. Abrucio (1998, p. 23) destaca alguns elementos que incentivaram o crescimento do poder dos governadores na década de 80:

A crise do regime militar, a crise do Estado Nacional-Desenvolvimentista e da aliança que o sustentava e a crise financeira do governo federal. O fortalecimento dos governadores na redemocratização foi impulsionado pelo enfraquecimento do pacto federativo, marcado pela centralização do poder no Executivo Federal.

Continuando com o mesmo autor, ele ressalta que esses fatores levaram a um relacionamento intergovernamental não-cooperativo, seja entre Estados e União e Estados entre si, atuando em conjunto apenas de forma defensiva, o que levaria à formação de um “federalismo estadualista” e à formação de um sistema político “ultrapresidencialista” nos Estados, a partir de 1991. Ainda de acordo com Abrucio (1998), as características do federalismo estadualista eram:

1. controle do Executivo sobre o processo decisório;
2. não participação de outros poderes no Executivo;
3. o governador era o centro das decisões do governo (diferente do nível federal, onde havia certa dispersão de poder entre o presidente e os ministros) (ABRUCIO, 1998, p. 23).

No setor saúde, os governadores foram atores cruciais na instauração de arranjos com o INAMPS, tendentes a regionalizar, hierarquizar e descentralizar os serviços de saúde mediante repasses financeiros aos estados e municípios. Por sua parte, a sociedade civil mostrou grande revigoração na formação de associações funcionais, corporativas, territoriais e populares que vão fornecer as bases para a população reivindicar novos direitos sociais, notadamente o direito à saúde garantida pelo Estado.

Nessa conjuntura destaca-se o movimento sanitário (que será mais bem analisado no tópico seguinte), formado por profissionais da saúde, militantes partidários e associações de interesse (moradores, mulheres, negros etc.) que atrelaram a reforma da saúde à redemocratização do país. Os políticos de oposição ganhavam voz e mais cadeiras no Congresso Nacional. A intelectualidade ou o que sobrou dela depois das prisões, das torturas, dos “desaparecimentos”, que desde o fim dos anos 70 se juntava dos escombros, vinha estabelecendo um diálogo frutífero com a sociedade civil e com os seus representantes e debatendo propostas para um novo Brasil, livre e soberano.

No plano institucional, importantes deslocamentos se produzem nas políticas do INAMPS, mas sempre presididos por articulações da cúpula: os altos escalões do INAMPS, do MPAS e do MS e mais governadores e prefeitos unem-se para traçar novos caminhos para a assistência médica, enfatizando a regionalização dos serviços básicos. Em 1982, é elaborado o Plano de Reorientação da Saúde no âmbito da Previdência Social, tendo por objetivo a recuperação do setor público, aumento da eficiência, racionalização, regionalização e hierarquização do sistema público com base nos convênios trilaterais envolvendo INAMPS, MS e SES.

Outra proposta de reorganização do setor foi o programa das Ações Integradas de

Saúde (AIS), executada de forma tripartite (MPAS/INAMPS, MS e SES), estabelecendo convênios de co-gestão com base na participação orçamentária de cada uma das partes. Esta proposta, que ocorreu de 1982 a 1986, teve por objetivo a racionalização e o controle dos gastos, além do estabelecimento de uma gestão colegiada de recursos, possibilitando um entrelaçamento institucional entre estados e municípios para a gestão dos serviços de saúde.

No Sistema de Assistência Médico Hospitalar (SAMHPS) foram introduzidas medidas de racionalização e financiamento da rede privada contratada a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), substituindo-se a guia de internação hospitalar.

As Ações Integradas da Saúde não tiveram impacto no atendimento da população, mesmo porque apenas 6 % do orçamento do INAMPS foi destinado a elas, enquanto gastos com a compra de serviços de prestadores privados alcançavam mais de 58% (CORDEIRO, 1991, p. 34). Todavia, as AIS foram um importante passo adiante na configuração das linhas-mestres de um novo modelo de organização de serviços e distribuição do poder no setor, inclusive mediante mecanismos de participação colegiada. Neste período, teve início o processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada através da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), envolvendo MS, MPS, MEC, e das Comissões Interinstitucionais estaduais, regionais, municipais e locais (CIS, CRIS, CIMS). Estes foram os primeiros passos em prol de uma gestão compartilhada entre os três níveis de governo e de controle social, na medida em que visavam a incorporar sindicatos e associações profissionais nas arenas decisórias.

O CONASP propunha um debate interinstitucional entre a burocracia e a sociedade civil, tendo um papel importante nesse momento de abertura democrática e amadurecimento do movimento sanitário, fomentando intensas discussões sobre a democratização na saúde. Segundo Cordeiro (1991), a implementação do CONASP não foi efetivada devido a resistências político-institucionais oriundas de representantes da Previdência Social, seguros de saúde, hospitais privados etc. As decisões sobre a condução da política teriam sido influenciadas pelos “anéis burocráticos” formados por burocracias públicas e privadas, havendo embates entre os interesses que lutavam pela manutenção de um complexo médico-industrial privatista ou pela reforma estatizante, período, este em que os órgãos governamentais apresentavam-se sucateados, e as oposições político-ideológicas colocavam obstáculos ao desempenho das CIS.

Representando um dos grandes marcos históricos da saúde, em 17 de março de 1986, o Presidente da República José Sarney, que assumira em definitivo depois da morte de Tancredo Neves, em discurso para uma platéia que lotara o Ginásio de Esportes de Brasília

afirmou que a Conferência representava a “pré-Constituinte da Saúde”. Durante cinco dias, em torno de cinco mil pessoas, entre delegados e observadores, discutiram a saúde em 98 grupos de trabalho. Três temas reuniram os grupos: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor. Os itens acima mereceram, no relatório final da CNS, respectivamente, 13, 27 e 09 artigos, aprovados por larga margem na plenária final. O boicote pelo setor privado, que poucos dias antes decidiu se ausentar da Conferência, não impediu a discussão produtiva também desse item da pauta.

Um dos grandes momentos da VIII Conferência Nacional da Saúde foi o consenso obtido em torno da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se transformaria no SUS. A interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população foram outras importantes definições feitas pela CNS. Mas o legado mais precioso da Conferência foi a consolidação da idéia da Reforma Sanitária – que voltaria à agenda, com força, durante a Constituinte (1987-88). Naquela ocasião, a elaboração de uma nova Carta Magna simbolizaria o redemocratizado Brasil.

No âmbito da Constituição de 1988 e das experiências deixadas pelas AIS, surge, em 1987, o SUDS, de fundamental importância para firmar a descentralização dos serviços, em direção à posterior municipalização, eixo da reorganização do sistema. Segundo Cordeiro (1991), o SUDS representava uma mudança qualitativa das AIS, posto que alterava o papel do INAMPS de executor para planejador das ações, exercendo controle e avaliação sobre as mesmas. Além disso, a decisão no plano estadual e municipal deveria caber às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e a cada Secretaria Municipal de Saúde (SMS), frente às respectivas transferências de recursos. Cordeiro (1991) ressalta a contradição entre as decisões estabelecidas no plano institucional e o debate político da época. Setores tais como seguros de saúde se opuseram as AIS, às propostas da VIII Conferência e ao SUDS, além das propostas para o capítulo da Ordem Social na Constituição. Para o setor privado era desinteressante a descentralização, pois ampliava o número de interlocutores e aproximava as decisões das instâncias locais através dos conselhos havendo, com isso, maior transparência nas decisões e conseqüente impossibilidade de garantia de seus interesses (CORDEIRO, 1991, p. 28).

O mandato constitucional relativo à unificação dos serviços de saúde, com o setor privado atuando de forma complementar e subordinado ao poder público, levou à elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, promulgada em setembro de 1990. Essa Lei continha artigos referentes à criação de conselhos de saúde em todos os níveis da Federação

que foram vetados pelo então Presidente Collor. No entanto, as inúmeras pressões para reverter este veto levaram, em fins de 1990, à aprovação parlamentar de nova Lei nº. 8.142, criando os Conselhos de Saúde (CSs) e estabelecendo competências, funções e formas de representação partidária de seus membros.

No decorrer de um curto período de tempo, acontecimentos políticos, sociais, econômicos levaram a transformações profundas e irreversíveis especialmente nas conquistas das políticas públicas a que referencia o texto acima. O SUS foi desenhado como um modelo complexo de organização dos serviços que aperfeiçoa as relações intergovernamentais e interinstitucionais no setor, tendo por característica a descentralização do poder mediante a transferência de atribuições (gerenciais, sociais e de recursos financeiros). Esse novo padrão de relações político/institucionais abriu possibilidades novas de avançar na democratização da tomada de decisões e na aplicação real dos princípios do SUS.

2.2 A REFORMA SANITÁRIA E A LUTA PELO SUS

É importante trazer à tona as estratégias utilizadas pelos setores da sociedade civil organizada em nosso país, na busca de uma melhor qualidade de assistência à saúde, as quais configuram-se no movimento pela Reforma Sanitária, em busca de uma participação política efetiva e comprometida nas decisões sobre os rumos a serem trilhados na perspectiva de obter maior justiça social, correndo no país no início dos anos 70. Conforme explica Arouca (1998, p. 1):

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não atingiam apenas o sistema, mas todo o setor saúde,

introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Brasília (1976), esse grupo de pessoas a denominou de forma pejorativa de “partido sanitário”. Apesar disso, o grupo não se constituía como partido; sua mobilização era mais ampla, sendo considerada uma ação social.

Considerado por muitos o “mestre da Reforma Sanitária”, Arouca (1976), costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Os departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro eram os espaços adequados para isso. Esses locais abriram lacunas para a entrada do novo pensamento sobre a saúde, lançado pelo movimento da reforma sanitária. A forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde nessa época era muito concentrado nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas. Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses. A grande virada da abordagem da saúde foi a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico que mostram que a doença está socialmente condicionada.

Segundo o movimento sanitário remonta aos primeiros anos da ditadura militar e nos anos 70 solidifica-se, tendo em seu meio, profissionais de saúde, intelectuais, organizações sindicais e populares, que tinham como objetivo incomum garantir o direito universal à saúde e construir um sistema estatal de prestação de serviços. O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das idéias e fez com que diversos jovens estudantes comessem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes nesse sentido, por serem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões.

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já

pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores.

O movimento da Reforma Sanitária brasileira é parte do processo de redemocratização do país. Tomando forma e força nos anos 70 e 80, após 20 anos de ditadura militar, não só enquanto resultado deste período autoritário, mas também como promotora e alavanca a reverter as grandes desigualdades sociais. Setores da sociedade civil entre outros estavam engajados no projeto de reformas sociais, ou seja, os partidos políticos de esquerda, os movimentos populares e nas universidades, destacam-se os departamentos de medicina preventiva e social, movimento médico, trabalhadores de saúde, entre outros. Alguns autores como Escorel (1987) e Gerschamann (1995), descreveram e analisaram esta dimensão histórica.

Os defensores do processo da Reforma Sanitária faziam críticas ao fato da Previdência Social sustentar o setor privado de assistência médica, fazendo com que estes crescessem com recursos financeiros do Estado e levando a ineficácia total da assistência médico-pública, tanto no aspecto financeiro como no organizacional e administrativo, neste período a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

No início da década de 1980 amplia-se o movimento pela democratização do país, demandando eleições diretas para a presidência da República: “As maciças pressões resultaram no governo de transição democrática, denominada Nova República, pacto conservador entre as elites políticas, os empresários e os militares” (CORREIA, 2000, p. 60).

Este processo culminou com um dos grandes marcos históricos da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e que pela primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde, contou com a presença da sociedade civil, entre eles representantes dos usuários, na condição de delegados e com direito a voz e voto. Segundo Carvalho (1995, p. 51), a VIII Conferência Nacional de Saúde:

[...], singular na história das políticas públicas deste país, [...] marca o início do exercício, na arena estatal e de larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil [...] e formaliza a proposta dos conselhos de saúde como parte constitutiva do sistema.

Os participantes da VIII Conferência Nacional de Saúde puderam avaliar e exercitar o que é uma participação democrática, num dos momentos de verdadeiro exercício da cidadania na história de nosso país. A definição do projeto de reforma sanitária brasileira se deu nesta conferência, que foi marcada pelo processo de mobilização nacional.

A reforma sanitária é resultado da luta da sociedade pelo resgate da cidadania e pelo

resgate da dívida social, herdada no período anterior, marcada pela ditadura militar e por uma política de exclusão. O movimento sanitário vem ao encontro da luta pela democratização política do país, que culminou com a Constituição de 1988, em que os anseios e direitos de saúde foram legalizados, porém ainda distantes de ser realidade na prática assistencial do sistema de saúde vigente (MORETTO, 2000, p. 10).

Além de traçar os princípios sobre os quais a saúde deveria ser prestada, a VIII CNS, em seu relatório final, fruto de amplo debate do qual todos os segmentos presentes no evento participaram, definiu saúde com uma concepção abrangente e não apenas como sendo ausência de doença e prestação de serviço médico-assistencial, ficando assim:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento devendo ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1998, p. 2).

O processo decorreu de uma série de circunstâncias cumulativas de ordem política, econômica e social que, desde meados da década de 1970, facilitaram a emergência de novos atores sociais e políticos. A crescente mobilização dos setores opositores ao regime autoritário levou a um demorado processo de transição que deu acesso à democracia formal em 1990, com o primeiro presidente eleito pelo voto popular depois de 1960.

2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE

A dimensão associativa da ordem social é um tema de crescente relevância na discussão acadêmica, em particular com relação aos países de redemocratização recente, ou “neodemocracias”, como as rotulou Schmitter (1993), devido à revitalização da ação societária e à restauração das mediações entre Estado e sociedade. A questão das “facções” é antiga, tendo recebido atenção desconfiada dos iluministas e a admiração de outros como Tocqueville quando observou a preocupação do cidadão norte-americano com os assuntos da vida cívica. A idéia de uma sociedade organizada, funcionais ao Estado, foi preocupação não só de pensadores como Hegel e Durkheim, mas também da Igreja Católica que, desde a Encíclica *Rerum Novarum*, passou a prescrever a incorporação dos “corpos intermediários” da

sociedade às instâncias de governo, como uma forma de controlar o conflito social.

Por outra parte, na Europa Central, a longa tradição das corporações de ofício levou no século 20 a formação de arranjos institucionais de decisão integrados por representantes das organizações do capital, do trabalho e do governo, instaurando-se um formato de formulação de políticas que Schmitter (1974) denominou “neocorporativo”. Com esse autor, surgiu uma nova corrente de teorizações nas ciências políticas e sociais que, em oposição à tradição pluralista norte-americana, colocou em pauta o tema da governabilidade positiva que resultaria da incorporação dos interesses organizados em associações formalmente reconhecidas pelo Estado às esferas de decisão de políticas públicas, que, dessa forma, seriam o produto de negociações e consensos entre os atores. Na perspectiva dos estudos comparados de modos de *policy making*, aqueles países de *welfare state* avançados de orientação social-democrata têm sido identificados como protótipos do neocorporativismo democrático.

Como mencionado no capítulo anterior, a Constituição estabeleceu formalmente uma democracia participativa na esfera social, atribuindo papel de destaque às associações em variadas instâncias de decisão e de consulta. Essa decisiva inovação institucional decorreu, contudo, das lutas políticas e sociais que tiveram início ainda na década de 1970 conforme diversos autores destacam (FLEURY, 1997; GERSCHMANN, 1995; CORREIA, 2000). No setor saúde, os movimentos populares desenvolveram positivas experiências de participação das comunidades na discussão e resolução de seus problemas. As primeiras iniciativas de organização social na saúde ocorreram na Zona Leste de São Paulo, com a criação dos Conselhos Populares, em meados da década de 1970. Esses conselhos unificaram-se em 1976 e somaram-se à atuação da Igreja, de médicos sanitaristas e dos estudantes de medicina (CORREIA, 2000).

Conforme Carvalho (1994), os Conselhos de Saúde emergiram no cenário político-sanitário brasileiro, com a missão de operacionalizar o princípio constitucional da participação comunitária e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde. Foram institucionalizados como órgãos permanentes e obrigatórios do Sistema Único de Saúde, recebendo amplas atribuições legais e caráter deliberativo.

Os temas referentes à participação no sistema de saúde e ao controle social por parte da sociedade civil organizada sobre as políticas do setor foram dos mais debatidos na VIII CNS, ampliando-se durante o Congresso Constituinte. Desde meados dos anos 80 vinham sendo tentadas formas colegiadas de discussão em torno da implantação do Programa de Ações Integradas da Saúde (AIS), sob a forma de comissões interinstitucionais locais e municipais de saúde.

A Constituição de 1988 trouxe imensos avanços em termos de direitos políticos, civis e sociais e também no que diz respeito ao arcabouço institucional e à organização dos poderes públicos. Dentre as inovações mais relevantes destacam-se os mecanismos instituídos para assegurar a participação da cidadania nos assuntos do Estado e a defesa de seus direitos. Como reflexo disso, nas mais diversas instâncias do governo e em todos os níveis da federação, criaram-se instâncias colegiadas de deliberação ou consulta nas quais a sociedade civil participa em representação de associações de interesse legalmente reconhecidas. Esse fenômeno tem alcançado extrema relevância no setor saúde com a instalação de CSs em quase todos os municípios do país, abrindo-se perspectivas de participação ativa da cidadania com potencialidades de grande alcance, mas de difícil mensuração, dada a extensão e diversidade das experiências.

Os temas referentes à participação no sistema de saúde e ao controle social por parte da sociedade civil organizada sobre as políticas do setor foram dos mais debatidos na VIII CNS, ampliando-se durante o Congresso Constituinte. Desde meados dos anos 80 vinham sendo tentadas formas colegiadas de discussão em torno da implantação do Programa de Ações Integradas da Saúde (AIS), sob a forma de Comissões Interinstitucionais Locais e Municipais de Saúde (CLIS, CIMS). Nova tentativa de envolvimento da população nas discussões sobre reformas setoriais foi empreendida com o movimento em prol do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), criando-se, assim, precedentes fundamentais para o arrojado projeto de participação, consubstanciado como diretriz do SUS na Constituição de 1998 (art. 198, item III).

A organização social desenhada nessa constituição prevê a participação do povo na gestão pública, seja ou não por via institucional. É a prevalência da vontade do povo (entendido como instância jurídica e reconhecido como instância de poder) sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo, pois democracia implica autogoverno e exige que os próprios governados decidam sobre as diretrizes políticas fundamentais do Estado.

A Lei nº 8.080, de dezembro de 1990, que regulamenta o SUS e define atribuições e competências da União, dos Estados e dos Municípios, também estabelecia critérios para o financiamento e criava os CSs, mas essas matérias foram vetadas pelo ex-presidente Fernando Collor. As pressões para se legislar nesses assuntos levaram, ainda em 1990, à elaboração e promulgação da Lei nº 8.142, que, no seu artigo 1º, regulamenta a participação da sociedade civil organizada em duas instâncias colegiadas - as conferências e os conselhos de saúde, nos seguintes termos:

I - a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos

vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde;

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

Na atualidade, os CSs são uma realidade institucional no Brasil: além do Conselho Nacional de Saúde, funcionam, embora com graus bastante variáveis de eficiência e autonomia, em praticamente todos os 5.507 municípios e nos 27 estados (BRASIL, 2005).

A Lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também próprios dos poderes Executivos e Legislativos.

Por isso, segundo a Lei, os Conselhos de Saúde atuam compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos (ministério e secretarias de saúde) e as casas legislativas (Congresso Nacional, Assembléia Estadual e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição de seu espaço privilegiado de atuação no qual devem exercer as suas atribuições. Neste aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço incluem os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Conta vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.

No Brasil, até a década de 70, existiram mecanismos participatórios institucionalizados unicamente na área previdenciária. A previdência social oferecia benefícios e serviços aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, que pagavam contribuições, tendo como benefícios individuais a assistência médica e ambulatorial entre outros. Durante o período militar (1964 a 1985), não era permitido qualquer tipo de participação de representantes de trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios ou consultivos da previdência social. Entretanto, a partir de 1974 foram tomadas iniciativas no sentido de estimular o envolvimento da “comunidade” no setor saúde, especialmente no setor da saúde pública em que os serviços eram destinados à parcela da população excluída do acesso aos serviços de saúde previdenciária.

Para Souza (1994, p. 588-589), o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo e as recomendações das agências internacionais, motivaram a implementação de políticas e a

constituição de regramento legal que veio universalizar o acesso, a integrar e a descentralizar o sistema público de saúde brasileiro.

O modelo oficial da saúde no país era centrado na assistência médica com grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades. As unidades públicas eram excluídas do sistema de prestação de cuidados e hospitais, ambulatorios e centros de saúde foram desprestigiados e começaram a piorar numa época em que a Previdência Social disponibilizava de recursos.

Ao longo da década de 70 e na primeira metade dos anos 80, o Brasil passava por uma grave crise econômica a que reduziu a legitimidade política e fragilizou o regime militar, a ponto de o governo militar tomar medidas, procurando constituir novos canais de representação de interesses.

Com a abertura política surgiu na área dos profissionais de saúde um movimento chamado de movimento sanitário e, em 1979 o CEBES apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, a proposta de reorientação do sistema de saúde, que naquela época já se chamava Sistema Único de Saúde.

A crise econômica de 1980 gerou uma nova situação, exigindo que o governo reconhecesse a crise e a necessidade de mudar o sistema de saúde, sob pressão da própria população que já começava a se organizar, lutando pela democracia do país.

Assim começaram a se desenvolver várias experiências de reorganização dos serviços de saúde, algumas até apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) dirigido para áreas rurais do Nordeste e o PREV SAÚDE, que não saiu do papel.

Quanto à participação social, pode-se dizer que o primeiro passo para a institucionalização da participação social na construção do SUS foi dada na década de 80. A partir da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foram criadas Comissões Interinstitucionais de Saúde de caráter consultivo. As comissões eram constituídas por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e de organizações da sociedade reconhecida como usuários do sistema, em que os membros eram normalmente convidados pelo Prefeito. Para Carvalho (1995) e Gerschmann (1995) o engajamento e o alcance destas comissões dependiam em grandes proporções do interesse e do nível de organização dos diferentes setores e atores sociais locais, ou seja, sua vontade e empenho em conquistar e construir espaços de ação no interior das estruturas públicas de decisão. Estes autores relatam ter observado um processo de amadurecimento de muitos grupos através de sua participação nestas estruturas decisórias.

Muitas são as experiências de gestão de políticas públicas de caráter participativo implementadas no Brasil, principalmente no âmbito do governo municipal. Algumas experiências importantes de gestão participativa estão nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas da Saúde, Assistência Social, Criança e Adolescente, e outros que surgem a partir da necessidade e organização da comunidade.

O setor saúde se destaca no que diz respeito aos conselhos de saúde, nos quais por força da lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes de autoridade setorial e prestadores profissionais e institucionais de saúde. Nas inovações introduzidas pela Constituição Federal de 1998, incorporadas diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS), verifica-se a ampliação do processo de formulação e controle da política pública da saúde, envolvendo as duas instâncias, o governo e a sociedade, de forma democrática.

Como mencionado anteriormente, a Lei nº 8.142 estipula que os CSs têm caráter permanente e deliberativo, competindo-lhes atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

É importante salientar que o caráter democrático do CS é assegurado mediante a composição paritária de seus membros, correspondendo à sociedade civil organizada 50% dos assentos. Um ponto que tem sido objeto de prolongada polêmica se refere ao fato de o secretário de saúde, além de ser, por lei, o presidente do CS, deve homologar suas resoluções. Essa situação tem criado constrangimentos tanto no plano da autonomia dos CSs quanto na implementação daquelas resoluções contrárias às orientações do governo. Nesse sentido, alguns CSs já mudaram seus estatutos para garantir maior autonomia em relação às autoridades.

A mudança definitiva dessa questão, contudo, está sendo objeto de estudo por parte do Conselho Nacional de Saúde, vistas as atribuições constitucionais dos representantes do Poder Executivo quanto à tomada de decisões de política setorial. Apesar disso, os CSs são incontestavelmente espaços privilegiados de construção de uma cidadania ativa no Brasil.

A Conferência de Saúde é outra instância de participação social que reúne ampla gama de representantes do governo e da sociedade civil organizada, em particular dos usuários dos serviços. Nela, são debatidos temas relativos à situação de saúde, aos problemas do SUS e ao controle social, resultando em recomendações e diretrizes políticas. As conferências de saúde, realizadas periodicamente (4 em 4 anos conforme recomendação do

MS) em todo o território nacional, constituem hoje um foro de discussão coletiva mais amplo, representativo e democrático do país, alcançando plena legitimidade e respeito por sua capacidade de mobilização e pelo comprometimento dos trabalhos dos delegados em mudar e/ou melhorar a situação da saúde do país. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (LOS 8.142/90 artigo 1º).

Pode-se dizer que as conferências têm cumprido papel crucial na divulgação de informações relativas às políticas de saúde, ao mesmo tempo em que obrigam os gestores a escutar as avaliações e reclamações feitas pela sociedade a respeito dos serviços de saúde. Constituem foros democráticos, em que se exerce a cidadania mediante a participação e a verbalização de demandas, e se promove o desenvolvimento de uma cultura imbuída de espírito público, de valores, enfim, próprios de uma comunidade cívica nos termos colocados por Putnam (1996).

Este processo de inovação cria de maneira especial a possibilidade de instituições de gestão participativa, busca agregar e legitimar ações de governo, num princípio de sustentabilidade de programas e propostas políticas para a área de saúde.

Labra e Figueiredo (2002, p. 12), colocam que:

É preciso dar relevo ao fato de que disposições do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde impulsionaram a criação de tais instâncias na medida em que para a transferência de recursos financeiros à estados e municípios é indispensável que a correspondente secretaria de saúde conte com um conselho de saúde local (CS).

Em adição às Leis nº 8.080 e nº 8.142, vêm sendo ditadas Normas Operacionais Básicas do SUS, ou NOBs, destinadas a efetivar o processo de descentralização mediante repasses de recursos por programas. Ao mesmo tempo, enfatizam as condições para a constituição de sistemas locais de saúde tendo por princípio o pleno funcionamento dos CSs e a participação de seus membros no planejamento, no desempenho orçamentário e no acompanhamento de programas e ações.

A NOB 01/SUS/91 foi elaborada em janeiro de 1991 e reeditada em julho desse mesmo ano, incorporando sugestões do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) em relação à necessidade de os repasses de recursos do Ministério da Saúde serem

automáticos e regulares, de modo a agilizar a assistência à saúde.

Essa NOB já destacava o papel dos CSs no controle sobre os recursos repassados às esferas estaduais e municipais.

Sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080/90, pela dificuldade na operacionalização destes critérios, a NOB/01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público que permanece, em parte vigente até hoje. “Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados em unidades ambulatoriais e hospitalares próprias [...]”, ou seja, continua prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados do INAMPS, aplicados a gestores públicos estaduais e municipais (OLIVEIRA JR., 2000, p. 04).

Seguindo-se a orientação da NOB 01/ SUS/93 foi constituído pelo Ministério da Saúde um grupo técnico para a condução da política de descentralização, denominado Grupo Especial de Descentralização (GED), com participação do CONASS, CONASEMS e CNS (CORREIA, 2000).

O GED (Grupo Especial de Descentralização) então, elaborou o documento em que vinha como tema “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que foi amplamente discutido e, depois, transformado na NOB 01/SUS/93, que tem como objetivo aperfeiçoar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde e diretrizes para os investimentos no setor. O texto da NOB 01/93 estabelece, também, que a descentralização implica o estabelecimento de uma nova prática na saúde baseada no funcionamento regular dos CSs para efetivação da participação com controle social.

Essa NOB também instaura, em cada esfera de governo, fóruns de negociação, as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e a Comissão Integradora Tripartite (CIT) no nível federal, e reforça o papel deliberativo dos CSs. Autores como Correia (2000) e Silva (2000), ressaltam que apesar de as atribuições das CIBs e CIT e dos CSs estarem bem definidas na NOB 01/93, na prática tem havido uma confusão de papéis. Algumas CIBs têm desempenhado o papel deliberativo que cabe aos CSs, constituindo-se em ponto de discussão na X Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996.

A NOB 01/SUS/96 teve por finalidade principal promover, consolidar e aperfeiçoar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes. Cria duas condições de gestão: a gestão plena de atenção básica, em que o município terá o repasse, fundo a fundo, para o financiamento de

todas as ações básicas de saúde, definido por um valor *per capita*; e a gestão plena do sistema, em que o município terá o repasse, fundo a fundo, para o financiamento de toda a assistência em saúde. O conteúdo da NOB/96 foi amplamente discutido e envolveu vários segmentos da sociedade, além de várias oficinas de trabalho do CONASS e encontros com CONASEMS, “em que se buscou a elaboração de uma proposta consensual, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis de gestores do SUS” (LIMA, 1999, p. 82).

Reconhecendo que no âmbito da participação social na saúde ainda falta muito para a plena realização do que diz a parte legal consagrada na Constituição de 1988 e demais dispositivos, as NOBs apresentam-se como cruciais na abertura de portas à participação da sociedade civil organizada no planejamento municipal e na formulação, gestão e controle das políticas públicas do setor. Além disso, a experiência participativa na saúde tem servido de referência à instituição de arenas de controle social em outras esferas das políticas públicas, em particular nas áreas sociais e de meio ambiente, atestando o crescente interesse da sociedade civil organizada em fazer-se ouvir pelos poderes públicos, apresentando demandas ou denunciando irregularidades e exigindo a presença ativa na tomada de decisões, na gestão dos serviços e no acompanhamento e avaliação das políticas públicas em geral.

É importante observar a importância da luta pela democracia no Brasil. A luta dos sanitaristas na área da saúde, que tiveram uma bandeira em defesa de um sistema de saúde universal e com ampla participação da sociedade civil é um dos exemplos mais clássicos. Essas marcas participativas tiveram seu reflexo na Constituição Federal de 1988, na qual se garantiu por lei, avanços expressivos na democratização das políticas públicas de saúde. Como consequência disso a construção de um novo modelo de sociedade.

Tatagiba (2002, p. 63), ressalta:

Os conselhos a despeito das suas limitações assumem, hoje, no Brasil, importante função pedagógica no sentido de construção da cidadania e de reinvenção dos padrões de convivência democrática. Em vários estudos, essa função pedagógica foi destacada, apontando para um renovado campo das expectativas acerca dos resultados do envolvimento institucional.

O desenvolvimento do processo de implementação dos mecanismos institucionais de controle social do SUS estabeleceu de forma significativa, avanços na gestão participativa, e busca estabelecer uma relação importante de comprometimento dos segmentos da sociedade organizada em relação ao controle das políticas de saúde sobre o Estado. Prima-se pela legalidade, que prevê o caráter deliberativo do Conselho, condição essencial para uma gestão compartilhada de responsabilidades íntegras das partes envolvidas no controle social.

O Ministério da Saúde, assim se posiciona em relação ao controle social:

Controle social é aqui entendido como controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais, [...] deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático (BRASIL, 2000, p. 24).

Num olhar contemporâneo pode-se verificar que, os ‘movimentos sociais’ atingem um nível de identidade e ação mais rigoroso a partir do momento em que expressam seu conflito em relação à “orientação de gestão da sociedade”, ou seja, num campo em que se dá a oposição em torno da imagem de sociedade que os atores sociais visam a criar (TOURAINÉ, 1984). Essa visão, construída no domínio da sociologia, identifica-se com posturas teóricas como as de Bobbio, Matteucci e Giafranco (1992) no campo do direito e da ciência política. A construção de novos direitos é possível através de uma nova forma de interpretar e pensar, gerando nova orientação para a sociedade, a partir de seus grupos mobilizados ou envolvidos em defesa de uma causa.

O que se pode verificar na atualidade é que está havendo uma redefinição das práticas entre Estado e população. O Estado começa a internalizar elementos que faziam parte das reivindicações dos movimentos sociais, como o Conselho Popular de Saúde, que é internalizado dentro de um formato institucional para Conselho Gestor, criando condições para a inserção dos usuários dos movimentos organizados nesse processo de vigilância, de controle, de acompanhamento de gestão.

Conforme Kleba (2005), uma participação mais efetiva requer, em primeiro lugar, a existência de organizações que se engajem, apoiem e legitimem o processo de construção do SUS. Em segundo lugar requer autoconfiança na capacidade de participar das decisões do planejamento e da avaliação deste projeto. Em terceiro lugar, ela exige uma melhoria dos mecanismos de participação, seja pela abertura política, seja pela instrumentalização, através da formação e do acesso às informações. Por último depende das experiências vivenciadas no próprio processo, que podem motivar ou alienar os atores engajados garantindo ou inviabilizando sua continuidade.

Apresenta-se relevante à discussão nos termos de avaliação da atuação dos Conselhos Gestores, podendo desta forma, se fazer um paralelo entre o que preconiza a legislação e aquilo que acontece nas esferas representativas e deliberativas de políticas públicas através dos Conselhos.

Dentre o conjunto de dificuldades apontadas pela literatura que analisa as

experiências de Conselhos Gestores, Lüchmann (2002, p. 46) “destaca problemas que dizem respeito tanto à esfera estatal, mais especificamente do poder local, quanto à esfera da sociedade civil”. Ressalta-se a questão da cultura autoritária, a falta de qualificação dos conselheiros em ambas as esferas, vetos governamentais e obstruções das resoluções dos conselhos, carência de informações, falta de recursos e autonomia, conflitos de interesses entre as partes, precária articulação com a base representada no Conselho e as amarras burocráticas.

Quanto à dinâmica de funcionamento dos Conselhos de Saúde, Carvalho (1995) destaca a notável centralização por parte do governo e profissionais na elaboração de pauta de reuniões, à falta de capacitação dos conselheiros para uma atuação consciente, dificuldade com a representatividade das entidades que fazem parte do Conselho, problema na administração com a pluralidade de interesses, manutenção do sistema clientelista por parte do Estado, e ainda a centralidade do poder.

Carvalho (1995), em sua análise, enfatiza que os Conselhos parecem estar atualmente mais preparados para impedir o Estado de transgredir, nas suas funções de prestação de contas e aos serviços prestados na formulação de políticas. Neste contexto, o autor faz uma crítica incisiva ao formalismo e ao poder do Estado, e ao próprio Conselho em sua atuação.

Quanto aos Conselhos de Saúde, há alguns avanços no que tange à participação das três esferas de sua composição. O estado/governo, trabalhadores em saúde e usuários do sistema, necessariamente, ocupam espaços importantes de decisão nas políticas de saúde. Porém, há algumas deficiências no que se refere à representação legal dos conselheiros e as deliberações pertinentes ao Conselho, conforme determinação da própria legislação.

Para Coelho e Nobre (2004, p. 255), “os Conselhos de Saúde devem levar o projeto do governo para ser discutido pela população e, também, trazer propostas da população aos vários níveis de governo”. Desta forma justifica-se o princípio da paridade entre os segmentos de representação. Na visão positiva sobre os CSs, Coelho e Nobre (2004), destacam a importância do envolvimento dos atores sociais na participação dos Conselhos para proporcionar o debate acerca da política de saúde:

Os conselhos aparecem como um espaço onde se encontram grupos da sociedade civil, da burocracia, dos profissionais da saúde e dos prestadores de serviço que dificilmente teriam outra oportunidade para debater política de saúde e onde há um processo de inclusão de grupos menos favorecidos (COELHO; NOBRE (2004, p. 264).

Os CSs, ao favorecerem a formação de associações secundárias, também concorrem

para a consolidação de práticas democráticas, ao desenvolvimento de relações horizontais entre seus membros e ao estabelecimento de laços de confiança. Em outras palavras, os CSs contribuem para a extensão do âmbito da cidadania na sociedade brasileira, ao se constituir em escolas promotoras da socialização de comportamentos em prol do desenvolvimento de comunidades cívicas. Para Putnam (2000), as experiências vitoriosas da cooperação no passado servem de referência às ações futuras. Elas são guardadas em forma de capital social. Assim, também, as regras de reciprocidade e as redes de relações sociais que se estabelecem no interior dos CSs e entre eles, são exemplos de capital social. Dessa forma, quanto maiores forem as cadeias de relações sociais que os membros dos CSs estabelecem entre si, com as suas associações, com a comunidade e com os demais CSs, maior será o capital social acumulado, aumentando, portanto, as possibilidades de níveis crescentes de cultura cívica.

A Constituição Federal de 1988 reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado. A conquista da sociedade brasileira organizada através do movimento de Reforma Sanitária, baseia-se nos princípios legais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação efetiva da população.

De acordo com esses princípios determinados por um processo de construção contínua, desenvolve-se um estudo referente a essas dimensões que agregam um conjunto de fatores significativos e relevantes na integração de vários setores da sociedade. Nesta perspectiva delimitam-se ações de reconhecimento do ser humano como parte integral da sociedade, e a saúde, como qualidade de vida. Referenda-se que o SUS é uma das maiores políticas de inclusão social existente no País. Não há, no entanto, como ignorar os paradoxos entre os princípios desta política pública de saúde e as realidades postas do atendimento efetivo do dia-a-dia.

Sendo assim, resgata-se a história do sistema SUS, e objetiva-se também, apontar a legislação que proporcionou as garantias e a regulação da operacionalização do sistema. Enfatizam-se os aspectos pertinentes à responsabilidade de atendimento, a descentralização das atividades, o financiamento das ações integradas entre a União, Estados e Municípios, e ainda no desenvolvimento de normas que estipulam o controle social através da participação da sociedade organizada nos Conselhos.

Pensando nessa forma de organização, o legislador previu canais institucionais de participação. Na Constituição Federal, encontramos referência no Capítulo da Seguridade Social, art. 198. Este assunto foi regulamentado através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde SUS (artigo 1º). Essa participação se dá através dos Conselhos de Saúde, que são instâncias

de ação política que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Conselhos de Saúde não são os únicos órgãos controladores das ações do SUS, uma vez que os tradicionais instrumentos de controle da gestão pública, existentes nas diferentes esferas dos poderes legislativo e judiciário permanecem ainda aplicáveis.

CAPÍTULO III

CONTEXTO DA PESQUISA

Neste capítulo busca-se desenvolver de forma objetiva a caracterização da região Oeste catarinense, bem como a caracterização sucinta do município pesquisado nos aspectos do desenvolvimento econômico, político e social. Busca-se também, conhecer e resgatar a história dos movimentos sociais na região, tendo como ponto chave o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó no que se refere à participação como membros representantes de uma sociedade e sua atuação na efetivação das Políticas Públicas de Saúde Municipal.

3.1 OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO OESTE DE SANTA CATARINA

Em amplo desenvolvimento o município de Chapecó se destaca não somente em crescimento econômico e demográfico, mas também em organizações sociais, onde a população dos diferentes setores exerce seu direito democrático e de cidadania. Abaixo se desenharão de forma breve e objetiva suas características demográficas, econômicas e sociais.

Tendo como marco de fundação o ano de 1917, Chapecó é o maior município da região Oeste do Estado de Santa Catarina, tanto em população, como também em atividades econômicas, onde se encontram as sedes das principais empresas processadoras de suínos, aves e derivados em nível nacional (CHAPECÓ, 2005). Conforme o IBGE (Instituto Nacional de Geografia e Estatística), a população de Chapecó é de 169.255 habitantes, dos quais 85.647 são mulheres e 83.608 são homens (DATASUS, 2005a). Superando muitas das maiores cidades do país e do mundo, conforme PNUD/ONU, Chapecó ocupa o 42º lugar no Brasil quanto ao índice de desenvolvimento humano, o 19º lugar quanto à educação e o 5ª lugar em frequência escolar (CHAPECÓ, 2005). A taxa de alfabetização do município no ano 2000 chegou a 93,33% a partir dos 07 anos até os 80 ou mais (DATASUS, 2005b).

Quanto às escolas, o município conta com mais de 180 estabelecimentos na área de ensino fundamental e médio. Além de ensino técnico e profissionalizante, o município abriga cinco instituições de ensino superior, entre as quais duas são universidades.

Na área da saúde o município dispõe de rede composta por dois hospitais (um Hospital Regional do Oeste - SUS e outro Hospital Uniclínicas - UNIMED); três Prontos Atendimentos Municipais; vinte quatro Centros Integrados de Saúde e Centros de Saúde da

Família, entre outros serviços. Conforme informações da administração do Hospital Regional do Oeste, esta instituição é referência para toda Região Oeste e extremo Oeste, com aproximadamente um milhão de habitantes.

Na conjuntura do regime autoritário/ditadura militar (1964-1985) surgiram na região Oeste de Santa Catarina vários movimentos sociais que previam em suas formas de organização a participação nos mais diversos setores da vida política. Nestes movimentos sociais e organizações populares destaca-se a organização sindical, com o movimento de oposições sindicais, buscando combater o vínculo dos sindicatos ao governo, isso especialmente nas décadas de 70 e 80. Além disso, havia ainda movimentos como os Sem Terra (MST), que através da organização das famílias sem terra, reivindicava a Reforma Agrária, o Movimento de Mulheres Agricultoras (MMA), que iniciavam a reivindicar o seu espaço na sociedade, na luta pela aposentadoria, direitos no trabalho, na valorização do gênero feminino e na participação ativa no processo de representação político-eleitoral e o Movimento contra as Barragens (MAB), caracterizado pela proteção das propriedades das terras inundadas por grandes projetos de desenvolvimento.

Esses movimentos sociais contaram com a participação ativa e efetiva da Igreja Católica, através da prática da Teologia da Libertação e do envolvimento das CEBs e Grupos de Reflexão, instituídos na Diocese de Chapecó pelo Bispo Dom José Gomes. As lideranças eram preparadas para a organização e participação, conscientes desses meios democráticos em defesa da cidadania. Conforme coloca Poli (1999, p. 15):

No início da década de 80, o Oeste Catarinense foi agitado pelo surgimento quase simultâneo de quatro movimentos sociais, envolvendo diferentes extratos da população rural da região, a saber: o Movimento dos Sem Terra (MST), o Movimento das Mulheres Agricultoras (MMA), o Movimento dos Atingidos pelas Barragens do Uruguai (MAB) e o Movimento de Oposições Sindicais. Desde os últimos anos da década de 70, passaram-se a registrar na região mobilizações envolvendo camponeses que se levantaram para protestar contra os efeitos do processo de modernização da agricultura, identificado como a política agrícola do governo militar, favorecedora do grande empreendimento de caráter empresarial.

Numa conjuntura de crise, principalmente na agricultura familiar, os atores envolvidos nos movimentos sociais se destacam pelo poder de mobilização e organização na busca dos objetivos traçados pelo movimento, chamando a atenção do poder público. Continuando com Poli (1999, p. 16):

Algumas características chamam a atenção, de modo especial, no processo de surgimento e estruturação desses movimentos. Em primeiro lugar o próprio fato de surgirem quase que simultaneamente, num espaço muito curto de tempo,

envolvendo a mesma base social: pequenos produtores rurais, cujo modo de vida e de produção guardava muitas características (recriadas) do “modelo original camponês”. Além disso, chama a atenção a sua grande capacidade de organização interna e de articulação com outros segmentos da sociedade abrangente, bem como a capacidade de extrapolar os limites da realidade local, difundindo-se e/ou estendendo sua influência por outras regiões e estados, enquanto movimento em si, ou através de lideranças saídas do seu meio e projetadas para outros setores da sociedade.

Num período histórico marcado por lutas sociais de diversas categorias, com características de organização e de mobilização, surge um novo agente que passa a dar suporte para fortalecer de forma efetiva todos os movimentos sociais organizados. A Igreja Católica através de ações no processo de formação de seus líderes e de comprometimento de seus fiéis no conjunto da organização da comunidade forneceu um espaço importante na participação ativa dos movimentos sociais. A Diocese de Chapecó incorporou essa situação com ênfase e determinação nos procedimentos práticos de evangelização. Poli destaca neste envolvimento:

Por outro lado, a partir do processo de renovação de sua concepção e de sua prática, iniciado pelo Concílio Vaticano II e aprofundado nos encontros Episcopais de Medellín e Puebla, setores da igreja da América Latina fizeram sua “opção preferencial pelos pobres” e passaram a priorizar a criação de novos espaços que estimularam a participação ativa do leigo, ao mesmo tempo em que se tornaram mais sensíveis aos problemas sociais. Nesta perspectiva é que as CEBs (Comunidades Eclesiais de Base) se transformaram em importantes espaços interativos, no interior dos quais muitos movimentos sociais foram gestados (POLI, 1999, p. 18).

Ao longo das décadas de 80 e 90, resultado do envolvimento das pessoas com o processo de participação nas mais diferentes organizações sociais e como fruto das possibilidades criadas pela Constituição Federal de 1988, são implantados por meios institucionais os Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Nesta oportunidade os movimentos sociais buscavam garantir um espaço de participação através de representação legal das entidades então representadas.

No campo dos movimentos sociais da saúde e em relação às lutas e participação política neste campo, Kleba (1998) explica que:

A pastoral de saúde inicia sua história em meados dos anos 1970, em Chapecó, quando o Bispo Dom José, sensibilizado pela situação da vida em sua diocese, resolve promover a organização das pastorais sociais e convida uma enfermeira para assumir na diocese o trabalho na área da saúde (KLEBA, 1998, p. 98).

A Saúde também teve um movimento importante no interior da Cooperalfa (Cooperativa Regional Alfa), espaços onde profissionais médicos e enfermeiras já tentavam

ampliar discussões sobre a participação da população nas definições de algumas ações, a partir de discussões pontuais. Isto era característico especialmente na zona rural desta região: “Na década de 1980 a partir desta cooperativa, foi organizada a atenção à saúde das famílias com a contratação de médicos e enfermeiras, e trabalho voluntário de agentes comunitários de saúde” (KLEBA, 1998, p. 248). Além disso, a partir de ações da Igreja Católica, os agentes de saúde formavam em seus espaços,

[...] motivados antes de tudo pela possibilidade de ter um papel na sociedade, ser importante e contribuir foram se envolvendo com a questão política da saúde, gradualmente, estimulados pelos Coordenadores da Diocese da Pastoral de Chapecó e a partir de meados dos anos oitenta após a campanha da Fraternidade “Saúde para Todos”, promovida em 1982 em nível nacional pela Igreja Católica (KLEBA, 1998, p. 99).

No final da primeira metade da década de 1990 houve uma mudança de orientação interna da Igreja e conseqüentemente das pastorais. Conforme Pimenta (2000), isso se reflete de maneira significativa na mobilização e organização populares, que passam por momentos de refluxo e desmobilização. Mesmo assim, esses movimentos contribuíram para que se originassem no município, sindicatos, partidos políticos de oposição, lideranças políticas do campo democrático popular e surgem os primeiros mandatos legislativos e executivos de esquerda no município.

Verifica-se que na política de saúde, até o ano de 1996, a participação popular se dava por disputas a partir de alguns segmentos dos movimentos sociais e pela participação no CMS, criado em 1991, que tinha representação das pastorais, fóruns populares, sindicato entre outros. Conforme Pimenta (2000, p. 249):

O CMS de Chapecó não tem conseguido definir políticas na perspectiva dos usuários, pois funciona mais como um espaço de debate entre as corporações profissionais e o governo municipal impossibilitando manifestações daqueles que efetivamente usam os serviços do Sistema único de saúde [...]. Diz ainda que para compreender este fenômeno é necessário lembrar a história dos CMS de Chapecó, pois sob o ângulo estritamente legal, o conselho observa as recomendações do Sistema único de Saúde [...].

Apesar dos avanços alcançados no município de Chapecó, a realidade da participação social na política de saúde não difere da realidade nacional, apresentando vários limites. Limites estes que foram sendo corrigidos através do tempo conforme veremos no tópico seguinte.

3.2 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ/SC

A região Oeste catarinense vem propondo e fazendo discussões de reorganização do sistema de saúde desde a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Neste sentido, Chapecó destaca-se por ser município pólo desta região e tem sido responsabilizado por algumas direções neste contexto. Na discussão sobre a participação popular nas políticas públicas destacam-se as ações de movimentos sociais apoiados pela Secretaria Municipal de Saúde que inclui as questões dos conselhos locais de saúde nas prioridades da saúde desde 1997.

O Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, campo deste estudo, foi criado em 1991 e atualmente é regido pela Lei 4.300 de 18/07/2001. É constituído por 56 conselheiros, sendo 28 suplentes e 28 titulares, representando diferentes segmentos (Anexo A).

O Conselho de Saúde deve funcionar em caráter permanente e deliberativo nas três esferas de governo. A composição do CS deve ter como premissas à 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 nº 333/03 recomenda que as vagas sejam distribuídas da seguinte maneira: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de governo e prestadores de serviços públicos e privados.

Considerando a sistemática do CMS, as reuniões ocorrem mensalmente e, em caráter extraordinário quando necessário, conforme previsto no Regimento Interno. A pauta para reunião é disponibilizada aos conselheiros até no máximo 24 horas antes das reuniões, através de e-mail e/ou documento entregue em mãos aos conselheiros através da secretária do conselho que se desloca aos endereços de cada representante.

É importante ressaltar aqui, que o CMS de Chapecó teve seus desajustes iniciais e teve um crescimento organizacional no decorrer da década de 90, uma delas foi a II Conferência Municipal, realizada em dezembro de 1998 tendo como tema: “Construindo a Participação Popular enquanto espaço de discussão da Política de Saúde e funcionamento dos serviços”. Essa Conferência

aprovou modificações da lei que criou o CMS corrigindo distorções apresentadas até então. Propôs uma nova composição do Conselho, garantindo a paridade em relação ao número de usuários, conforme preconizado pela Lei 8.142/90. Instituiu ainda que as entidades escolhessem entre seus pares os representantes, e abriu a possibilidade de ampliar a participação de usuários e entidades, uma vez que os suplentes de acordo com a lei poderiam não ser da mesma entidade de origem do conselheiro titular, diferente da lei anterior na qual titular e suplente deveriam ser da mesma entidade (FRANCO et al., 2004, p. 208).

Até 1996 a forma de participação na saúde se dava exclusivamente pelo CMS, criado em 1991. A Lei Municipal nº 3.290/91, que criou o CMS, denominava a entidade que participava e estabelecia que os membros do Conselho ao terem determinado número de faltas nas reuniões deveriam ser substituídos por outro representante da mesma entidade. Ocorria que as entidades indicadas pela Lei não eram de fato representativas dos usuários e várias delas sucessivamente não compareciam por longo período e não se conseguia substituí-los.

Para resolver este problema, a administração propôs nas discussões da II Conferência Municipal de Saúde, uma nova legislação municipal com outra composição para o Conselho que abrangesse os Conselhos Locais de Saúde e outras entidades representativas dos usuários, a serem escolhidas em assembléias publicamente convocadas, superando as designações exclusivas do Poder Executivo Municipal.

Posteriormente o Poder Executivo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, elaborou o projeto de lei conforme deliberação da Conferência de Saúde e encaminharam à Câmara de Vereadores para apreciação e deliberação.

É importante expor que o município de Chapecó, notadamente nos últimos anos, a partir de diferentes agentes, comprometidos com a qualidade que o sistema de saúde oferece ao cidadão, incentivou a participação da construção do SUS, intervindo também na participação da região, apresentando-se ativa no que se refere à organização e participação nas conferências, nas diferentes instâncias de governo.

A efetividade desta participação contribui para a qualificação das ações que são desenvolvidas nos municípios da região. Entretanto, mesmo sendo uma participação ativa, ela tem ocorrido muito mais nas categorias de governo e profissionais, afastando assim, a sociedade civil destes fóruns de deliberação:

[...] não conseguimos que os principais atores na construção de um Sistema Municipal universalizado, resolutivo, de boa qualidade, humanizado, ou seja, os usuários participassem de maneira ativa deste processo. Muitas mudanças foram introduzidas na política de saúde do município de Chapecó a partir das eleições que conduzem ao poder uma administração de esquerda, num primeiro momento a ampliação do acesso aos serviços foi a prioridade, tanto nos serviços básicos como na oferta dos serviços de maior complexidade (SECRETARIA..., 1998, p. 05).

Em Chapecó (SC), uma das alternativas que vem sendo utilizada para que a participação da população aconteça efetivamente é através dos Conselhos Locais de Saúde, estratégia está que vem sendo desenvolvida nos bairros desde ano de 1998.

“A formação destes conselhos iniciou-se em 1998 com base na avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, quanto à necessidade de ampliar a participação popular para a

definição da política de saúde municipal.” (PIMENTA, 2000, p. 248-249).

Os Conselhos Locais de Saúde tinham sua organização a partir das coordenações das unidades de saúde locais e apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Este fato fez com que algumas pessoas envolvidas na discussão da política de saúde no município questionassem se isto não poderia proporcionar uma relação de subordinação dos mesmos à Secretaria de Saúde Municipal.

Este embate foi apontado e a alteração da composição do Conselho, encaminhado pelo Executivo, recebeu uma emenda no Legislativo, que defendia a inclusão das associações de moradores e não dos Conselhos Locais de Saúde, no CMS. Esta proposta foi colocada em votação na Câmara Municipal de Vereadores no ano 2001, sendo aprovada.

Após conhecer e corrigir distorções de paridade, representação, atuação entre outros, considera-se pertinente conhecer parte do perfil destes atores (conselheiros).

Mencionar-se-á aqui uma pesquisa desenvolvida por grupo de discentes e docentes do curso de enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó no ano 2005, em que faz uma análise do perfil do CMS. Foram coletados dados por amostragem, ou seja, oito conselheiros, sendo três do sexo masculino e cinco do feminino, representantes dos diferentes segmentos. Chegando-se aos seguintes resultados: A idade varia entre 30 a 58 anos, sendo dois entre 30 a 40 anos, três entre 40 e 50 anos e três entre 50 e 58 anos de idade.

Wendhausen (2002, p. 212) relata que a faixa etária entre 30 a 50 anos é considerada da maturidade, sendo coerente com a efetivação e participação “em uma instância onde é necessário ponderar determinados fatos para que se tomem decisões”. Figueiredo (2001) refere também que essa faixa etária considerada madura apresenta normalmente alto padrão de produtividade e responsabilidade.

Em relação ao grau de instrução, o nível superior se destaca, isto é, quatro conselheiros têm graduação, três tem especialização e um cursa o terceiro grau. Estes dados revelam uma importante informação quando analisado o alto nível de escolaridade dos conselheiros entrevistados. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 1996 a média da população com formação equivalente ao ensino superior no município nesta faixa etária se encontrava em 6,63% (DATASUS, 2005c). Este dado indica um quadro de conselheiros por um lado melhor preparado para o debate e, se necessário, embate no interior deste espaço, mas por outro lado, com perfil muito diferente da população que vários dentre eles representam.

Nas palavras de Tatagiba (2002, p. 69):

Embora ainda não tenhamos estudos voltados especificamente para a análise do perfil dos conselheiros, já dispomos de informações muito preciosas que se encontram diluídas no conjunto dos estudos, e que nos permitem realizar algumas considerações. A mais importante delas é o reconhecimento unânime da falta de capacitação dos conselheiros, tanto governamentais quanto não governamentais, para uma intervenção mais ativa no diálogo deliberativo no interior dos conselhos. Esse reconhecimento caminha junto com a defesa de programas de capacitação e com o debate sobre o conteúdo desses programas.

Em relação ao tempo que atuam como conselheiros de saúde, estes variam desde o início da instituição do CMS em Chapecó (1991), até ao último mandato 2004-2005, ou seja, um conselheiro está desde 1991 (alternando a representação de diferentes segmentos), seis participam em torno de 5 anos e um está a 2 anos.

O regimento interno do CMS de Chapecó recomenda que o mandato de cada conselheiro deve ser de dois anos, podendo ser renovável pelo mesmo período. Considerando os dados acima se percebe que há conselheiros atuantes no Conselho por um período maior que o previsto, mesmo que seja em diferentes segmentos.

Outro dado importante enquanto conselheiros, é como se deu à indicação ao CMS: dois representantes de usuários e um dos profissionais de saúde referiram que suas entidades promoveram discussões para indicar o representante, outros quatro referiram que foram indicados pelo “diretor” ou ainda a “entidade”, e um, o representante do governo refere ter sido escolhido, ou seja, por indicação do prefeito municipal.

Conforme coloca Wendhausen (1999) de forma clara e que concordo, quando propõe que, além das avaliações quantitativas para averiguar a existência, a composição e o funcionamento dos CMS, seria necessário realizar outras análises que considerem aspectos envolvidos na questão da qualidade dessa participação.

Para tal considera-se importante, os dados acima quando da análise da participação social e sua efetividade das políticas de saúde municipal, assunto este que será abordado no próximo capítulo deste estudo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS DADOS

Neste último capítulo de nossa dissertação, são apresentados os dados da nossa pesquisa empírica. Primeiramente esclarecemos os procedimentos metodológicos e depois apresentamos os resultados da coleta da pesquisa empírica.

4.1 METODOLOGIA DE ANÁLISE

O presente trabalho consiste em um estudo de caso acerca da democracia participativa a partir do processo de descentralização do Sistema Unificado de Saúde (SUS), cuja gênese se encontra no texto da Constituição Federal de 1988. O foco da dissertação recai sobre o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Chapecó (SC), órgão de caráter permanente e deliberativo, e a sua atuação no viés da sociedade civil como centro de decisão nas políticas de saúde. A presente pesquisa possui um caráter quanti-qualitativo.

De acordo com Marconi (1999, p. 20), na organização quantitativa “os dados devem ser, quanto possível, expressos com medidas numéricas. [...] Não deve fazer juízo de valor, mas deixar que os dados e a lógica levem à solução real, verdadeira”. Para Dias (1999), a pesquisa normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população.

Já a pesquisa qualitativa é associada a dados qualitativos, abordagem interpretativa e não experimental, análise de caso ou conteúdo (PATTON, 1980). Conforme Minayo (2000, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos. Que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Numa compreensão do contexto social da pesquisa qualitativa, Demo (2000, p. 152) destaca:

A pesquisa qualitativa quer fazer jus à complexidade de realidade, curvando-se diante dela, não o contrário, como ocorre com a ditadura do método ou a dimensão teórica que imagina dados evidentes. Fenômenos há que primam pela qualidade no contexto social, como militância política, cidadania, felicidade, compromisso ético, e assim por diante, cuja captação exige mais que mensuração de dados.

Para se atender a propósitos deste estudo, utilizou-se uma metodologia própria para condensação dos dados contidos nas Atas, Resoluções e encaminhamentos que se destacará no próximo item.

4.1.1 Coleta dos dados

A coleta de dados foi feita através do uso de dados primários e secundários. Entre os dados primários destaca-se a observação, por meio de participação de reunião no Conselho de Saúde e visando examinar a dinâmica das reuniões, das falas e decisões.

Com relação aos dados secundários, utilizaram-se a Legislação de criação do Conselho de Saúde, Portarias, Resoluções, Relatório das Comissões, Leis Municipais, Regimentos Internos e Atas das reuniões.

Em outro momento foram lidas as Resoluções e acompanhada à dinâmica das deliberações do CMS também condensado em instrumento de coleta de dados. Nas 15 Atas lidas observou-se que todas seguiam uma dinâmica: nome dos presentes; pauta da reunião; sugestões dos conselheiros presentes; apresentação de cada tema da pauta por meio do conselheiro que fez a sugestão, seguida de discussão em plenária e votação e/ou encaminhamentos; assuntos/informações gerais.

A partir da observação anterior formulou-se uma tabela contendo: nº da Ata; data; proposta/assunto; seguimento; resultado final. Com estes em mãos viu-se a necessidade de especificar mais os dados e construir-se uma segunda tabela contendo respectivamente: segmento; propostas apresentadas; número de falas geradas e segmento; resultado (Resolução, encaminhamento e/ou não aprovação). Nesta construção correlacionavam-se as 18 Resoluções e encaminhamentos com as respectivas Atas e efetivação destas, especialmente as advindas da sociedade civil.

4.1.2 Análise e interpretação dos dados

Para fazer a análise dos dados extraídos da pesquisa bibliográfica e documental foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Para Minayo (1993, p. 203), a análise de conteúdo visa “ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações”.

Seguindo o pensamento de que os CMS atuam sobre um sítio público/democrático de poder, faz-se imprescindível avaliar como esse poder está sendo articulado em uma composição paritária do CMS. Destaca-se que o controle social pode acontecer de forma distinta quando não é respeitada a representatividade dos segmentos. Configura-se, então, de maneira especial sobre o despreparo e condição real de participação dos usuários na compreensão do exercício do poder de deliberação.

4.2 RESULTADOS

Neste tópico faz-se uma análise dos dados coletados a partir do objetivo geral proposto neste estudo “verificar qual a relação entre as discussões/decisões ocorridas no processo decisório do CMS de Chapecó/SC e a efetividade das decisões, com ênfase na sociedade civil.” Para tal foram analisadas integralmente 15 Atas e 18 Resoluções entre o período de maio 2005 a 2006. Destas 15 Atas estão relacionadas às reuniões ordinárias e extra-ordinárias ocorridas no período proposto.

O CMS de Chapecó é composto por 56 conselheiros, sendo 28 suplentes e 28 titulares de forma paritária, conforme prevê a Lei nº 8.142/90, ou seja, 50% usuários, 25% profissionais de saúde e 25% representantes do governo e prestadores.

Devido à complexidade do setor saúde, este Conselho optou por formar comissões internas dando uma maior abrangência e resolutividade as suas tarefas. A Resolução nº 13 de maio de 2005 determina em seu artigo primeiro “Aprovar as composições das Comissões Permanentes e instruções complementares”. As disposições preliminares descrevem como cada comissão deve ser formada e os deveres das Comissões (Anexo B). Assim foram elaboradas a Comissão de Prestação de Contas; Comissão de visitas; Comissão de Norma; Comissão de Relatório de Gestão e Comissão de Conselho Local. O Ministério da Saúde

(2002) diz que Comissões do Conselho de Saúde podem estar previstas na Lei ou Decreto que cria o Conselho, ou ser instituída 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.

Uma outra particularidade não comum encontrada em CMS, é que em Chapecó o Presidente é do segmento dos usuários (representante do sindicato da construção civil), eleito em plenária conforme a Lei Municipal nº 4.445 de 2002.

A tabela 1 representa uma quantificação da análise das Atas de acordo com quatro indicadores: 1) Número de propostas apresentadas, 2) Número de falas geradas, 3) Número de resoluções geradas e, 4) Número de encaminhamentos gerados. É importante observar que os dados foram organizados de acordo com os setores do Conselho (governos/prestadores, profissionais e usuários), mas também foram criadas categorias para a Presidência, Diretoria e as Comissões, pois muitas propostas eram advindas destes segmentos, dificultando enquadrá-los em qualquer dos outros.

Os resultados da quantificação são os seguintes:

TABELA 1 – RESULTADOS GLOBAIS POR SEGMENTO

<i>Segmento/ representação</i>	<i>Nº e/ou % propostas apresentadas</i>	<i>Nº e/ou % de falas geradas</i>	<i>Nº e/ou % de Resoluções geradas</i>	<i>Nº e/ou % de encaminhamentos gerados</i>
Governo e prestadores	19 ou 23,4%	101 ou 32,4%	09 ou 50%	03 ou 10,4%
Profissionais de saúde	08 ou 9,8%	32 ou 10,2%	03 ou 16,6%	02 ou 6,9%
Usuários (sociedade civil)	07 ou 8,7%	18 ou 5,8	01 ou 5,6%	04 ou 13,8%
Usuário presidente	07 ou 8,7%	33 ou 10,6%	01 ou 5,6%	06 ou 20,6%
Diretoria	28 ou 34,6%	99 ou 31,7%	01 ou 5,6%	12 ou 41,4%
Comissões	12 ou 14,8%	29 ou 9,3%	03 ou 16,6%	02 ou 6,9%
Total	81 ou 100%	312 ou 100%	18 ou 100%	29 ou 100%

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

Todo esse processo 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” é uma “técnica de tratamento de dados considerada cientificamente, é caudatária das metodologias quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo” (MINAYO, 2004, p. 200). Basicamente a exploração do material constitui essencialmente na operação da codificação, trabalhando com as unidades de registro, buscando identificar o que é relevante, ou seja, as principais idéias apresentadas sobre o estudo.

Na análise dos dados conforme acima citados, observa-se que do total de propostas apresentadas em plenária no CMS, o segmento governo/prestadores, foi o que mais apresentou propostas, ou seja, 19, correspondendo a 23,4%, gerando 101 (32%) falas dos diferentes segmentos, resultando em 09 (50%) resoluções e 3 (10,4%) encaminhamentos. Em segundo lugar apresenta-se o segmento profissionais de saúde e em terceiro e último vem os usuários com 7 (8,7%) propostas, gerando 18 (5,8%) falas, 1 (5,6%) resolução e 4 (13,8%) dos encaminhamentos.

Observa-se que se for levado em consideração somente segmentos (usuários, governo/prestadores e profissionais), o governo/prestadores é o segmento que mais apresentou propostas, obteve maior número de resoluções, e gerou maior número de falas nos debates, em que os profissionais e usuários se fizeram atuantes. Observa-se também que muitas propostas vindas do governo/prestadores são exigências do Ministério da Saúde (Relatório de Gestão, Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, Plano Municipal de Saúde etc.). Necessariamente, o número expressivo de propostas não é vindo do Governo Municipal, e sim faz parte das Políticas Nacionais de Saúde.

Ressalta-se que nos dados da tabela 1 (p. 63), que o CMS de Chapecó dispõe de uma organização interna que visa facilitar o envolvimento de todos os conselheiros dentro de suas atribuições (Comissões, Diretoria), outra particularidade positiva deste CMS é o presidente ser do segmento usuário.

Na análise dos dados da Diretoria/agenda, Presidente/usuário e Comissões verifica-se que a Diretoria, que é composta por presidente (usuário), vice-presidente (governo/prestadores) e secretária (profissionais), foi a que mais apresentou propostas, no total 28 (34,6%), gerando 99 (31,7%) falas, 1 (5,6%) Resolução e 12 (41,4%) dos encaminhamentos. Na apreciação destes dados verifica-se que um grande número das propostas é oriunda da agenda, construída pela plenária no início da cada ano, por exemplo, apresentação do Programa de Gestantes Municipal.

Quanto às Comissões, compostas paritariamente, apresenta-se em seguida com 12 (14,8%) propostas, gerando 29 (9,3%) das falas, resultando em 3 (16,6%) Resoluções e 2 (6,9%) encaminhamentos. Por última, mas não menos importante, vem o Presidente/usuário em que apresentou 7 (8,7%) propostas, gerando 33 (10,6%) falas, 1 (5,6%) Resolução e 6 (20,6%) encaminhamentos.

Nos dados da tabela 1 (p. 63), numa análise geral, observa-se que o CMS quando em suas categoria (comissões, diretoria e presidente), apresenta maior número de pautas, 47 (58%), em relação aos setores/segmentos (governo/prestadores, profissionais e usuários) em que apresentaram 34 (24%) das pautas, porém, os segmentos mesmo apresentando menor número de pautas, obtiveram maior número de Resoluções 13 (72%), enquanto as categorias obtiveram maior número de encaminhamentos 20 (69%). Estes dados fortalecem o já exposto, em que muitas das propostas do governo são exigências e/ou Políticas Nacionais tendo que o Conselho gerar Resoluções para não perder verbas e/ou programas a nível municipal. Assim como muitas das pautas apresentadas pela categoria são oriundas da agenda, encaminhamento de outros setores e parecer das comissões.

Nas tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8 explanaremos cada segmento e categoria individualmente e também se fará apresentação de trechos escritos nas Atas de forma que possamos ilustrar as mais diferentes discussões que ocorreram dentro do CMS.

O Ministério da Saúde 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 freqüência das reuniões, a presença regular dos conselheiros às reuniões. 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 (BRASIL, 1997).

A idéia dos CMS não é apenas uma exigência legal, mas uma segurança em que a sociedade deixe de ser somente usuária dos serviços para ser também um agente de mudanças, podendo atuar através de seus representantes na formulação de estratégias das políticas públicas de saúde, atendendo às necessidades e interesses da coletividade e cooperando para o processo de democratização do país.

Nos dados da tabela 2, observa-se que apesar da sociedade civil não apresentar propostas de número significativo em relação a outros segmentos, mostra-se bastante presente nas discussões e/ou debates, o que demonstra o envolvimento e participação deste segmento com as Políticas Municipais de Saúde.

TABELA 2 – SEGMENTOS E NÚMEROS DE FALAS GERADAS

Segmento/representação	Nº e/ou % falas geradas
Profissionais	77 ou 24,7%
Usuários	134 ou 42,9%
Governo/prestadores	101 ou 32,4%
Total de falas	312 ou 100%

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

Se forem tomados os números de forma isolada, veremos que o segmento mais participativo nas discussões é o usuários, com 42,9% de participação no total de falas. Em seguida aparece o governo/prestadores com 32,4% e o setor menos participativo nas discussões é o profissional de saúde. Neste caso, chama a atenção que os usuários são o setor mais ativo, tanto em relação ao governo quanto em relação aos profissionais. De fato, a pouca participação dos profissionais também é notável, supondo-se sua capacidade técnica para participar das discussões.

Conforme Borba (2004), a importância da composição e instalação do CSs 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).

Estudos e pesquisas mostram dados positivos junto aos CMS. Mesmo assim, fazem-se necessários indicadores atuais para avaliar o processo no decorrer dos anos, no aspecto da representatividade e das deliberações conscientes de todos os conselheiros. Em relação à eficácia na deliberação, Tatagiba (2002, p. 92), relata:

Avaliar a capacidade deliberativa dos conselhos e o seu impacto no processo de produção das políticas públicas é uma tarefa que ainda só pode ser feita de forma

tentativa, seja pelo fato de tratar-se de experiências muito recentes, seja pela dificuldade em estabelecer parâmetros seguros para análise. Em geral, as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa.

É relevante a observação em termos de avaliação da atuação dos Conselhos, podendo desta forma, se fazer uma comparação entre o que preconiza a legislação e aquilo que acontece nas esferas representativas e deliberativas de políticas públicas através dos Conselhos.

Dentre os vários fatores de dificuldades na análise da atuação dos Conselhos é importante considerar a relevância das experiências já ocorridas em diversos espaços de atuação dos CMS. Também demonstram avanços significativos na participação dos cidadãos, neste novo modelo institucional com responsabilidade de elaboração/criação de políticas públicas.

A história da humanidade e o próprio ser humano se apresenta carregado de incoerência. As mesmas estruturas e os mesmos métodos sociais que se constituem instrumentos ou ambiente de poder e dominação estabelecem também potenciais de resistências e enfrentamento ao poder legitimado organizando-se em ambiente de concepção e construção do novo. Foucault (1988) refere que o poder se mantém e fortalece não apenas por sua capacidade de negar, de proibir, mas, sobretudo por sua capacidade de produzir saberes e discursos e de induzir ao prazer.

A seguir a apresenta-se e análise de dados por segmento representado no CMS.

4.2.1 Governo

Em relação às propostas encaminhadas pelo governo, pode-se realizar a seguinte tabulação dos dados mencionados nas Atas:

TABELA 3 – SEGMENTO GOVERNO

Segmento	Número proposta	Número de participantes Nas discussões	Resultados positivos (nas decisões)	Resultados negativos (nas decisões)
Governo/ prestadores (25%)	19	Governo 33 Usuários 32 Profissionais 36	- CMS participar Comitê Municipal de controle social do Programa Bolsa Família e Comitê Materno Infantil; - Aprofundar cálculos relatório de gestão 2004; - Resoluções 17,18, 19,21, 23, 24, 25 e 29; - Pacto Indicador Atenção Básica.	

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

Nesta tabela 3 pode-se notar que é grande o número de participantes do governo nas discussões. Do próprio governo são 33, sendo o segmento mais participativo os profissionais (36) e depois os usuários (32). Mesmo assim há um forte equilíbrio entre os segmentos no que tange a participação no diálogo e na discussão.

Na teoria de Foucault, a dimensão do poder não pode ser vista somente do lado negativo e proibitivo, mas na relação da construção de mecanismos de envolvimento e de responsabilidades das esferas que representam esse poder institucional. Foucault (1988, apud WENDHAUSEN, 2002, p. 125), destaca que o poder não é algo somente negativo, proibitivo, como a primeira vista se pode pensar:

Por que se aceita tão facilmente essa concepção jurídica do poder? Numa sociedade como a nossa, onde os aparelhos de poder são tão numerosos, seus rituais são tão visíveis, e seus instrumentos tão seguros, que foi a mais inventiva em mecanismos de poder sutis e delicados, por que essa tendência de reconhecê-lo sob a forma negativa e desencarnada da interdição?

Sabe-se que na condição do poder, comumente prevalece à ação da argumentação e persuasão sobre os demais. Nos CMS, o poder não é preciso ser visto como negativo, porém em muitos os casos há uma prevalência no que tange a deliberação de políticas entre os representantes do governo e profissionais de saúde sobre os representantes dos usuários do sistema, condicionando um poder maior desses segmentos a partir do saber, em condição de atuação no setor que representa, o que se destaca nesta análise.

Para Foucault (1988, p. 241), a resistência faz parte do movimento no qual o poder se constitui, sendo tão produtivas e criativas quanto ele, “jamais somos aprisionados pelo poder, podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma

estratégia precisa”.

A seguir, isolamos um dos trechos da Ata que ilustra a dinâmica das discussões envolvendo o setor governamental. Segue a transcrição literal do texto:

Discussão: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Secretário Municipal de Saúde enviou a seguinte matéria ao CMS justificando: em virtude do aumento de doenças profissionais causadas por esforço repetitivo como as LERs e DORT com o objetivo de conter as doenças através de ações educativas e de acompanhamento de casos já diagnosticados, busca implantar o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador com abrangência regional. E com implantação gradativa.

Presidente/usuária: destacou que todos os conselheiros receberam o encaminhamento e participaram da discussão na reunião extraordinária do dia nove de fevereiro, sendo neste momento o 1º passo a aprovação do CEREST e em seguida a formação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (ACIST), possivelmente isso ocorrerá em final de março.

Conselheiro/governo: informa que um profissional de fisioterapia está em Florianópolis participando de capacitação para implantação do CEREST, podendo na próxima reunião do CMS expor e auxiliar na composição da ACIST.

Presidente/usuária: ressalta ser este assunto, saúde do trabalhador, consta no Plano Municipal de Saúde, aprovado por este Conselho.

Encaminhamento: aprovado a implantação do CEREST.

Observa-se que a apresentação dessa proposta pelo segmento governo/prestadores, gerou um número pequeno de falas e exclusiva entre Secretário Municipal de Saúde e o presidente/usuário, o que não podemos considerar uma discussão, e sim um esclarecimento sobre Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (ACIST). Essa proposta não é uma política de saúde exclusiva do município de Chapecó e sim uma indicação e/ou exigência das Políticas de Saúde do Estado e Ministério da Saúde. Por fim, isso só fortalece o que já se mencionou anteriormente: muitas das propostas de pauta apresentadas pelo segmento governo/prestadores são vindas do Ministério da Saúde e do Estado (SC). É o que mostra o exemplo acima, que trata do CEREST, que pode ser assim explicado. Conforme a Portaria nº 324, de 12 de maio de 2006, o Secretário da Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a Portaria GM/MS nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005:

que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências; Considerando a Portaria GM/MS nº 2.458, de 29 de dezembro de 2005, que redefine os valores do incentivo para custeio e manutenção dos serviços habilitados como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, resolve: Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, as Normas para a Habilitação e Cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - (CEREST). Parágrafo único - As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde deverão adotar as medidas necessárias para a habilitação e cadastramento dos Centros de que tratam o caput deste artigo.

4.2.2 Usuários

Na análise deste segmento, percebe-se que a organização da sociedade civil é determinada pela Constituição Federal e pela Lei Complementar nº 8.142/90, que enfatiza a participação popular como estrutura à gestão do SUS nos aspectos reais do cotidiano, e de forma transparente, do comprometimento coletivo e efetividade dos resultados. É uma relação direta com o nível de consciência política e de organização da sociedade civil. 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” (DEMO, 2001, p. 28).

Observa-se, conforme dados a seguir (tabela 4) que, em relação às propostas, a sociedade civil traz situações que estão envolvendo a sociedade no momento (reclamações, denúncias) e também questões pontuais e particulares, como acesso a gravações das fitas das reuniões do CMS, nome por extenso nas Atas, etc.

TABELA 4 – SEGMENTO USUÁRIOS (SOCIEDADE CIVIL)

Segmento	Número proposta (07)	Número de participantes Nas discussões	Resultados positivos (nas decisões)	Resultados negativos (nas decisões)
Usuários (50%)	1. Alterar pauta; 2. Acesso fitas (gravações) CMS; 3. Esclarecimento SMS/denúncias (desvio de dinheiro da saúde na administração anterior); 4. Reabilitação auditiva (nome empresa prestará serv.); 5. Constar nome inteiro conselheiro nas Ata (nome e sobrenome); 6. Reclamações atendimento rede municipal; 7. Confraternização dezembro.	Governo 4 Usuários 10 Profissionais 4	- Consenso Comissão Normas ver forma legal de acesso as gravações (Resol.); - Secretaria Saúde atual esclarece que estão sendo tomadas providências cabíveis. Decidido que a Ata quando mencionado o conselheiro colocar o nome inteiro; - Na administ. anterior a empresa que fornecia serv. auditivo deu muitos problemas. Conselho sugere que esta empresa não participe; - Orientado fazer denúncias através do fone atendimento ao usuário e/ou no local de ocorrência; - Confraternização final do ano entre conselheiros.	Seguir pauta

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

O número de propostas apresentadas pelos usuários considera-se baixo, (07), se considerarmos o total apresentado (81). Os próprios usuários neste caso apresentam-se com maior número de debatedores (10), que neste caso, tem a ver com a colocação e defesa das propostas. A participação do segmento governo, e profissionais também é de baixo número (04 respectivamente).

Analisando-se este segmento (usuários), onde participam 14 representantes titulares, acredita-se que por não fazerem parte da instituição saúde, apresentam dificuldades em indicar propostas de uma amplitude maior. Porém, se fazem presentes e atuantes nas estratégias e deliberações no contexto geral deste colegiado.

Fazendo uma analogia de democracia participativa, os CMS têm um papel definitivo em expressar o direito e o poder de decisões dos conselheiros dos diferentes segmentos, para deliberarem de forma consciente, sobre o instrumento de suas competências, previstas em normas e regulamentos dos Conselhos.

Verifica-se aqui, que de todas as propostas indicadas pelos usuários somente uma não foi aprovada (alterar pauta), para as outras foram dados encaminhamentos em plenária.

Conforme proposta deste estudo acompanhou-se o desenvolvimento destes encaminhamentos, sendo que todos foram atendidos, implantados, averiguados e realizados. Diante disso pode-se dizer, que tal atitude demonstra o respeito e a igualdade que os segmentos apresentam mutuamente dentro do CMS.

Um trecho das Atas que nos revela o contexto das discussões em relação a este segmento do Conselho é o seguinte:

Discussão: acesso gravações de fitas das reuniões do CMS

Conselheiro/usuário (1): questiona que quer ter acesso às fitas gravadas nas reuniões.

Presidente /usuário: informa que o Regimento não prevê esta situação, pois as atas são digitadas a partir da fita e uma vez aprovadas não teria o porquê de ouvi-la.

Conselheiro/governo: lembrou que idéia de gravar as reuniões foi para facilitar o trabalho da secretária na elaboração das atas sendo que sempre estiveram a disposição para ouvir.

Conselheiro/usuário (1): Questiona se poderia trazer fitas para regravar.

Presidente/usuário: argumenta que o acesso não é negado, porém é complicado as fitas saírem do conselho; informa que a secretária arquiva as fitas por não haver uma definição no regimento.

Conselheiro/usuário (1): volta a questionar o acesso às fitas e regravá-las.

Conselheira/profissionais: lembra aos conselheiros que nunca foi negado o acesso às fitas quando qualquer conselheiro necessitar ouvir; posiciona-se contrária à saída das fitas do CMS.

Conselheiro/usuário (2): destacou que sempre teve acesso às fitas quando surgiram dúvidas, sugerindo que se discutisse o assunto no próximo ano para possíveis alterações no Regimento.

Conselheiro/governo: lembra que esta discussão é também de outros anos e que sempre as fitas estiveram à disposição para serem ouvidas aqui (CMS).

Conselheira/profissional: repassa que a Comissão de Normas já está alterando a lei 4.300 e que poderia estar pensando no novo regimento com parágrafo específico para este assunto, pois atualmente não contempla nada do assunto.

Presidente/usuária: propõe encaminhar à Comissão de Normas que estude a forma legal que contemple o Regimento e apresente em plenária.

Encaminhamento: *Sugestão aprovada pelos presentes que a comissão de normas verifique a forma legal desta solicitação.*

Esta discussão reafirma o que Carvalho (1995, p. 21) numa análise dos limites da atuação dos Conselhos de Saúde, constata ao mostrar que as discussões raramente conseguem envolver questões mais amplas das políticas públicas de saúde. Os temas trazidos para debate em suas reuniões se restringem, na maioria das vezes, a reclamações pontuais, reivindicações e denúncias sobre os serviços de saúde.

Observa-se que ao apresentar a proposta, gerou-se um número expressivo de falas envolvendo todos os segmentos. Conforme a secretária do Conselho colocou informalmente “os conselheiros se manifestavam com certa indignação, por estarem usando um tempo precioso com bobagens particulares”. Destaca-se também que a Presidente/usuária encaminha a situação de forma em que o Conselho decida dentro de sua legalidade, não ferindo a solicitação do usuário e nem a posição legal do CMS.

Partindo do princípio de que os Conselhos de Saúde atuam sobre um espaço democrático de poder, decisão e de deliberação de políticas em saúde, faz-se necessário analisar como esse poder está sendo articulado em sua composição. Em uma composição paritária dos CMS, destaca-se que o controle social pode acontecer de forma diferenciada quando não é respeitada a dimensão representativa dos segmentos. Configura-se, então, de maneira específica sobre o despreparo e condição real de participação dos usuários na relação direta do exercício do poder de decisão.

4.2.3 Profissionais da saúde

Na tabela 5 poderemos acompanhar e analisar o segmento dos profissionais que se apresenta com 25% dos representantes no CMS.

TABELA 5 – SEGMENTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Segmento	Número proposta	Número de participantes Nas discussões	Resultados positivos (nas decisões)	Resultados negativos na reunião
Trabalhador da saúde (25%)	08	Governo 9 Usuários 10 Profissionais 13	- R-31; - R-27; - CMS manifestar apoio equiparação salarial/ofício executivo; - Enviar ao CNS experiências para concurso nacional experiências bem sucedidas em controle social; - Protocolo da fisioterapia; - Laboratório de processamento de plantas medicinais.	

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

Este segmento apresentou oito propostas. Destas, resultaram 32 falas dos diferentes segmentos (13 dos próprios profissionais, 10 dos usuários e 09 do governo), duas Resoluções e três encaminhamentos.

Quanto às atribuições legais e o ambiente de atuação dos Conselhos, o Ministério da Saúde aponta que “a lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar nas formulações de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições próprias dos poderes Executivo e Legislativo.” (BRASIL, 2001, p. 53).

Diante do princípio legal afirma-se que os CS detêm um poder deliberativo garantido, e que sua alçada tange em uma enorme responsabilidade na edificação de estratégias atreladas à formulação, controle e execução das políticas de saúde. Isto se fundamenta numa dinâmica de discussões e deliberações aprovadas de forma consensual, nas reuniões plenárias dos conselhos. É imprescindível, então, ter a habilidade de saber e ouvir o outro segmento representativo, e ter consciência sobre o significado do bem público, do papel do Estado e da ampla representação do conjunto da sociedade.

A participação social é um modo de se efetivar a democracia, por meio da inserção de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS, como elementos ativos em discussões, formulações e fiscalização das políticas de saúde, num processo de legitimidade e de transparência. A participação representativa das comunidades acontece de forma institucionalizada, através dos Conselhos Municipais de Saúde e de Conferências que permitem o desenvolvimento de ações correspondentes às políticas de saúde, de interesse da sociedade civil organizada.

A seguir relatam-se trechos de discussões levantadas por este segmento.

Discussão: Laboratórios de processamento de plantas medicinais:

Conselheiro/Profissionais: solicita que seja exposto ao conselho a quanto anda o laboratório de Plantas Medicinais do município;

Profissional/visitante: informa que os equipamentos já foram comprados faltando o concurso para o profissional que atuará que possivelmente será no mês de agosto/05. A Unochapecó já enviou minuta de contrato para parceria. Continuando informa que neste local não será feito medicamentos tipo tintura pelo custo elevado;

Conselheiro/usuário (1): questionou o farmacêutico ser de outro município;

Profissional/visitante: responde dizendo que este farmacêutico não faz mais assessoria e sim profissionais da Unochapecó;

Conselheira/usuária (2): menciona que em visita da comissão ao laboratório observaram com preocupação a qualidade;

Presidente/usuária: finaliza o assunto manifestando que o CMS cobrará da SMS um farmacêutico responsável pelo laboratório.

Analisando esta discussão observa-se que apesar dela ser oriunda do segmento profissionais, é a sociedade civil que manifesta maior preocupação com o assunto de forma detalhada e se mostrando interessada no assunto proposto pelos profissionais. Reforçando as palavras de Lindblom (1981) que diz que em todos os sistemas políticos as pessoas reúnem fatos para proceder à 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.

4.2.4 Diretoria

Nos dados da tabela 6, para melhor entendimento da dinâmica do CMS, optou-se por analisar diretoria/agenda de forma separada, ou seja, ela é composta por um presidente (usuária) um vice-presidente (governo) e uma secretária (profissionais). A Diretoria foi eleita em plenária e não tem poder de decisão/deliberação, pois todas as propostas, sugestões e

esclarecimentos são colocados em plenária para discussão e encaminhamentos conforme opção da plenária.

TABELA 6 – DIRETORIA/AGENDA

<i>Representação</i>	<i>Número proposta</i>	<i>Número de participantes nas discussões</i>	<i>Resultados positivos (nas decisões)</i>	<i>Resultados negativos na reunião</i>
Diretoria/ agenda 1- Presidente (usuária) 1-Vice (governo) 1-Secretária (profissionais)	28	-Governo 38 -Usuários 48 -Profissionais 13	- SMS montar processo credenciamento APAE; - Aprovada as comissões; - Divulgação CMS/diretoria (mídia); - HRO informar datas reunião conselho de administração; - APAE oficial pedido de credenciamento SMS; - Convidar representante SES e Gov. Estadual; - Apresentação prog. gestantes quando pronto; - Mesa redonda discussão Saúde Trabalhador; - Reuniões na câmara vereadores; - Acompanhar pendências (Atas, Resoluções, encaminhamentos); - Aprovada logomarca CMS Chapecó; - Apresentação diversos programas SMS; - Ouvir novamente fita para esclarecer dúvidas.	

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

Percebe-se nesta tabela 6, que o número de propostas da Diretoria é alto (28), sendo discutido pelos usuários (48), governo (38) e depois pelos profissionais (13). Novamente o segmento usuário é mais presente no debate. Observa-se também nesta análise que algumas das propostas de pauta colocadas em discussão são solicitações vindas de outras instituições. Um exemplo foi da APAE que solicita credenciamento ao SUS através do CMS. Outras propostas são da agenda elaborada no início de cada ano em plenária, em que cada conselheiro e/ou segmento coloca proposta de assuntos a ser apresentado para o CMS, por exemplo: apresentação pela SMS do programa de gestante, saúde do trabalhador.

Uma situação bastante relevante e que chamou atenção está na diretoria reunir-se periodicamente para averiguação e acompanhamento de pendências que tenham ficado em reuniões do CMS, como por exemplo: Atas, Resoluções, encaminhamentos entre outros. Quanto ao acompanhamento das decisões/deliberações observou-se que alguns não foram realizados como: reunião na câmara de vereadores por incompatibilidades de agendas (datas); divulgação do CMS (ações, reuniões, decisões etc.) jornal do CMS (falta de verba/orçamento). Salienta-se que a Diretoria coloca a proposta/pauta como Diretoria, porém, debate, vota e delibera como representação (segmento).

Ressalta-se neste estudo, que a partir da última composição do Conselho ou mandato (2004/2006) criou-se uma nova dinâmica para formulação da agenda, oferecendo a todos oportunidade de sua elaboração. É importante observar esta evolução do colegiado, que partiu de um conselheiro do segmento usuário, esta dinâmica consiste em que, até 48 horas antes da reunião, os conselheiros apresentam suas propostas de discussão, além das já programadas, através de um formulário (Anexo C), para a secretária do Conselho. Conforme se acompanhou em algumas reuniões e pelo relato informal dos conselheiros, esta dinâmica melhorou muito a participação efetiva, assim como agilizou as reuniões.

O Ministério da Saúde relata:

em princípio que a deliberação final não deve excluir nenhum dos três segmentos: dois ou três segmentos não devem ‘bater chapa’ contra o(s) outro(s), pelo fato de o SUS somente poder cumprir o acesso universal aos serviços, à equidade e à integralidade, com a adesão e participação dos três segmentos (BRASIL, 2001b, p. 59).

Nesta relação de representação dos segmentos, o mecanismo deliberativo prevalece na forma de consenso, mas de responsabilidade em resguardar os princípios do SUS, como essência do sistema. O texto, também destaca “as deliberações, no campo da formulação de estratégias mais pertinentes, relevantes e oportunas, que implicam a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do Gestor (governo), devem ser homologadas pelo governo, isto é, transformadas em ato oficial do gestor”.

Em uma relação de poder, o CMS em sua constituição, garante a cada segmento o direito de deliberação, mas a execução dos atos administrativos está restrita aos governos, cabendo aos conselheiros seu acompanhamento e fiscalização.

Conforme o Ministério da Saúde, Brasil (1998), “as deliberações” são referentes ao controle da execução das políticas de saúde, verificação das coerências dos atos do gestor, dos programas e ações de saúde com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos

na saúde e seus resultados para a população.

Abaixo, mais um trecho das Atas destaca aspectos da discussão neste segmento:

Discussão: Metodologia para Pauta

Conselheiro/usuário (1) e conselheiro/governo (1): sugerem que fosse usada uma forma metodológica (formulário) para assuntos definidos na reunião deixando livre para assuntos de última hora.

Conselheiro/governo/diretoria: contribui dizendo que a metodologia vem para facilitar a justificativa da pauta agilizando as reuniões.

Conselheiro/usuário (2): manifesta posição contrária à metodologia.

Conselheira/profissional/diretoria: entende que a metodologia facilita também a agenda de 2006.

Conselheiro/governo (1): contribui que o conselho tem uma metodologia de pauta que representa um crescimento.

Conselheiro/usuário (3): que assuntos de última hora possam ser preenchidos na hora da reunião.

A secretária do conselho: propõe-se a preencher ou colocar as propostas no papel para quem tiver dificuldade.

Presidente/usuário/diretoria: encaminha a seguinte proposta: que a pauta já pré-estabelecida, seja enviado aos conselheiros juntamente com o formulário metodológico e cada conselheiro poderá se quiser e/ou for necessário colocar outras propostas para esclarecimento ou discussão em reunião, e as de última hora sejam justificadas verbalmente em plenária.

Encaminhamento: aprovada metodologia/formulário.

Observando de fora à dinâmica deste Conselho, arrisca-se a afirmar que esta foi uma das grandes evoluções do Conselho no que diz respeito à paridade, pois todos têm a igual oportunidade de lançar suas propostas. Salienta-se que esta proposta (formulário) foi oriunda da união de opiniões de representantes de dois segmentos usuários e governo, o que resultou em plenária de discussões e construção de um formulário padrão, assim como regras para sua apresentação. Uma observação que chama atenção é em relação a conselheiros que tenham dificuldade em escrever ou se expressar, para estes a secretária do Conselho propõe-se em auxiliar colocando no papel suas propostas, dúvidas, reclamações etc.

A Organização Mundial de Saúde defende que as pessoas não têm apenas direito à igualdade de chances em saúde, à assistência ou à informação, mas também à participação

(WHO, 1985). Isto requer a capacidade de definir, reconhecer e formular suas necessidades, bem como recorrer, quando necessário, aos serviços de saúde para resolver de forma adequada tais necessidades. Uma participação mais efetiva requer ainda a utilização das oportunidades disponíveis, não somente para obter informações necessárias ao enfrentamento das adversidades vivenciadas, mas também para analisá-las de forma crítica e construtiva, extraindo delas os fundamentos para agir de forma eficaz e obter resultados satisfatórios.

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.

4.2.5 Comissões

A seguir apresentam-se dados e análise das Comissões do Conselho de Saúde de Chapecó. Conforme informações da presidência do CMS, o Conselho apresentava dificuldades na análise de prestação de contas, fiscalização de serviços denúncias e deliberações, familiarização com normas de determinações e apresentava-se com uma certa distância da comunidade, especialmente dos Conselhos Locais de Saúde. Para poder diminuir este problema em 19 de maio de 2005, foi aprovada em plenária a composição das Comissões Permanentes e Instruções Complementares.

Na leitura e análise das Atas, constata-se que, por inúmeras vezes nas propostas/pautas, apresentam-se, como proponente, as Comissões que foram designadas neste estudo como categorias, mas analisadas em falas e votações conforme seu segmento de representação. Os resultados tabulados são os seguintes:

TABELA 7 – COMISSÕES

Representação	Número proposta	Número de participantes Nas discussões	Resultados positivos (nas decisões)	Resultados negativos na reunião
Comissões paritárias: 2 usuários 1 governo 1 profissionais	12	Governo 8 Usuários 16 Profissionais 5	- Resolução - Encaminhamento CMS cobrar SMS farmacêutico lab. plantas medicinais; - Apresentação de sugestões pela comissão e aprovada pela plenária a SMS (Resol.); - Aprovada as sugestões comissão de visitas (Resol).	

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborado por Marta Kolhs.

Na análise desta categoria, verifica-se que ela envolve os conselheiros nas diferentes tarefas do CMS, proporcionando ao conselheiro o conhecimento de suas atribuições com mais clareza e efetividade, de forma que fazer parte das reuniões é apenas uma de suas atribuições.

Observa-se também que das 12 propostas apresentadas induziram a 31 falas, 03 Resoluções e 01 encaminhamento. O Ministério da Saúde diz que as Comissões do Conselho de Saúde podem estar previstas na Lei ou Decreto que cria o Conselho, ou serem 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 (BRASIL, 2002a).

As comissões têm a função de auxiliar a plenária do Conselho, munindo-os de informações e/ou pareceres para debates, para posterior deliberação sobre formulação de estratégias e controle da execução das Políticas Públicas de Saúde.

Pateman (1992) argumenta que a participação desenvolve atitudes de cooperação, integração e comprometimento com as decisões, bem como aumenta o senso de eficácia política.

Uma das discussões que envolveram este segmento foi a seguinte:

Apresentação em Plenária: Comissão de visitas.

Apresentação de sugestões no geral das visitas realizadas em onze Unidades e Centros Integrados de Saúde:

- que haja uma pessoa que circule nos corredores, para esclarecer e encaminhar os usuários nas unidades básicas de saúde;
- que o agendamento médico seja informado o dia e hora do atendimento;

- que os direitos e deveres dos usuários e servidores sejam expostos nas unidades;
- que o relatório de visitas seja disponibilizado para Secretaria Municipal de Saúde e servidores da unidade;
- esclarecer o que é urgência e emergência nas unidades, escolas e nos conselhos locais de saúde.

Sugestões para o Centro Integrado Santa Maria:

- ampliação da área física, área coberta, bancos, drenagem na área externa, readequar o espaço interno separando recepção e farmácia;
- servidores do balcão precisam informar melhor os usuários, precisam informar melhor os pacientes. Os usuários desta unidade sugeriram a construção de Centro de saúde no Bairro Esplanada;
- organização do Conselho Local de Saúde para melhorar a resolutividade no Centro de Saúde, definir melhor a dinâmica de distribuição de fichas para o dentista.

Encaminhamento: aprovada.

Observou-se que as reformas sugeridas no Centro Integrado de Saúde Santa Maria, já estão em andamento.

Nota-se que as Comissões, aqui em especial a de visitas, apresenta-se atuante frente a suas atribuições, ou seja, ouve o usuário do sistema, considera as estruturas físicas dos serviços de saúde, trazendo benefícios tanto para comunidade como para o profissional de saúde. O que chama atenção é que esta comissão não tem uma visão “paternalista”, pois instiga mudanças, orientações, modificações e organizações num contexto geral, envolvendo a comunidade e unidade de saúde, assim como incita a comunidade a se organizar em busca de suas necessidades e/ou prioridades em saúde.

Concorda-se com Lindblom (1981) quando 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. Deste modo, influenciar nas deliberações é uma particularidade das pessoas que reconhecem que a participação nesse processo não é uma prerrogativa de alguns, mas uma atitude necessária para a democracia de nossas políticas, aqui em especial a da saúde.

4.2.6 Presidência

A próxima apresentação de dados talvez seja inédita no CMS Chapecó e em muitos outros municípios. Pela primeira vez na história deste município o Presidente do CMS é uma usuária, mulher, eleita em plenária. Nas Atas analisadas fica bastante claro que a presidente não se posiciona somente como uma mediadora, mas como conselheira de forma ativa. Verificando-se esta particularidade é que se propõe na tabela 8.

TABELA 8 – PRESIDÊNCIA

<i>Representação</i>	<i>Número proposta</i>	<i>Número de participantes nas discussões</i>	<i>Resultados positivos (nas decisões)</i>	<i>Resultados negativos na reunião</i>
Presidente Usuária	1. Acolher Chapecó (esclarecimento da retirada do programa pela SMS) ; 2. Antecipar ordem pauta; 3. Antecipar reunião dez. extraordinária; 4. Proposta resolução processo eleitoral; 5. Saúde do Trabalhador; 6. Divulgação investimentos SES e em outros hospitais do Estado.	Governo 9 Usuários 18 Profissionais 6	- Encaminhamento: Discutir SUS, PSF e acolhimento; - Antecipar reunião dezembro; - Enviar moção descontentamento SES e Gov. Estadual; - Organizar conferência fase municipal; - Solicitar verbas CMS ao Executivo; - Novo prazo SMS/relatório de gestão; - Processo eleitoral CMS (Resol.); - Realização da 1ª Conferência Saúde do trabalhador e educ. em saúde.	

FONTE: Atas maio de 2005 a maio de 2006

NOTA: Elaborada por Marta Kolhs.

Nesta análise verificam-se 07 propostas apresentadas, gerando 33 falas, 01 Resolução e 07 encaminhamentos. Observa-se que as propostas apresentadas são da área de abrangência de interesse do CMS, de esclarecimentos, reivindicações e encaminhamentos.

A Lei nº 4.445 de 2002 acrescenta o 4º ao artigo 9º da Lei nº 4.300 de 2001, em que diz:

Art.9.º [...] 4º Caberá aos Conselheiros a designação de Presidente, do Vice-Presidente e do Secretario Executivo, que deverão ser eleitos entre seus membros titulares considerando-se eleitos os que obtiverem o maior número de votos respectivamente.

Segue análise de trecho da Ata que revela a natureza das discussões em relação à presidência:

Parte das discussões em Ata: Proposta - Programa Acolher:

Presidente/usuária solicita a coordenadora de enfermagem esclarecimento sobre a retirada das unidades básicas de saúde do programa “Acolher Chapecó”.

A coordenadora explica que o programa tinha baixa resolutividade no atendimento onde se valorizava a quantidade e não a qualidade, onde a maioria dos servidores da enfermagem se sentiam pressionados por não poder dar o encaminhamento adequado ao usuário devido às limitações de suas capacidades profissionais (conforme conselho regional de enfermagem), os enfermeiros não podem e não devem realizar atividades pertinentes aos médicos.

Conselheiro/usuário mencionou, que houve uma moção de apoio na IV Conferência Municipal de Saúde e o Prêmio David Capistro, expôs também que vivenciou a situação de um paciente que não estava bem, estava com “azia” e na sua visão se tivesse o Acolher não teria ficado sem atendimento.

Conselheiro/usuário (outro) menciona Acolher, abriu acesso aos usuários e se profissionais se mostravam insatisfeitos e/ou com dúvidas, deveria se clarear a função de cada um, devendo ser discutido o acolher.

Presidente/usuária ressalta a importância de se discutir entre os profissionais o Acolher e saber como funciona hoje.

Conselheiro/governo explica que houve interrupção do Programa Acolher nos moldes anteriores, que o acolhimento existe sim, atualmente através do Programa Saúde da Família.

Encaminhamento: colocar na agenda para discussão “Acolher Chapecó”.

Neste trecho da Ata ilustra-se a preocupação da presidente, quanto da retirada do programa ‘Acolher Chapecó’ das Unidades de Saúde do Município. Travam-se aí discussões sobre a pertinência, aceitação e eficácia do programa na visão do usuário do sistema e do profissional de saúde da unidade. Observa-se que os representantes dos usuários são os que mais se manifestam no pedido de esclarecimento e posicionamento frente à atitude da SMS. Observa-se que o presidente/usuário evidencia que seja esclarecida em plenária e que todos possam ouvir, opinar e se necessário deliberar sobre o programa.

Fica bastante claro que o conselheiro para desempenhar um papel considerado de relevância pública, deve possuir compromisso e responsabilidade, conforme afirma Correia (2005), com a delegação de poder outorgada pela sociedade. Também, deve estar consciente de seu papel representativo, para isso, deve conhecer o espaço do CMS, seus limites e

possibilidades, além de estar vigilante para as suas funções determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde e para o papel deliberativo que exercem no CMS.

O Ministério da Saúde também caracteriza de forma clara o que vem a ser a função do Conselheiro de Saúde:

Ser conselheiro é uma função política [...] ele não pode deixar de prestar atenção aos conflitos que se armam e que acompanham todas as etapas da sua tarefa, obrigando-o a agir com habilidade, paciência e perseverança, para demonstrar armadilhas políticas e burocráticas e perseguir negociações, em nome da obtenção de resultados consensuais que tomarão os Conselheiros mais produtivos (BRASIL, 2002a, p. 107).

Em referência sobre o controle social, o Ministério da Saúde, assim se posiciona:

Controle social é aqui entendido como controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais, [...] deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático (BRASIL, 1998, p. 24).

É possível identificar as diversidades das condições de organização dos Conselhos de Saúde, e de sua inter-relação com as entidades organizadas. Neste aspecto destaca-se a questão da representação, e que, em muitos casos, deixa a desejar na qualidade e no envolvimento representativo. Isto pode comprometer a consolidação do processo de controle social na saúde.

Estudos e pesquisas mostram dados positivos junto aos Conselhos de Saúde, mesmo assim, fazem-se necessários indicadores atuais para avaliar o processo no decorrer dos anos, no aspecto da representatividade e das deliberações conscientes de todos os conselheiros.

No que tange a eficácia na deliberação, Tatagiba (2002, p. 92), relata:

Avaliar a capacidade deliberativa dos conselhos e o seu impacto no processo de produção das políticas públicas é uma tarefa que ainda só pode ser feita de forma tentativa, seja pelo fato de tratar-se de experiências muito recentes, seja pela dificuldade em estabelecer parâmetros seguros para análise. Em geral, as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa.

É relevante a discussão nos termos de avaliação da atuação dos Conselhos Gestores, podendo desta forma, se fazer um paralelo entre o que preconiza a legislação e aquilo que acontece nas esferas representativas e deliberativas de políticas públicas através dos Conselhos.

Dentre os vários fatores de dificuldades na análise da atuação dos Conselhos Gestores, é de suma importância considerar relevante às experiências já ocorridas em diversos

espaços de atuação desses conselhos. Também, demonstram avanços significativos na participação dos cidadãos, neste novo modelo institucional com responsabilidade de elaboração/criação de políticas públicas.

Na afirmação de Coelho e Nobre (2004, p. 261), os conselhos enfrentam desafios:

[...] um dos desafios postos aos conselhos é a estruturação de seu processo de trabalho. Diferentemente das decisões governamentais que são definidas a partir de uma rígida hierarquia ou das decisões privadas que são orientados pelo mercado, os conselhos se propõem como arenas participativas onde se espera que as decisões sejam tomadas com base em um processo de discussão pública em que o melhor argumento prevaleça.

Ao referir-se às análises das políticas públicas no Brasil, Faria (2003), afirma que apesar das duas últimas décadas, o campo da análise de políticas públicas ainda é bastante incipiente, padecendo de grande fragmentação organizacional e temática, ainda tem uma institucionalização precária. Mello (1999 apud FARIA, 2003, p. 22), destaca “que esse caráter incipiente é comprovado, por exemplo, pelo fato de experiências da produção brasileira recente evidenciar a quase inexistência de análises mais sistemáticas acerca dos processos de implantação das políticas”. A notória carência de estudos dedicados aos processos e às metodologias de avaliação de políticas, também tem de ser tributada à escassa utilização da avaliação, como instrumento de gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, mais especificamente, “verificar qual a relação entre as discussões/decisões ocorridas no processo decisório do CMS de Chapecó/SC e a efetividade das decisões, com ênfase na sociedade civil”. Busca-se contribuir de forma objetiva para a construção de políticas públicas junto a esses espaços e entender melhor os mecanismos do processo democrático participativo e deliberativo dos segmentos representativos do Conselho, aqui em especial da sociedade civil, destacando a relação entre processo discursivo e efetividade no conjunto do processo decisório. Na concepção das teorias da democracia, buscou-se analisar essa dimensão a partir do CMS, em que a representação de segmentos organizados poderá ajustar-se, através de meios legais, a deliberação de Políticas em Saúde. Nesta percepção, observou-se que a democracia deliberativa é um processo político e coletivo de discussão e de decisão acerca das políticas públicas, que determina e eleva a sociedade civil ao nível das deliberações políticas de igual para igual com outros segmentos ou setores, sejam eles políticos ou não. Num apanhado geral da democracia participativa pode-se dizer que é como um conjunto de experiências e mecanismos que busca estimular a participação direta dos cidadãos na vida política diante das discussões e decisão. Já na democracia representativa as formulações surgem na conjectura que a “sociedade é formada por indivíduos consumidores de bens políticos e que se associam aos distintos grupos em busca da ampliação de seus interesses”. (SILVA, 2003, p. 13).

Relembrando e analisando de forma breve a criação do SUS, e com ele a participação da sociedade, constata-se que a Lei nº 8.080/90 sofreu alguns vetos, sendo um deles à participação da comunidade na gestão do sistema. O Movimento Sanitário reagiu e, no mesmo ano, em dezembro, é sancionada a Lei Complementar nº 8.142/90, instituindo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, em cada esfera do governo. Essas instâncias foram criadas para representar um ambiente em que representantes dos diferentes setores da sociedade fossem ouvidas e acatadas, no debate público, como cidadãos brasileiros, livres e iguais.

O controle social da gestão pública nas diversas áreas (Saúde, Educação, Assistência Social, Criança e Adolescente, Direitos Humanos, etc.), tem intuito de se firmar como um espaço de co-gestão entre Estado e sociedade, trazendo formas inovadoras de gestão pública para o exercício da cidadania ativa, possibilitando à sociedade a definição de um plano de

gestão das políticas setoriais, com uma maior clareza das alocações de recursos e favorecimento da responsabilização dos políticos, dos gestores e técnicos.

Desse modo, a criação dos CSs 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 agir na formulação de estratégias nas Políticas Públicas de Saúde, direcionando-as para o atendimento às necessidades e interesses da sociedade, indicando formas para a sua efetivação, contribuindo assim para democratização do país.

Mais de 15 anos depois da promulgação da Lei nº 8.142/90, se analisado do ponto de vista da esfera pública ligada aos grupos organizados, foi o campo relacionado aos atores da sociedade civil que apresentou as modificações mais substantivas. Estes atores viram crescer significativamente, sua presença em centros visíveis da esfera pública, seja com aparições crescentes na sociedade, seja, de forma menos regular, por meio de sua participação nas arenas políticas institucionalizadas. Esta maior visibilidade dos atores da sociedade civil correspondeu, em muitos casos, à preservação e ampliação de suas estruturas internas de diálogo e esteve articulada, dialogicamente, com os processos de transmissão e reprodução cultural observados no interior dos espaços comunicativos primários.

Nesta visão, pode-se considerar que o SUS é um sistema que não só possibilita, mas exige a participação popular, conforme prescrito em lei. Partindo-se disso, o Conselho de Saúde tem o compromisso de garantir a implementação das políticas que dão sustentação aos princípios idealizadores do SUS. Isto é, a consolidação dos Conselhos de Saúde nos municípios é necessária para que se possibilite de forma democrática e participativa as deliberações de Políticas Públicas de Saúde, garantindo a sociedade acesso a informações, financiamento, descentralização, controle e fiscalização do Sistema.

Neste estudo, que está focado na relação entre as discussões/decisões ocorridas no processo decisório, submergindo no viés da sociedade civil dentro do CMS, tivemos surpresas positivas, pois se observou que nas inúmeras bibliografias, estudos lidos e utilizados, a grande maioria descreve as dificuldades do conselho quanto: a paridade, dinâmica das reuniões, segmentos pouco participativos, poder de agenda, deliberações não acatadas e/ou executadas pelo Poder Público Municipal, ou seja, efetividade e poder.

Conforme já dito, na análise deste estudo encontraram-se inúmeros potenciais no CMS de Chapecó, contrariando, em muitos momentos, as experiências e estudos já realizados. Observou-se o crescimento deste CMS no sentido de organização interna, normas, participação. A efetividade de suas deliberações e encaminhamentos junto ao Governo

Municipal foi uma constante nas Atas, nas conversas informais com os conselheiros e no acompanhamento de suas sugestões/deliberações.

Alguns pontos devem-se destacar em relação ao objetivo deste estudo. A sociedade civil ainda apresenta dificuldades em apresentar propostas que visem às necessidades da população. Apresentam assuntos pessoais, ansiedades próprias. Neste sentido, concordamos com a posição de Kleba (2005, p. 187): mais do que uma assessoria técnica, os conselheiros devem ter formação política que lhes instrumentalize na compreensão das diferentes concepções sobre o processo de adoecer e tornar-se saudável, bem como dos conflitos e interesses que emergem ou são acirrados no processo de decisão. Além disto, a formação deve viabilizar a coerência na tomada de posição e a capacidade de argumentar nas negociações, enfrentando possíveis conflitos. Em contrapartida, compete ao governo considerar os interesses da sociedade como um todo, pois abrir espaço à participação requer mais do que vontade política, decisão e compromisso com a democracia.

Adverte-se, que a sociedade civil tem dificuldades em apresentar propostas mais amplas, porém é atuante quando das discussões, deliberações e participação de diferentes tarefas no CMS. Isto é, nas Atas, Normas e Resoluções analisadas, apresentou maior número de falas/discussão. Além disso, está presente na diretoria e faz parte paritariamente de todas as comissões, ou seja, a sociedade civil tem presença, representação e participação ativa dentro CMS.

Analisando a sociedade civil e adicionando a este segmento a categoria presidente/usuários, teremos resultados mais positivos quanto à efetividade e poder. Observa-se que as propostas que analisamos, conforme tabela 8 (p. 82), com algumas exceções que são inerentes ao presidente, o mesmo se posiciona de forma em que abrange situações mais amplas da sociedade. Conforme Fucks e Perissinotto (2006, p. 79), “não basta que as instituições participativas estejam à disposição para que a ampliação da participação ocorra”, mas especialmente, no sentido de que essa participação institucionalizada esteja empenhada a atender aos interesses da população, a fim de que esse ambiente possa viabilizar as reivindicações, defendendo o direcionamento das Políticas Públicas de Saúde e ao mesmo tempo fiscalizá-las.

Portanto, constatamos que os usuários apresentam-se como interlocutores e, em certas ocasiões, rebatem aos argumentos dos gestores. Logo, os usuários e o governo são ativos não apenas no sentido de participarem do debate, mas também porque são os que mais conferem a esse debate a condição de confrontação de idéias.

O que se pode constatar hoje é que está havendo uma redefinição das práticas entre

governo e população. O governo começa a internalizar elementos que faziam parte das reivindicações dos movimentos sociais, como o Conselho Popular de Saúde, que é reconvertido dentro de um contorno institucional para Conselhos Gestores de vigilância, de controle e de acompanhamento de gestão.

Os CMS têm sido uma arena dentro dos quais os interesses de setores da população são representados no 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. Neste sentido, participação popular “significa uma força imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias” (VALLA, 2002, p. 26).

Algumas dificuldades decorrem também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas. Por exemplo, de acordo com as normas constitucionais, cabe ao Secretário de Saúde, como representante setorial do Poder Executivo nos Estados e Municípios, a iniciativa de formular e decidir em seu campo de ação. Assim mesmo, pelas regulamentações vigentes, também cabe a essa autoridade presidir o CMS. Tem sido difícil, portanto, evitar que esse gestor imponha suas propostas, manipule as reuniões ou desacute as decisões deliberadas no colegiado.

Desde o seu início de formação e implantação, em 1991, o CMS de Chapecó sempre teve em sua presidência o gestor municipal. Na última eleição (2004) para Diretoria, este colegiado escolheu, pelo voto, o Presidente, representante do segmento dos usuários, mudando esta realidade de persuasão do poder. Tal decisão foi respeitada e acatada pelo governo municipal.

Acredita-se que a partir deste fato iniciou-se uma nova “era” no CMS Chapecó. Arriscamo-nos a dizer uma “era” mais democrática, participativa, de igualdade de poder, de trabalho, de organização e de efetividade. Talvez esse tenha sido o maior avanço da sociedade civil dentro deste colegiado. Nesta nova “era”, muitos avanços foram constatados.

Quanto à agenda, todos têm acesso, o poder de definir assuntos relevantes ou não cabe a cada conselheiro, podendo colocar suas dúvidas e sugestões através de um formulário próprio elaborado por este conselho, até 48 horas antes das reuniões. Em situações de assuntos emergenciais e de última hora, o conselheiro poderá expor e a plenária decidirá se

colocará em discussão neste momento ou passará para uma próxima.

A pauta das reuniões é enviada a todos os conselheiros até 24 horas antes para que possam participar das reuniões com conhecimento dos assuntos a serem tratados, possibilitando a todos de igual forma e grau o acesso ao conteúdo discutido. Outro ponto positivo é que este novo método dinamiza a reunião e mune os conselheiros de argumentos, retirando o poder de decisão das mãos de somente alguns.

A possibilidade de mudança de agenda é colocada em plenária, com argumentos pertinentes e relevantes do solicitante, e após, colocado em votação. O que fica bem claro é que o poder decisório está na mão de todos os conselheiros, cabe a cada um verificar como vai fazer seu uso. Para que a participação se torne efetiva no processo de construção do SUS, é importante que os conselheiros colaborem para escolher temas e tentem influenciar nas decisões que acreditam serem as melhores para a população. Para que isso aconteça de forma qualificada é preciso acrescentar conhecimentos e informações para praticar as relações de poder e tentar intervir na agenda.

Analisando a declaração de Foucault (1997) em que o poder é uma relação de forças, que gira entrelaçada e perpassa por todos os indivíduos, o “fora” do poder não existe. Portanto, os CSs são sítios de vários representantes, lugar onde se abrem possibilidades para estes atores participarem de forma mais efetiva no processo decisório e no controle social, no intuito de acrescer o poder, que pode ser redefinido para cada um destes atores, através da busca de informação e fortalecimento individual e coletivo. Continuando, Foucault (1979) declara 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.

Neste sentido, concordamos com Lindblom (1981) que 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 diretoria deste Conselho, conforme já mencionado (presidente/usuária, vice/governo e secretaria/profissionais de saúde), tem como regra reunir-se mensalmente para averiguação de pendências e deliberações, podemos definir como: “verificar a quantas andam as deliberações e/ou encaminhamentos do Conselho junto ao poder público municipal”. Regra esta imprescindível, a nosso ver, para efetivação do CMS.

Numa análise mais ampla da história, fica claro que o avanço do controle social esbarra na tradição autoritária e patrimonialista que marcou a formação do Estado brasileiro (Sposati e Lobo, 1992) e se manifesta ainda hoje na manutenção de práticas oligárquicas e clientelistas nas estruturas de governo. Avaliações sobre a composição e o funcionamento dos

Conselhos de Saúde têm mostrado que, em alguns casos, os governantes municipais, na tentativa de anular o controle social proposto pela legislação que instituiu os conselhos, modificam a legislação para romper com o princípio da paridade em sua composição. Dessa forma, ao invés de se estabelecer o controle das ações governamentais pelos Conselhos Gestores, proporciona-se um controle dos governantes sobre a formação e o funcionamento dessa instância de participação. Essa resistência aparece também nas burocracias dos órgãos públicos, as quais sempre tiveram o monopólio da informação e o controle dos recursos, o que lhes garantia um papel privilegiado no processo de negociação dos interesses políticos em jogo.

Analisando o exposto no parágrafo acima, referente aos dados deste estudo, podemos dizer ou até afirmar que o CMS de Chapecó pensando aqui na sociedade civil vem rompendo estas barreiras de limites no momento em que se organiza (segmentos e/ou categorias) de forma a ter acesso a todos os setores da saúde pertinentes a fiscalização, deliberações, ampliação de conhecimentos, acompanhando e formulando seus próprios regimentos. Ainda observam-se limites de entendimento burocráticos/financeiros, pois estas, na maioria das vezes, dependem de conhecimento técnico. É importante salientar que, assim como o CMS as categorias (comissões), compostas paritariamente, ou seja, também, pela sociedade civil, vem auxiliando a romper limites.

Em algumas reuniões do CMS e na leitura das Atas levantou-se alguma resistência da sociedade civil a participar das instâncias deliberativas. É importante lembrar que uma característica básica dos movimentos sociais em sua primeira fase (anos 1970 e 1980, ainda durante a ditadura militar) era sua postura radicalmente anti-Estado, o que dificultou a requerida mudança dos movimentos sociais na fase de sua institucionalização e incorporação ao novo modo de gerir o que é público. Na verdade, ainda há certa resistência dos movimentos organizados da sociedade em relação à participação institucionalizada. O espectro da associação e a utilização do movimento como mecanismo de legitimação dos grupos no poder ainda é muito forte entre algumas organizações. Assim, em muitos casos, a relação dos representantes da sociedade civil com os do poder público carece de uma dimensão de proximidade e acima de tudo, cooperação. No caso do CMS, acredita-se que a partir das participações nas comissões em que se fiscaliza, analisa, projeta e discute determinadas políticas, diminui-se as distâncias de poder e envolve-se a sociedade civil de forma efetiva no CMS e conseqüentemente, nas políticas de saúde.

Conforme análise dos relatórios e Atas, estes grupos (comissões) tiveram grande relevância nas atividades inerentes do Conselho, pois muniram os demais conselheiros de

informações para deliberações ou não.

Lindblom (1981, p. 74) 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.

Um dos problemas abordado por muitos estudiosos é que a cultura política dominante com frequência “nega” a condição cidadã a certos grupos (CARVALHO, 1995). Para Cohen (1997) neste caso, chama-se a atenção para a necessidade de igualdade entre os participantes desses processos, não uma igualdade vista somente do ponto de vista formal, mas reconhecida e praticada por todos, de forma legítima. Essas observações vão ao encontro da análise de Fraser (1995), para quem a exclusão não é necessariamente formal, expressando-se também na legitimidade e autoridade conferida ou negada aos distintos “estilos culturais” que caracterizam os vários sujeitos participantes da esfera pública. A esfera pública se apresentaria, assim, como um panorama estruturado, vantajoso para alguns e desvantajoso para outros, uma vez que está inserida em uma sociedade conflituosa e desigual quanto às oportunidades de fazer valer temas e interesses distintos. As participações sociais ativas, informadas e democráticas, são processos inacabados. A cada dia, questionamos, revisamos e ampliamos nossas concepções e ações. Foi com essa certeza (ainda que provisória) que escrevemos esta dissertação, com a esperança e a crença de que a saúde é um valor humano inquestionável, um direito básico de cidadania, que é construído por sujeitos individuais e coletivos.

Mesmo nos casos em que há expressado previsão legal, o efetivo poder deliberativo dos conselhos ainda está longe de sedimentado. Há dificuldades em se mudar uma cultura organizacional de decidir de portas fechadas. E de compartilhar informações para decidir. Do lado da sociedade civil, há dificuldades de assumir funções mais propositivas. Afinal, durante muito tempo, o seu papel foi mais de contestação e a experiência conselhistas é ainda recente.

Certamente de que as novas formas institucionais de participações políticas criadas e ampliadas a partir de 1988, contribuem no âmbito do aumento da qualidade da experiência democrática no Brasil. A vivência de instituições públicas mais abertas à influência da sociedade civil, conduzindo à entrada de novos atores nas arenas públicas institucionalizadas, é, seguramente, benéfica para a democracia.

Quanto à distribuição do controle político no CMS, o panorama é de dispersão. Embora haja ainda certa dominação do governo no processo decisório do Conselho,

prevaleceu uma dinâmica de equilíbrio político, especialmente devido ao papel ativo desempenhado pelos usuários nos debates e nas deliberações do CMS. Com isso, pode-se afirmar que o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó vem exercendo, em amplo grau, o anseio de constituir-se em uma arena pautada pelo ideal da “participação ampliada”.

Concretamente, há inúmeros mecanismos que podem contribuir para dar mais visibilidade às ações dos conselhos: 1) elaboração de informativos; 2) realização de encontros com a comunidade; 3) criação de conselhos distritais, regionais e locais; 4) estabelecimento de mecanismos de prestação de contas. Entre tantos outros. Paradoxalmente, há um impacto brutal sobre os conselhos a partir do momento em que eles passam quase que inevitavelmente, a se burocratizarem para cumprir exigências de transparência. Regras e arranjos institucionais neste sentido podem atingir um grau tal que as diferenças entre eles e os representantes “tradicionais” podem se tornar tão insignificantes a ponto de eles perderem a razão de existir.

Ao final deste estudo, o que fica bastante claro é que a sociedade civil vem exercendo sua participação não somente como segmento, mas também quando na participação das comissões, diretoria, e neste caso, também, na presidência. É nas categorias em que se observou a maior efetividade da sociedade civil. Por tanto, a sociedade civil vem desbravando caminhos para que suas discussões/decisões dentro do CMS de Chapecó tenham efetividade e esta é uma conquista que caminha a passos largos.

Com os olhos voltados para reflexões futuras, talvez pudéssemos também concluir, provisoriamente, parafraseando a epígrafe que abre e, de certa forma, “guia” a presente contribuição: uma cultura política pós-autoritária e uma sociedade civil ativa não podem ser simplesmente fabricadas. O poder administrativo não é o instrumento apropriado para a construção de formas de convivência democráticas. Elas só podem ser gestadas no âmbito dos processos comunicativos, presentes nos diferentes níveis da vida social e que perpassam e conformam à esfera pública em suas variadas dimensões. Os esforços – necessários e desejados! – de “tradução” político-institucional de padrões político-culturais emergentes não podem, por isso, deixar de observar o processo autônomo e socialmente difuso de constituição desses padrões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec; Departamento de Ciência Política, USP, 1998.

AROUCA, S. **A reforma sanitária brasileira**. Tema, Radis, n. 11, p. 2-4, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 21.10.06 às 20hrs.

_____. **O dilema preventivista**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), mimeo. 1976. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em 21.10.06 às 21hrs.

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.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política**. 12. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; GIAFRANCO, P. **Dicionário de política**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1992. 1 v.

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

BRAGA, N. *O Processo Decisório em Organizações Brasileiras*. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 21 (3): 35-57, Jul/Set 1987.

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

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/Secretaria da Reforma do Estado, 1997. *Organizações Sociais*. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Cadernos MARE da reforma do Estado**, v.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 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. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências Intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, 1998.

BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Série Histórica do CNS*, 1. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

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

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

BRASIL. **Resolução nº 333 de 4 novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.437, de 7 de dezembro de 2005**.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: s.n., 1994. 163 p.

_____. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/FASE. 1995.

CARVALHO, A. I.,. Os Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In:

Revista Ciência e Saúde Coletiva, 1998 pp. 23-25, vol. III, nº. 1.

CARVALHO, M. do C.; TEIXEIRA, A. C. Conselhos gestores de políticas públicas. **Revista Polis**, n. 37, 2000. Disponível em: <http://www.polis.org.br/publicações/revista/revista37.html>. Acesso em : 15.11.06 às 14hrs

CHAPECÓ. Prefeitura. Chapecó (SC): Capital Brasileira da Agroindústria. 2005. Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br>. Acesso em : 22.09.06 às 20hrs.

COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004.

COHEN, J. Procedure and substance in deliberative democracy. In: BOHMAN, M. J.; REHG, W. (ed.). **Deliberative democracy**. Cambridge, USA: MIT Press, 1997.

_____. “Democracy and liberty”. In: ELSTER, Jon (ed.). **Deliberative democracy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda., 1991.

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

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

CORTES, S.M.V. Pautas de reuniões e participação dos usuários em conselho municipal de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, **Resumos...** Salvador, 2000.

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

DAGNINO E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Editora Paz e Terra, São Paulo. 2002.

DATASUS. **Informações sobre saúde**: indicadores demográficos. Fonte IBGE – Censo

demográfico e contagem populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificada por idades e sexo pelo MS/SE/Datasus. Brasília: MS, 2005a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>. Acesso em: 06.11.06 às 19:30 hrs.

_____. **Informações sobre saúde:** indicadores demográficos. Fonte IBGE – Censo Demográfico 1991 e 2000; percentual de alfabetização segundo a faixa etária no município. Chapecó (SC). Brasília: MS, 2005b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfsc.def>. Acesso em : 06.11.06 às 20hrs.

_____. **Informações sobre saúde:** indicadores demográficos. Fonte IBGE – Censo demográfico e vantagem populacional; 1996; taxa de escolaridade por faixa etária segundo anos de estudo no município. Chapecó (SC). 1996. Brasília: MS, 2005c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/estsc.def>. Acesso em 06.11.06 às 21hrs.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

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

DIAS, C. **Grupo focal:** técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativas. Nov. 1999. Disponível em: <http://www.geocities.com/Claudia_ad/qualitativaepd> Acesso em: 28 jul. 2005.

DRYZEK, J. S. **Democracy in capitalist times:** ideals, limits and struggles. Oxford: Oxford University Press, 1996.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulações do movimento sanitário. Rio de Janeiro: ENSP, 1987. (Tese de mestrado)

FARIA, V. F. Reformas institucionais e coordenação governamental: o caso da política de proteção social no Brasil. In: TEIXEIRA, M. (Org.). **Universidade e governo:** professores da Unicamp no período FHC. São Paulo, 2003.

FIGUEIREDO J. E . **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 113pp. 2001.

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

_____. História da sexualidade. In: **A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

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

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

FRANCO, T. B. et al. Os Conselhos de Saúde como sujeitos no processo de construção do SUS. In: **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo de assistência, com base no processo de trabalho. Chapecó: Hucitec, 2004. p. 267-284.

FRASER, N. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. In: ROBBINS, Bruce (Org.). **The phantom public sphere**. Minnesota, USA: University of Minnesota Press, 1995.

FUCKS, M.; PERISSINOTTO, R. Recurso, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 60, 2006.

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

HABERMAS, J. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1997, 2 vols.

HELD, D. **Modelos de democracia**. Belo Horizonte: Paidéia, 1995.

KLEBA, M. E. A participação social nas decisões políticas para a saúde – a pastoral de saúde e a construção do SUS no Oeste Catarinense. In: **Grifod**, n. 5, Ética e Política, Chapecó, 1998.

_____. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, I. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LIMA, L. D. **O processo de implantação de novas estruturas gestoras do Sistema Único de Saúde**: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro. Dissertação

de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1999.

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

LÜCHMANN, L. H. H. A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. In: **Caderno de Pesquisa – UFSC**, n. 33, nov. 2002.

MAGALHÃES, B. **Trabalho, gênero e educação**. Artigo adaptado da palestra realizada no Encontro Regional Trabalho, Educação e Emancipação Humana. 2004.

MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

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

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

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo - Qualitativo**: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul./set., 1993 pp. 239-262

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MS (Ministério da Saúde). **O SUS e o Controle Social**. Guia de Referência para Conselheiros Municipais. Brasília: MS, 1998

MORETTO, M. A. **A política e a prática nas unidades básicas de saúde**: suas consonâncias e dissonâncias. 2000. 144 p. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Enfermagem (interinstitucional USFC/URI/UNC) Concórdia, 2000.

NORONHA, R. de. Avaliação comparativa dos conselhos municipais. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

OLIVEIRA JR., M. Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistribuição do Governo Federal (MS) e Estadual do financiamento em saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Textos iniciais. Disponível em: <<http://www.Datasus.gov.br/cns//>>. Acesso em: 30 Jun. 2000.

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

PATTON, M. Q. **Qualitative evolution methods**. Beverly Hill, CA: Sage, 1980. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Claudia ad/qualitativaepd>> Acesso em: 28 jul. 2005.

PIMENTA, A. L.. **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó-SC**. São Paulo: Hucitec, 2000.

POLI, O. **Leitura em movimentos sociais**. Chapecó: Grifos, 1999.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

_____. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. FGV: São Paulo, 2000.

RENK, A. **A luta da erva: um ofício étnico no Oeste catarinense**. Chapecó: Grifos, 1997.

SANTOS, N. R. dos. Implantação e funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA A. C. C. **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979. (Contribuições em ciências sociais, 1).

SCHMITTER, P. Still the century of corporatism? **Review of Politics**, 1974, 36: 85-131.

_____. **La transitología: ciência o arte de la democratización?** Comunicação apresentada no III Fórum Olof Palme's International Foundation sobre a consolidação democrática na América Latina. Barcelona. 1993.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Saúde Chapecó. **Construindo o SUS no município**. Chapecó, 1998.

SELL C. E. **Conceitos de democracia**. Brusque, 1999.

_____. **Democracia: teoria e empírica**. Itajaí: UNIVALI, 2003.

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

SOUZA, A. M. T. de. “**A crise contemporânea e a nova ordem mundial; as forças produtivas e as classes sociais na atual ordem hegemônica**”. Universidade e Sociedade. São Paulo: ANDES, v. 4, n. 6, Fev. 1994. p. 30-39.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas públicas. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 8, Brasil, 1992.

TATAGIBA, L. F. Os conselhos e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 2002.

TOURAINÉ, A. **Le retour de L'acteur. Essai de Sociologie**. Paris: Fayard, 1984.

TEIXEIRA, E. C. Conselhos de políticas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas: Autores Associados, n. 19, p. 23-35, Jan./Fev./Mar./Abr., 2002.

VAN STRALEN, C. **The struggle over a national health system**. The “Movimento Sanitário” and health policy-making in Brazil: 1960-1990. Universiteit Utrecht, Veras, 1996.

WENDHAUSEN, A. L. P. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Tese de doutorado em Enfermagem. Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. 237 folhas.

_____. **O duplo sentido do controle social:** (des)caminho da participação em saúde. Itajaí, SC: Ed. UNIVALI, 2002.

WHO, Einzelziele für Gesundheit 2000. **Kopenhagen:** Organização Mundial da Saúde – divisão regional para Europa. 1985.

<http://democraciadirecta.weblog.com.pt/arquivo/099114.html>. Acessado em 12.12.06 às 20h.

ANEXOS

ANEXO A: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ



COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Baseada na Lei 4.300 de 18 de julho de 2001.

Dos 25% do Governo e Prestadores, e dos 25% dos Profissionais

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

R: Marechal Floriano Peixoto, 360 L – Fone 3322-0090 e 3322-2454

4 -Titular:

4- suplentes

1. 4ª REGIONAL DE SAÚDE
Titular e Suplente
2. Titular: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SANTA CATARINA-CRF-SC
Suplente: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEN
3. Titular: ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
Suplente: FISIOTERAPÊUTAS ASSOCIADOS – FASS
4. Titular: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA – ABO
Suplente: ASSOC. DOS PROFISSIONAIS EM ASSISTENTÊNCIA SOCIAL – APAS
5. Titular: ASSOCIAÇÃO PSICÓLOGOS DO OESTE DE SANTA CATARINA – APOSC
Suplente: ASSOC. DOS FONOAUDIÓLOGOS DO OESTE DE SANTA CATARINA – AFOSC
6. SIND. DOS TRAB. EM ESTABELEC. DE SERV. DE SAÚDE – SITESSCH
Titular: e suplente
7. HOSPITAL REGINAL DO OESTE
Titular e suplente
8. UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DO OESTE DE SANTA CATARINA – UNOCHAPECÓ
Titular e Suplente
9. Titular: LABORATÓRIO CHAPECÓ
Suplente: Fisioterapeuta Joseane Signori

10. PASTORAL DA CRIANÇA
Titular e Suplente

Dos 50% dos Usuários

1. Titular : SINDICATO DOS TRABALHADORES REVENDEDORAS DE COMBUSTÍVEIS E DERIVADOS DE PETRÓLEO E SERVIÇOS-SITERCOMOC
SINDICATO DE AGRICULTURA FAMILIAR - SINTRAF
2. Titular: SIND. DOS TRAB. DO SERV. PÚBLICO MUNICIPAL – SISTESPM
Suplente: SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS DO ESTADO DE SC - SINDIFAR
3. Titular: SINDICATO DAS TRABALHADORAS DOMÉSTICAS
Suplente: SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ENSINO DE SC – SINTE
4. Titular: SIND. TRAB. NAS IND. DA CONSTRUÇÃO E DO MOBILIÁRIO/SITICOM
Suplente: SINDICATO DOS EMPREGADOS DO COMÉRCIO – SINDICOM
5. Titular: ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO PASSO DOS FORTES - 2
Suplente: ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO ELDORADO - 2
6. Titular: ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO TREVO
Suplente: ASSOCIAÇÃO de MORADORES DO BAIRRO JARDIM DO LAGO
7. Titular: ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO QUEDAS DO PALMITAL
Suplente: ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO SÃO PEDRO
8. Titular: LIONS CLUBE CHAPECÓ – UNIVERSIDADE
Suplente: LIONS CLUBE DE CHAPECÓ
9. Titular: GRUPO DE APOIO A AIDS -GAPA
Suplente: Pastoral da Saúde- ONG
10. Titular: ASSOC. APOS. E PENS. DA PREV. SOCIAL DE CHAPECÓ – ASAPREV
Titular: e Suplente
11. ASSOC. COMERCIAL E INDL. DE CHAPECÓ – ACIC
Titular: e Suplente:
12. ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES RENAIIS CRÔNICOS – ADTR
Titular e Suplente:
13. ASSOCIAÇÃO DOS DIABÉTICOS DE CHAPECÓ
Titular e Suplente
14. ASSOCIAÇÃO SURDOS DE CHAPECÓ Titular e suplente L

ANEXO B: RESOLUÇÃO Nº 13



Prefeitura Municipal de Chapecó
Secretaria Municipal de Saúde
Conselho Municipal de Saúde

Resolução nº. 13 de 19 de maio de 2005.

O Conselho Municipal de Saúde de Chapecó em Reunião Ordinária, realizada em 19 de maio de 2005, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar as composições das Comissões Permanentes e Instruções Complementares.

Art. 2º. Para alteração desta resolução deverá haver aprovação de 2/3 dos conselheiros.

Art. 3º. O mandato das comissões permanentes será de 01 (um) ano, a partir da sua composição.

Art. 4º. Esta resolução entra em vigor na data de sua homologação.

Art. 5º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Izelda Teresinha Oro
 Presidente do Conselho Municipal de Chapecó

Homologo a Resolução CMS nº 013/05, de 19 de maio de 2005, nos termos do Decreto nº 13.616/05, de 03 de janeiro de 2005.

Edelton de Souza
 Edtelton de Souza

ANEXO C: FORMULÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



Resolução Nº 31, de 28 de dezembro de 2005.

O Conselho Municipal de Saúde de Chapecó em Reunião Ordinária, realizada no dia 15 de dezembro de 2005, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Federal 3.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e pela Lei Municipal 4.300 de 18 de julho 2001.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar Proposta de Metodologia de Encaminhamento de Matéria, em anexo.

Art. 2º. Que a pauta enviada aos conselheiros seja com a Metodologia, ficando em aberto a pauta para assuntos relevantes e que o solicitante justifique verbalmente.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua homologação.

Art. 4º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Izelda Terezinha Oro
 Presidente do Conselho Municipal de
 Saúde

Homologo a Resolução CMS nº 31/05, de 28 de dezembro de 2005, nos termos do Decreto nº15.146, de 15 de agosto de 2005.

Nélio Luiz Conci
 Secretário Municipal de Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE MATÉRIAS

1) OBJETO: <i>(descrição do título da matéria)</i>
2) PROCEDÊNCIA: <i>(Gestor; Conselheiro; Profissional; Usuário; Controle Social, outros?)</i>
3) JUSTIFICATIVA <i>(descrição breve dos motivos do encaminhamento)</i>
4) PROPOSTA: <i>(descrição objetiva do que esta sendo proposto)</i>
5) OBJETIVO
6) LISTA DE ANEXOS: Todos os documentos que justificam, ou, são pertinentes a matéria.
PROPONENTE: _____ (Assinatura) Data de encaminhamento: ____/____/____

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](#)