

ALEXANDRE PERLES GAZETA

**DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DOS
CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO INTERIOR DE SÃO PAULO.**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Departamento de Ciência Política do
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da
Universidade Estadual de Campinas, sob a
orientação da Profa. Dra. Evelina Dagnino.

Este exemplar corresponde à redação final da
dissertação defendida e aprovada pela comissão
julgadora em ___/___/___

Profa. Dra. Evelina Dagnino (orientadora)

Prof. Dr. Renato Monsef Perissinoto.

Prof. Dr. Valeriano Costa Mendes Ferreira.

CAMPINAS, AGOSTO DE 2005.

ALEXANDRE PERLES GAZETA

**DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DOS
CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO INTERIOR DE SÃO PAULO.**

CAMPINAS, AGOSTO DE 2005.

ABC
IADA
VNIUSMP
258d
EX
BCI 67339
6.123-06
11.00
08/03/06

ID 375873

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH – UNICAMP

Gazeta, Alexandre Perles

G258d Democracia e participação social : a experiência dos
Conselhos Municipais de Saúde nos interior de São Paulo /
Alexandre Perles Gazeta. - - Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientador: Evelina Dagnino.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Democracia. 2. Participação social. 3. Controle social.
4. Conselhos sanitários. 5. Política de saúde. I. Dagnino,
Evelina. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

(mfbm/ifch)

Palavras-chave em inglês (Keywords):

Democray
Social participation
Social control
Health boards
Helth policy

Área de concentração: Estado e Políticas Públicas

Titulação: Mestrado em Ciência Política

Banca examinadora:

Data da defesa: 25/08/2005

Aos meus pais, Osvaldo Gazeta e Aparecida Perles Gazeta, cuja dedicação e apoio fizeram com que eu pudesse realizar o sonho de cursar uma universidade pública.

Agradecimentos

À Professora Doutora Evelina Dagnino (a quem admiro profundamente), pela paciência e pela segurança e clareza nas orientações deste trabalho.

Aos membros dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos das gestões de 1997-2000 e de 2001-2004, cuja colaboração foi imprescindível à realização deste trabalho.

À minha querida e amada avó, Antônia Perles Sabião, a quem amo e admiro profundamente.

Às minhas irmãs Alessandra Perles Gazeta e Aline Perles Gazeta, companheiras e fonte de apoio e afeto.

Ao meu primo Marco Aurélio Perles Ribeiro, eterno amigo e artista de incomensurável valor.

À minha prima Ana Paula Perles Ribeiro, que ora inicia a fascinante aventura das Ciências Sociais.

Aos meus grandes e inesquecíveis amigos: Alexandre Silva, Cláudia de Oliveira (irmãzinha), Carol Borges da Silva, Daniela Panachão Benício (irmãzinha), Edi Benini, Fernanda Luiz, Josmar Coutinho, Lisangela Kati do Nascimento (irmãzinha), Rodrigo Toledo e Tatiana de Oliveira (guerreira), riquezas de minha vida e fonte de carinho, de atenção, de apoio emocional, de alegria e porto seguro.

Aos meus companheiros de mestrado, Ingrid Ribeiro, Mariana Mei, Maurício Fronzaglia, e especialmente, à Juliana Villa Mello que infelizmente teve que desistir do curso devido à precariedade e degradação da pós-graduação em Ciências Humanas no Brasil.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo verificar, através da análise das experiências de participação via Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos, no período de duas gestões distintas, 1997-2000 e 2001-2004, em que medida as diferentes orientações políticas das gestões municipais, nestas cidades, influenciaram os processos participativos nos respectivos Conselhos e têm contribuído ou inibido a democratização da gestão e ampliação da esfera pública. As gestões do primeiro período pertencem a partidos políticos com orientação política pouco favorável à participação e as gestões do segundo período pertencem a partidos político com orientação política comprometida com o projeto participativo.

Nossa investigação foi orientada pela hipótese de que as gestões municipais do período de 2001-2004, de partidos políticos de esquerda, foram responsáveis por mudanças no sentido da ampliação da participação nos Conselhos Municipais de Saúde, devido à orientação política favorável ao projeto participativo. Procuramos ao longo do estudo analisar a natureza e o efeito dos incentivos dos gestores à participação e ao controle social, assim como também nos preocupamos em desvendar os mecanismos que bloqueiam a partilha efetiva do poder nos Conselhos.

Os resultados obtidos confirmaram nossa hipótese a respeito da correlação positiva entre gestões municipais com orientação política favorável ao projeto participativo e a ampliação da participação e controle social. No entanto identificamos também que nas gestões comprometidas com o projeto participativo e democratizante, a ampliação da participação não se realizou como um processo linear onde a participação foi sendo ampliada sem contradições e tensões.

ABSTRACT

This study aims to verify at what point the different political orientations in the cities administration influenced the process of social participation in their health city councils and the way they have been contributing or impairing the democratization process of the management and increasing the public sphere. We analysed two experiences concerning the public participation through the health cities councils in the cities of Araraquara and São Carlos, during two distinct terms, “1997-2000” and “2001-2004”. The management in the first period was taken over by political parties less favorable to the public participation. The second one belongs to political parties whose the political orientation is engaged to public participation process.

Our investigation was oriented by the hypothesis that in the city managements of second turn (2001-2004), belonging to left-wing political parties, were responsible for changes in the increase of public participation in the health city councils, due to the political orientation favorable public participation process. Throughout this study were analysed the essence and the effect of the administrations incentive to public participation and social control. We were also concerned in revealing the mechanisms that block the sharing of the power in the city councils.

The results that we obtained confirmed our hypothesis about positive relation among the city managements in which the political orientation is favorable to public participation project and the increase of public participation and social control. However we also found out that in the management engaged in the social participation project the increase of this participation didn't happen as linear process in which the public participation was been increased without contradictions and tensions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA DA PESQUISA.....	14
CAPÍTULO 1 – OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ORIGENS, PANORAMA ATUAL E PROBLEMAS TEÓRICOS E VARIÁVEIS DE ANÁLISE DA EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	18
1.1 Os primórdios da participação e controle social em Saúde: o movimento sanitário, a redemocratização brasileira e a Reforma Sanitária.	18
1.2 Os Conselhos de Saúde no Brasil como espaços públicos de deliberação democrática.	27
1.3 Os Conselhos de Saúde na democratização da política de saúde: a luta contra a privatização da saúde pública no Brasil.	28
1.4 Problemas e obstáculos para a efetivação da participação e controle social na política de saúde.	41
1.5 Variáveis de análise da efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde.	53
1.6 A orientação político-ideológica da gestão municipal como variável explicativa da efetivação da participação e controle social nos Conselhos Municipais de Saúde	60
CAPÍTULO 2 – A EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL VIA CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E ORGANIZAÇÃO.....	66

2.1 Breve caracterização das cidades de Araraquara e São Carlos	66
2.2 Caracterização da orientação política das diferentes gestões municipais em Araraquara e São Carlos.....	67
2.3 Organização dos serviços de saúde em Araraquara e São Carlos	74
2.4 A relação entre o público e o privado na política de saúde em Araraquara e São Carlos	75
2.5 Como ocorre a apropriação privada dos recursos públicos nos serviços de saúde em Araraquara e São Carlos?	85
2.6 Caracterização dos Movimentos e Organizações da sociedade em Araraquara e São Carlos.....	92
2.7 Aspectos legais e formação dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos	93
2.8 A representação da sociedade civil e a composição social dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos	95

CAPÍTULO 3 – OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE ARARAQUARA E SÃO CARLOS: A ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA ORIENTAÇÃO POLÍTICA DA GESTÃO MUNICIPAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL95

3.1 Análise da participação social dos diferentes segmentos (governo, sociedade civil, prestadores privados e usuários do SUS).....	103
<i>a) Frequência dos Conselheiros às reuniões dos CMS.....</i>	108
<i>b) Participação dos CMS na elaboração do orçamento anual.....</i>	108

<i>c) Participação do CMS na elaboração do Plano Municipal de Saúde</i>	<i>114</i>
<i>d) Análise das propostas apresentadas aos CMS de São Carlos e de Araraquara</i>	<i>117</i>
<i>e) Tipo de Deliberação.....</i>	<i>125</i>
3.2 Análise do controle social sobre os Fundos Municipais de Saúde nos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos.....	134
<i>a) Fiscalização sobre a prestação de contas da movimentação financeira dos FMS pelos CMS.....</i>	<i>135</i>
<i>b) Fiscalização sobre a alocação de recursos públicos dos FMS no setor privado.....</i>	<i>151</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
BIBLIOGRAFIA	173

Lista de Tabelas

Tabela 1. Número de consultas e leitos hospitalares conveniados com o SUS em Araraquara (1997-2004)..	76
Tabela 2. Número de consultas e leitos hospitalares conveniados com o SUS em São Carlos (1997-2004) ..	76
Tabela 3. Número de convênios com prestadores privados por nível de serviço em Araraquara (1997-2000 e 2001-2004)	79
Tabela 4. Número de convênios com prestadores privados por nível de serviço em São Carlos (1997-2000 e 2001-2004)	79
Tabela 5 – Composição número e porcentagem de conselheiros por segmento dos Conselhos Municipais de Araraquara e São Carlos (1997-2001)	96
Tabela 6 – Composição (número e porcentagem de conselheiros por segmento) dos Conselhos Municipais de Araraquara e São Carlos (2001-2004)	96
Tabela 7. Caracterização da representação societária em Araraquara (1997-2001 e 2001-2004)	98
Tabela 8. Caracterização da representação societária em São Carlos (1997-2001 e 2001-2004)	98
Tabela 9. Frequência dos Conselheiros por segmento às reuniões do CMS – Araraquara	98
Tabela 10. Frequência dos Conselheiros por segmento às reuniões do CMS – São Carlos	103
Tabela 11 Número e natureza das propostas apresentadas nos CMS de Araraquara e São Carlos por Segmento (1997-2000)	118
Tabela 12 Número e natureza das propostas apresentadas nos CMS de Araraquara e São Carlos por Segmento (2001-2004)	120.
Tabela 13 Assuntos sobre os quais mais se delibera nos CMS de Araraquara e São Carlos	123
Tabela 14 Tipo de Deliberação dos CMS de Araraquara e São Carlos	126
Tabela 15 Manifestação de contestação por segmento nas reuniões do CMS – Araraquara	128
Tabela 16 Manifestação de contestação por segmento nas reuniões do CMS – São Carlos	131
Tabela. 17. Análise da prestação de contas por gestão (Araraquara)	136
Tabela 18. Análise da prestação de contas por gestão (São Carlos)	137
Tabela 19 Forma de aprovação dos convênios do SUS com o setor privado aprovados no CMS – Araraquara por gestão (1997-2000 e 2001-2004)	155
Tabela 20 Forma de aprovação de convênios do SUS com o setor privado aprovados no CMS – São Carlos por gestão (1997-2000 e 2001-2004)	155

Lista de Siglas

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

AIS – Ações Integradas de Saúde.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

CMS – Conselho Municipal de Saúde.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

DIR – Diretoria Regional de Saúde.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.

LOS – Lei Orgânica da Saúde.

MOPS – Movimento Popular de Saúde.

NOB – Norma Operacional Básica.

PPB – Partido Progressista Brasileiro (atual Partido Progressista)

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro.

PT – Partido dos Trabalhadores.

SESA – secretaria de Estado da Saúde.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo uma reflexão sobre a efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara (CMS) e São Carlos, em dois períodos distintos: o primeiro (1997-2000), de gestões municipais de partidos de direita, com orientação política pouco comprometida com a participação; e o segundo (2001-2004), com gestões municipais de partidos de esquerda com orientação política comprometida com o projeto participativo.

Conduzimos nossa investigação a partir da hipótese de que a efetivação da participação social, nestes municípios marcados por uma herança clientelista e pela ausência de uma tradição associativa na sociedade, parece ter dependido mais da influência da orientação político-ideológica comprometida com a participação das gestões municipais de partidos de esquerda do que as diferenças entre a quantidade de segmentos da sociedade civil representados nos CMS.

O estudo dos determinantes da efetividade da participação social nos Conselhos Municipais de pode ser feito a partir de diversas variáveis, como por exemplo, a forma de eleição dos representantes da sociedade civil, a existência ou não de uma “comunidade cívica” local que transcende a realidade institucional dos conselhos, a orientação político-ideológica do Executivo local, as relações entre os profissionais da saúde pública e lideranças populares e sindicais, dinâmica de funcionamento do fórum, etc. (Cortes, 1998).

A perspectiva da sociedade civil tem sido uma das variáveis mais utilizadas para a análise da participação social nos Conselhos, que se tem concentrado na importância da presença e da autonomia das organizações civis nos espaços de participação, mostrando-se pouco sensível e até mesmo negligenciando o papel que os

vínculos entre estas organizações e atores políticos, como partidos políticos progressistas com orientação política comprometida historicamente com o projeto participativo, possui na efetivação da participação social nos Conselhos de Saúde.

Neste sentido, uma das variáveis pouco utilizadas e analisadas nos estudos das experiências participativas tem sido a “orientação político-ideológica dos governos municipais”. Essa variável preconiza o papel que os partidos políticos progressistas desempenham nas novas políticas democráticas como ponto básico da execução da participação social: os partidos políticos de esquerda, quando no governo, tendem a tomar a decisão política de abrir mão de suas prerrogativas de tomar decisão sobre determinados assuntos.

De acordo com essa perspectiva, a vontade política da equipe do governo seria decisiva para a efetivação da participação nos espaços públicos. Para alguns autores, o conjunto de princípios e propostas políticas simbolizadas pelo PT e demais partidos de esquerda, expressos em bandeiras gerais e originadas pelos movimentos sociais dizem respeito, sobretudo, à transparência no trato das questões públicas e à inversão de prioridades de modo a privilegiar as necessidades e interesses da maioria, ancorados no princípio da participação popular e na ampliação dos espaços necessários a esta efetivação, onde opiniões e conflitos possam ser expressos e as discussões democraticamente negociadas (Pontual & Silva, 1999).

No caso específico da saúde, muitos membros do Movimento Sanitário possuem fortes ligações com o Partido dos Trabalhadores, devido a sua participação nas lutas pela Reforma Sanitária. Nesse sentido, o que a grande maioria dos militantes dos Movimentos Sociais em Saúde esperam das gestões petistas quando chegam ao poder é que haja uma incorporação efetiva da sociedade ao processo decisório e um ataque frontal ao projeto de privatização da saúde, abrindo-se para uma frente mais ampla

acerca do projeto político e econômico dos setores dominantes na prestação dos serviços de saúde.

Com o intuito de verificar o peso explicativo da variável “orientação político-ideológica” da gestão municipal sobre o aprofundamento ou a limitação da participação e da publicização da gestão da política de saúde, via Conselhos Municipais de Saúde, é que empreendemos o estudo do processo de participação social na saúde em Araraquara e São Carlos, cidades que constituem a Região Administrativa Central da saúde, de acordo com a regionalização atribuída pelo Ministério da Saúde.

Os dois períodos com gestores municipais de orientações político-ideológicas distintas são integrantes dos seguintes partidos políticos: o primeiro período (1997-2000), de gestões de partidos políticos com orientação política pouco favorável ou comprometida com o projeto participativo (PTB – Partido Trabalhista Brasileiro - em São Carlos e PP – Partido Progressista - em Araraquara); o segundo período (2001-2004), de gestões de partidos políticos com orientação política favorável e comprometida com a participação social (PT – Partido dos Trabalhadores, nas duas cidades)¹

O estudo destes dois municípios adquire relevância, em primeiro lugar, em decorrência de que a experiência de participação social na política de saúde, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, tem se generalizado por todo o país e, portanto, a análise das experiências destas duas cidades do interior paulista poderá falar, ao mesmo tempo, de suas singularidades e também de aspectos que possam sugerir características

¹ A respeito da identificação das diferentes orientações políticas das gestões dos dois municípios, realizamos a construção da caracterização de cada uma delas por meio das entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde dos dois municípios, perguntando a eles se a participação social constava como um dos itens do plano de governo.

do processo de um modo geral. Em segundo lugar, porque as cidades de Araraquara e São Carlos possuem uma cultura política marcada pelo clientelismo (troca de favores entre governados e governantes que subordina os primeiros aos segundos), e pelo avanço da privatização dos serviços de saúde², aspectos tratados pela literatura como problemas que dificultam a efetivação da participação social. Por outro lado, essas cidades elegeram em 2002, candidatos do Partido dos Trabalhadores à prefeitura, fato que pode apontar possíveis mudanças na experiência de participação social nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

Especificamente investigaremos qual o peso explicativo da “importância que a orientação político-ideológica do governo, em cada caso específico, confere ao princípio da participação social” e sua influência sobre a participação efetiva da sociedade civil na definição da política de saúde e sobre o controle social dos Fundos Municipais de Saúde exercido pelos conselheiros dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. Desejamos investigar também como os governos locais de distintas orientações políticas se comportam frente à apropriação privada de recursos públicos da saúde e ao poder de influência dos prestadores privados de serviços de saúde.

A comparação entre as duas cidades justifica-se pelo fato de que, embora Araraquara e São Carlos possuam semelhanças no que diz respeito à estrutura socio-

² Os trabalhos de Kerbaux (2000) e Oliveira (1998) mostram que nesses dois municípios os governos locais de partidos políticos à direita do espectro político, ou seja, conservadores, acabaram sendo mais sensíveis aos interesses corporativos daqueles segmentos econômicos e mercantis que historicamente se beneficiam dos fundos públicos. Estes estudos analisaram também o relacionamento entre poder local e sociedade civil na dinâmica política dos municípios do interior de São Paulo, revelando que o clientelismo, a assimetria entre governos locais e sociedade civil, a captura dos fundos públicos pelos interesses privatistas do setor da burguesia local foram as principais gramáticas políticas nesses municípios. De acordo com Marques (1996:185), no caso mais específico do Estado de São Paulo, os estabelecimentos hospitalares gerais do Estado, apresentam um predomínio do setor privado. A relação entre o número de hospitais governamentais e privados apresenta grandes diferenças quando comparadas a região metropolitana e as demais Regiões Administrativas do Estado. Na Região Administrativa Central (São Carlos e Araraquara), o número supera em três vezes a relação hospitais públicos/privados verificada para o conjunto do Estado, não possuindo nenhum estabelecimento hospitalar governamental

econômica e ao avanço da privatização dos serviços de saúde, elas apresentam algumas diferenças quanto à composição da representação societária no interior dos Conselhos Municipais de Saúde.

Em Araraquara, desde sua constituição, o Conselho contava com a presença de uma “policy community” (Cortes, 1998), ou seja, profissionais da saúde pública comprometidos com os ideais da Reforma Sanitária que pressionaram as autoridades públicas para a incorporação de associações de moradores de bairro, sindicatos, associações profissionais e civis, e entidades filantrópicas na representação societário do Conselho. Ao passo que em São Carlos, somente a partir da gestão petista, houve a incorporação de algumas organizações da sociedade, como as associações de moradores de bairro e entidades filantrópicas³. Neste sentido, desejamos verificar se essa diferença entre a presença de uma “policy community” e de uma maior representação societária dos respectivos Conselhos teve maior influência na participação social do que as diferenças entre as orientações político-ideológicas das gestões municipais dos dois períodos do estudo.

Conduzimos nossa investigação a partir da hipótese de que nesses municípios onde não há uma forte mobilização da sociedade civil, a efetivação da participação e do controle social parece depender da importância que a orientação

3 O estudo de Telarolli (1994) aponta a atuação de um movimento de professores da faculdade de ciências farmacêuticas da Unesp, que denunciavam as precárias condições de vida da população empobrecida pela mecanização da agricultura e pela industrialização. Esse movimento passou a reivindicar melhorias principalmente nas condições de saúde para essa população, posteriormente servindo de incentivo à formação de associações de moradores de bairros e outros movimentos sociais. Essa mobilização da sociedade civil no campo da saúde desapareceu nas década de 90 em Araraquara. E na composição do Conselho de Saúde expressou-se, desde sua fundação, as associações de moradores de bairro, sindicatos e entidades filantrópicas tiveram assento e representação.

Em São Carlos, conforme o estudo de Oliveira (1998) mostra que, embora a cidade tenha a tradição associativa marcada por movimentos de afro descendentes, de estudantes universitários e de mulheres, não possuiu nenhum movimento de saúde tal como existiu por um pequeno período em Araraquara. Além disso, segundo a autora, as associações de moradores de bairro são caracterizadas como clientelistas, atreladas, cooptadas pelo Estado e pelos políticos. [No Conselho Municipal de Saúde de São Carlos, desde sua constituição em 1991 até 2000, não havia representação de nenhuma das associações de moradores de bairro, muito menos de movimentos sociais e entidades filantrópicas. Trataremos disso melhor no tópico sobre a representação societária destes municípios.

política presente no projeto político do governo local confere ao princípio da participação social. Porém, não acreditamos que esta seja uma hipótese generalizável para todas as experiências conselhistas. Queremos investigá-la no contexto específico dos municípios caracterizados por um passado marcado por relações clientelistas entre governantes e governados e pela baixa capacidade de mobilização da sociedade civil. No caso específico das duas cidades do interior paulista do nosso estudo, Araraquara e São Carlos, a eleição de candidatos do Partido dos Trabalhadores à prefeitura, com orientação política favorável à participação, parece-nos uma variável relevante para investigar se houve ou não mudanças na experiência de participação nos seus Conselhos Municipais de Saúde.

Assim, no caso dos dois municípios estudados do interior de São Paulo, Araraquara e São Carlos, com forte tradição clientelista, a hipótese com a qual trabalharemos é a de que os partidos de esquerda (Partido dos Trabalhadores – PT), ao assumirem o comando do governo municipal no período de 2001-2004, possivelmente poderão ter sido responsáveis pelo aprofundamento da gestão participativa. Ao passo que, nas gestões municipais de partidos de direita (Partido Trabalhista Brasileiro em São Carlos e o Partido Progressista em Araraquara), a orientação política pouco comprometida com o projeto participativo pode ter se constituído como um possível empecilho para o modelo da gestão participativa. Neste sentido, a variável “orientação político-ideológica da gestão municipal” poderá ser responsável pela explicação de possíveis diferenças na ampliação da participação, de uma gestão para outra.

Os resultados da pesquisa foram organizados em quatro capítulos: no primeiro capítulo tratamos da contextualização histórica do surgimento dos Conselhos Municipais de Saúde nas lutas pela redemocratização e pela Reforma Sanitária, enfatizando sua contribuição na construção da Democracia e na noção de interesse

público no Brasil, bem como sua contribuição para que diversos atores sociais sejam incorporados ao processo decisório e para a ampliação do espaço público, ou seja, o espaço para o debate e a disputa em torno das questões coletivas. Realizamos uma discussão sobre os diversos sentidos que os Conselhos assumem no processo de democratização da política de saúde, e os desafios por eles enfrentados frente ao avanço da privatização dos serviços de saúde. Em seguida, apresentamos uma caracterização e problematização das diferentes variáveis de análise da participação social, destacando os aspectos da “orientação político-ideológica da gestão municipal”, enquanto variável de análise das experiências de participação social nos Conselhos Municipais de Saúde das cidades sem tradição associativa e marcadas pela cultura política clientelista.

No segundo capítulo, descrevemos o processo de formação dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos destacando a caracterização das diferentes orientações político-ideológicas das gestões correspondentes aos dois períodos da análise, a organização dos serviços de saúde e a relação entre o público e o privado nestas localidades; a organização dos movimentos sociais; e a composição social dos Conselhos de Saúde.

O terceiro capítulo descreve a análise da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos, em dois períodos distintos: primeiro, de 1997 a 2000, com gestões municipais de orientação político-ideológica pouco favoráveis ou comprometidas com a participação; segundo, de 2001 a 2004, com gestões municipais de orientação político-ideológica favorável ou comprometida com o projeto participativo. Na análise buscamos evidências que nos permitam afirmar que o projeto participativo nessas duas instâncias, ainda que de modo contraditório e tenso, têm avançado, na medida em que a publicidade, como atributo dessas novas instâncias

de decisão (os Conselhos), é fundamental ao rompimento com práticas clientelistas e privatistas no processamento de interesses e demandas.

Os resultados da pesquisa de campo, neste capítulo, foram organizados a partir de dois eixos da análise: a participação social na definição da política de saúde (o ato de induzir o Estado à partilha do poder decisório); e o controle social sobre a movimentação do Fundo Municipal de Saúde (o ato de não deixar o Estado transgredir).

Nesta análise da participação social, procuramos testar nossas hipótese e examinar:

1. como o projeto político dessas gestões influenciou no resultado da definição e elaboração da política de saúde e se a orientação política das gestões locais dificultou ou potencializou a democratização da gestão da saúde e a desprivatização dos serviços de saúde.

2. se as diferenças na representação societária nos CMS tiveram peso para explicar a ampliação da participação nos CMS maior ou menor do que a variável “orientação política da gestão municipal”.

Na análise do controle social sobre os Fundos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos investigamos quais foram as formas de acompanhamento e controle social sobre os Fundos, bem como ocorreu a prestação de contas sobre a aplicação dos recursos públicos na rede pública e nos convênios entre as Secretarias de Saúde e os prestadores privados de saúde. Qual foi o papel da participação societária neste controle e se houve resistências ou se, ao contrário, houve incentivos por parte do governo local à fiscalização e ao acompanhamento do gasto público na saúde dos municípios.

METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo dos Conselhos Municipais de Araraquara e São Carlos focalizou o processo participativo na gestão das políticas de saúde em dois períodos distintos por obedecer o seguinte critério de seleção para o recorte do tempo analisado: a partir de 1997, nos dois municípios, iniciou-se a descentralização da gestão da saúde.

O estudo dos casos se mostrou mais adequado para análise da problemática a que nos propomos estudar em virtude da generalidade e, simultaneamente, a particularidade deste fenômeno, pois ao mesmo que na literatura sobre o tema a variável da sociedade civil apresenta-se como uma tendência para os estudos das experiências participativas nos Conselhos de Saúde, pareceu-nos importante analisar mais detidamente a experiência concreta de municípios que não contam com uma sociedade civil vigorosa, e por isso, utilizamos a variável de análise “orientação político-ideológica” das gestões municipais, observando proximamente os desdobramentos possíveis no funcionamento destas instâncias.

Como procedimento metodológico utilizamos a consulta às atas de reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos (disponíveis nas Secretarias Municipais de Saúde) e entrevistas com os conselheiros de cada Conselho (das gestões de 1997-2000 e 2001-2004).

A análise documental foi composta pela consulta às atas das reuniões mensais dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos, compreendendo 48 atas de cada município totalizando 96 atas, no período das primeiras gestões: 1997-2000; e no período das segundas gestões: 2001-2002, analisando 36 atas de reuniões de cada Conselho, no total de 72 atas. Também foram analisados os regimentos internos dos respectivos Conselhos.

A consulta às atas das reuniões de cada Conselho Municipal de Saúde serviu-nos para a compreensão do controle social sobre os fundos municipais de saúde e para avaliar o poder de influência dos representantes da sociedade civil na elaboração das políticas de saúde. Através das leituras das atas analisamos a fiscalização sobre a movimentação dos recursos financeiros dos fundos de saúde, buscando compreender como ocorreu a prestação de contas sobre os gastos públicos em saúde, ou seja, se houve questionamento e contestações sobre supostas irregularidades..

Ainda por meio da consulta às atas, analisamos o poder de influência da sociedade civil no processo decisório da política de saúde, identificando o número de propostas apresentadas e aprovadas por segmento representado; e a frequência dos conselheiros às reuniões mensais do Conselho. Analisamos também a natureza das deliberações por segmentos representados e a determinação dos temas relevantes nas pautas das reuniões. Já a análise do regimento interno foi necessária para a compreensão da estrutura organizacional dos Conselhos, especialmente no que diz respeito à composição da representação dos diferentes segmentos sociais da sociedade.

A observação direta nas reuniões de cada Conselho também foi outro procedimento importante para a pesquisa porque nos fornecerá elementos para a compreensão da dinâmica dos debates e especialmente da relação entre governos locais e representantes dos segmentos prestadores privados de serviços, e representantes da sociedade civil.

Com relação à utilização das atas de reunião convém fazer alguns comentários sobre esse instrumento de coleta de dados. Há limites e vantagens na utilização das atas para tentar captar o processo decisório. De acordo com Perissinotto o limite maior reside no fato de que as atas são um registro já filtrado das discussões que ocorreram nas plenárias das três instituições. Nem sempre todos os argumentos e todos

os dados importantes pode ser aí encontrados (Perissinotto, 2004). Em alguns períodos das gestões, elas apresentam um rendimento analítico menor, em outros, como no caso das gestões do período 2001-2004, são bastante eficientes nesse sentido. De qualquer forma, as atas constituem-se numa fonte que, ao lado das observações diretas nas reuniões e as entrevistas, permitem ao analista captar o “conselho em ação”, indo além, portanto, de uma análise estática dos processos (Perissinotto, 2004).

As entrevistas com os conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos compreenderam um universo de 24 entrevistas com os conselheiros de cada gestão do primeiro período (1997-2000) e do segundo período (2001-2002). Por meio das respostas obtidas dos entrevistados, analisamos a percepção dos diversos agentes envolvidos no processo decisório.

CAPÍTULO 1 – OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ORIGENS, DESENVOLVIMENTO E PANORAMA ATUAL.

1.1 Os primórdios da participação e controle social em Saúde: o movimento sanitário, a redemocratização brasileira e a Reforma Sanitária.

Instituídos recentemente a partir das reformulações setoriais que deram origem ao Sistema Único de Saúde, os Conselhos de Saúde têm surpreendido pela extensão e rapidez com que vêm se implantando por todo o país.

Com uma composição mista, incluindo representantes do governo e da sociedade civil, e dotados de atribuições legais bastante amplas, inclusive com poderes deliberativos, os Conselhos são uma das principais inovações da organização dos serviços de saúde brasileira contemporânea. Situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado Brasileiro, aparecem como um instrumento da democratização da gestão da política de saúde, ideal perseguido pelo processo de Reforma Sanitária.

Recuperando os antecedentes históricos pretendemos contextualizar os Conselhos de Saúde nas lutas da sociedade civil pela redemocratização do Brasil e destacar o seu papel na construção e aprofundamento da Democracia Brasileira, esboçando brevemente o seu papel na construção democrática e as diversas formas de mobilização e associativismo no campo da saúde pública. Discutiremos especificamente os conselhos enquanto espaços públicos de deliberação democrática, sua contribuição para a construção da noção de interesse público no Brasil, bem como a trajetória histórica dos Conselhos de Saúde enquanto parte da luta pela Reforma Sanitária, conseqüentemente, da luta pela democratização da saúde.

No campo da saúde os quebra-quebras de ambulatórios e conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde nos grandes centros urbanos demonstravam a insatisfação com o modelo excludente de organização dos serviços de saúde, desde o início dos anos 70, onde a partir deste momento foram produzidas várias pesquisas, com o objetivo de demonstrar que o modelo de desenvolvimento adotado pelo regime militar (concentrador de rendas, e não distribuidor de benefícios sociais) era prejudicial à saúde das pessoas.

Somente no final da década de 70, é que começa a haver algum tipo de abertura, possibilitando que essas pesquisas circulassem com mais facilidade. A partir de então se inicia a organização do movimento social em saúde. Esta época corresponde ao resgate da função pública dos movimentos sociais e comunitários, os quais serviram de canal para a mobilização da população nas eleições de 1974 e das lutas pela redemocratização do país. Esses movimentos (associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e correntes políticas de oposição ao regime) passaram a denunciar a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando das autoridades soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente.

O movimento de reforma sanitária surgiu neste período e desenvolveu-se como um “conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1988:23) Fruto das lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados ao movimento popular, o movimento sanitário nasce com a intenção de reverter o sistema perverso de saúde. De fundamental importância nesse período foi a produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores, que reforçando os estudos já existentes desde o início da década, criticavam o modelo vigente, denunciavam as más condições de vida da população e propunham alternativas para a construção de uma nova

política de saúde efetivamente democrática. Quase toda esta produção adotava uma postura radical de crítica ao centralismo autoritário do regime militar.

De acordo com Gershman (1995), junto a este percurso acadêmico, houve também avanços progressivos na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, fosse através de extensão universitária, fosse a partir das Secretarias Municipais de Saúde no interior de alguns Estados, onde o Movimento tinha um certo controle político sobre as Prefeituras, fosse mesmo através da ocupação de cargos técnicos – administrativos no Ministério da Previdência Social, à medida que a transição à democracia adquiria um perfil mais nítido.

O Movimento Popular em Saúde (MOPS) originou-se nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou favelas localizadas dentro dos grandes centros urbanos, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Era composto por médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes.

A mobilização em torno dos problemas sociais no início da década de 80 em meio às eleições diretas para os governos estaduais não só favorece o debate sobre as reformas do setor saúde em todo o país, como coloca o MOPS em estreita interação com o Movimento de Reforma Sanitária (intelectuais e médicos sanitaristas), que lidera os impulsos de mudanças nas políticas de saúde envolvendo ainda funcionários públicos, professores universitários, sindicalistas e associações profissionais (Doimo, 1995:34). Ou seja, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país.

Sob este aspecto, a democratização do Estado e da sociedade brasileira parece ter sido até meados dos anos 80, um forte elemento de aglutinação dos principais atores do

Movimento Sanitário (MOPS e movimento de profissionais da saúde), principalmente entre os profissionais de saúde, reunidos em seus congressos, nas plenárias de saúde, nas conferências nacionais de saúde e até o início dos anos 80, no interior do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), uniformizando de certa maneira o conjunto de propostas de reforma para o setor.

A VII Conferência Nacional de Saúde representou o marco fundamental da proposta de reestruturação do Sistema de Saúde, em 1986. A maior vitória por parte do Movimento Sanitário foi a reafirmação do papel do Estado como executor das políticas sociais públicas. A realização desta Conferência contou com uma ampla participação e foi discutida a situação de saúde do país e aprovado um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente apoiado pelos segmentos sociais, identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a área da Saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu-se num momento de relevância, na formação politico-ideológica do projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária para Teixeira pode ser conceituada como:

“Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços, sob a égide do Estado” (1989:39).

A partir de então, foi se delineando um novo projeto de democratização do setor saúde, via várias mudanças que foram sendo propostas e também com a participação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva – e a criação do CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

Surgiram várias propostas que restringiam ao máximo o controle da sociedade civil, reforçando a ação das comissões inter-institucionais de saúde (que contavam com os órgãos governamentais e representantes da sociedade civil, escolhidos pelo executivo local), mas que não possuíam caráter deliberativo. Por outro lado, havia as propostas do próprio movimento sanitário que exigiam que esse controle acontecesse com representação paritária dos principais segmentos envolvidos com a questão e que se sustentasse no caráter deliberativo sobre a política de saúde.

Nesse momento, o debate era dominado pela preocupação em construir o arcabouço institucional democrático, eliminando decretos, leis, atos institucionais e todo o conjunto da normatividade autoritária. Buscava o movimento sanitário junto com os outros movimentos sociais, garantir os avanços possíveis em termos da construção da ordem democrática, de mudanças legais que refletissem a ascensão de forças e atores sociais que lutaram desde o período militar não só por suas demandas, mas pelo reconhecimento do “direito a ter direitos” de suas organizações e da sua legitimidade.

A decisão de construir e concretizar um Sistema Único de Saúde, tinha como elementos fundamentais: a transferência de poder e de recursos financeiros da esfera federal para estados e municípios e a consolidação do controle da sociedade civil sobre o setor saúde. Constitui-se dessa forma, os eixos em torno dos quais se construiria o SUS, apresentando as seguintes inovações: deslocamento da gestão da esfera federal para os

estados e municípios, com descentralização e gestão autônoma dos serviços sob um comando único; um novo esquema de financiamento dos gastos relativos a atenção à saúde, com a constituição de um Fundo Municipal de Saúde.

Como canal de participação e fiscalização da sociedade civil na gestão da política de saúde, surge o Conselho de Saúde, que deve atuar na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sendo a representação dos usuários, nos Conselhos e nas Conferências, paritária ao conjunto dos demais segmentos⁴.

Os Movimentos Sociais em Saúde assim como os outros movimentos sociais foram responsáveis pela criação de novas práticas políticas que corresponderam a uma redefinição e alargamento da noção de política, onde a partir de então, o fazer política não era mais exclusividade do Estado ou dos partidos políticos, passando a contar com a participação da sociedade civil, por meio destes Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Além disso, esses novos personagens ao entrarem em cena reivindicavam também direitos que confrontavam-se diametralmente contra as relações de desigualdade e autoritárias entre governantes e governados.

Todo este processo, na realidade, culminou na construção daquilo que Dagnino denominou de “um novo padrão de cidadania, no sentido do direito a ter direitos”, incluindo o direito de participar da própria definição do sistema político (Dagnino, 1994). E esse novo padrão de cidadania concretiza-se nos direitos constitucionais a partir de 1988, com a instituição de novos direitos, como por exemplo, a criação de novos mecanismos de

⁴ No terreno das políticas públicas, a existência de órgãos colegiados setoriais ligados ao Executivo não é o fenômeno novo no Brasil nem, tampouco, exclusivo da área de saúde. Como já citamos anteriormente, desde a criação das CAPs, havia a participação de setores da sociedade nos órgãos de gestão. Eram conselhos mistos onde trabalhadores, patrões e burocratas expressavam seus interesses.

gestão de políticas públicas que contemplam a participação da sociedade civil. Outro resultado importante deste processo encontra-se na tematização na esfera pública de questões, antes consideradas de domínio privado, e a instituição de novos espaços públicos.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que os Conselhos de Saúde nasceram como um poderoso instrumento de luta da sociedade civil pela democratização do Estado e da política brasileira, como um espaço para a concretização desse novo padrão de cidadania.

A participação nos Conselhos de Saúde é concebida como um importante instrumento de democratização e publicização da gestão das políticas públicas através do planejamento e fiscalização por parte da sociedade organizada. Ou seja, a interferência política das entidades, organizações e movimentos da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Já o conceito de controle social, historicamente, foi entendido apenas como controle do Estado sobre as massas.

É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido do controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas.

Carvalho (1995) trabalha a evolução do conceito controle social, identificando quatro momentos diferenciados, que na realidade correspondem aos diferentes momentos das relações entre sociedade e Estado: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado.

Essa última concepção de controle social tem como marcos o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária⁵. A noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionado à soberania popular.

Nessa concepção, (e é a partir dela que orientamos nossa reflexão) a democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil; entretanto, é percebida como uma vitória parcial, uma vez que na sociedade capitalista existe a hegemonia da classe capitalista, havendo um limite interno, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Nesse sentido, concordamos com Ingraó (1980) para quem a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade da democracia semi-direta, articulada à democracia representativa para se concretizar um progressivo processo de democratização do Estado e da sociedade.

Democratizar o Estado e tornar pública a política implica reconhecer que existem na sociedade interesses diferentes e contraditórios. Este reconhecimento tem que se materializar na constituição de canais de expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de ação que as levem em consideração, e especialmente para a criação do interesse público. E nesse processo, os movimentos sociais são protagonistas das grandes transformações em direção da publicização das políticas, especialmente, a política de saúde. Nesse sentido, a democratização significaria:

⁵ Destaca-se a diferença entre o conceito de controle social inscrita na Constituição e utilizado na saúde pelo Projeto de Reforma Sanitária com o proposto pela Reforma Gerencial do Estado. Nesta concepção não há poder decisório da sociedade civil nos conselhos que passam a ser consultivos e não paritários, reduzindo e limitando seu papel na democratização do Estado.

“(…) a desprivatização do Estado, eliminando o acesso privilegiado dos interesses privados à agenda e às decisões do Estado, e na construção da capacidade da sociedade civil de participar efetivamente da elaboração dessa agenda e dessas decisões, conferindo a elas um caráter verdadeiramente público” (GESCD, 1999:51).

Entretanto, esse modelo de democratização sofreu crescentes investidas devido às propostas e políticas advogadas pelo neoliberalismo. Na realidade, trata-se de uma discussão sobre os diferentes projetos que estão por trás das concepções sobre os papéis atribuídos à sociedade civil no processo de democratização. Para o modelo neoliberal, a sociedade civil é integrada ao mercado e assim os interesses privados reforçam-se como parâmetros para as práticas sociais, de acordo com Vera Telles (1994), dificultando o resgate da dimensão pública da vida social e do Estado.

Nesse cenário, qual seria a contribuição dos Conselhos Municipais de Saúde para o fortalecimento da sociedade civil, na ampliação da esfera pública e na construção democrática? Os Conselhos Municipais de Saúde, ao se circunscreverem nesse terreno mais amplo das lutas dos movimentos sociais, contribuem para a democratização quando se constituem como espaços públicos de deliberação democrática. E assim, por meio de procedimentos dialogais, como a ação compartilhada e a convivência de uma pluralidade dos interesses, configuram-se os Conselhos como espaço público de debate e deliberação, lugar no qual os conflitos de interesses são administrados e negociados a partir de normas públicas, e não mais balizados pelas concepções privatistas dos grupos mais fortes.

Os Conselhos somente serão instrumentos eficazes do processo de construção democrática, quando transformados em espaços públicos para “instituir e difundir uma cultura de direitos e substituir o interesse privado como medida de todas as coisas,

problema histórico brasileiro, que o neoliberalismo só reforça e agrava” (GESCD, 1999:56).

1.2 Os Conselhos de Saúde como espaços públicos de deliberação democrática.

A importância dos Conselhos Municipais de Saúde dentro do quadro da construção democrática deve-se ao fato de que ao se constituírem enquanto espaços públicos de deliberação redefinem continuamente as relações entre o público e privado. Sendo assim, a construção da noção de interesse público na gestão da política de saúde, por exemplo, não implica na inexistência dos interesses particulares, mas de acordo como Oliveira, “o público é uma socialização dos acordos privados mediados pelas categorias universais presentes na constituição societária (...) (1993:6).

Portanto, os Conselhos são exemplos de espaços públicos mais amplos e heterogêneos, potencialmente mais públicos quando transformados em espaços de co-gestão, onde o Estado, os empresários, profissionais da saúde, e os cidadãos assumem responsabilidades e acordos negociados que devem cumprir, apesar da existência de interesses antagônicos.

Para que os Conselhos sejam instrumentos da sociedade civil é preciso que se constituam em “esferas públicas não-estatais” (Genro,1995). Apesar do termo “não-estatal” ser alvo de grandes confusões, o autor refere-se à necessidade de um recuo por parte do Estado de seu controle monopólico sobre a esfera pública, compartilhando seu poder de decisão com a sociedade civil sem que isto implique na isenção de suas responsabilidades públicas, no que diz respeito à garantia de direitos sociais. Nesse sentido,

“Construir uma esfera pública não-estatal significa criar instituições voltadas para a produção e reprodução das políticas públicas, que não são controladas pelo Estado, mas têm um caráter indutivo, fiscalizador e controlador do Estado” (Genro,1995:35).

Infelizmente, a proposta de uma “esfera pública não-estatal” também tem sido bandeira defendida pelo neoliberalismo, mas com uma diferença fundamental da concepção utilizada por Genro. O projeto neoliberal defende a delegação das responsabilidades do Estado para a sociedade civil. E na realidade, o controle público da sociedade sobre o Estado, previsto na Reforma Gerencial do Estado, tão em voga, consiste numa desconstrução do Estado. Ao passo que para Genro a constituição de uma esfera pública não-estatal não significa uma desresponsabilização do Estado e sim, a construção de uma gestão compartilhada entre o poder estatal e a sociedade civil.

Um dos caminhos para que a esfera pública possa delinear novas formas de gestão pública, sem que isso implique em sua desconstrução, é o da criação de novos arranjos que publicizem e desburocratizem o Estado. E para isso, torna-se necessário o fortalecimento da sociedade civil através da constituição de formas autônomas de poder, que possibilite a construção de parâmetros mais públicos no processo decisório das políticas públicas.

1.3 Os Conselhos de Saúde na democratização da política de saúde: a luta contra a privatização da saúde pública no Brasil.

Os Conselhos Municipais de Saúde podem representar uma nova forma de exercício do poder político, possibilitando a criação de parâmetros mais públicos na gestão da política de saúde. Desejamos compreender como os Conselhos Municipais contribuem no processo de democratização da política de saúde no Brasil e para isso, discutiremos, especificamente, o papel dos conselhos no contexto da luta do movimento sanitário contra a privatização da saúde e a publicização da gestão da política sanitária nos municípios brasileiros.

Partiremos de uma breve descrição da organização e estrutura da política e gestão dos serviços de atenção à saúde pública no Brasil, enfocando as relações entre o público e o privado na prestação dos serviços, para posteriormente refletir sobre os diferentes sentidos que a participação social no campo da saúde assume no contexto das reformas de ajuste estrutural dos anos 90. Pretendemos ressaltar a importância dos Conselhos de Saúde enquanto instrumentos de controle social da política de saúde, destacando o seu potencial na democratização e publicização da gestão da saúde.

Os serviços de saúde emergiram no Brasil, ainda no século XIX, apresentando uma organização precária, baseada na polícia médica, onde as questões de saúde eram ainda de responsabilidade estritamente individual, cabendo ao indivíduo a atribuição de garantir sua saúde através do “bom comportamento”, e às políticas públicas de saúde cabia o controle das doenças endêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares.

O modelo político de saúde pública hegemônico das três primeiras décadas do século XX foi o “modelo de atenção em saúde orientada predominantemente para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização” (Escorel,1989:182-194), fundadas na ideologia campanhista, contextualizada na reprodução do capital do setor cafeeiro, e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas.

Ao analisarmos as políticas de saúde deste período percebemos que o modelo de atenção concentrava fortemente as decisões, em geral tecnocráticas e, também, adotava um estilo repressivo de intervenção, favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista, dificultando a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde.

Costa (1986) demonstra que a organização da saúde pública no Brasil foi uma resposta das classes dirigentes nacionais às inúmeras ameaças que tolhiam o desenvolvimento de novas relações econômicas no país. Essas ameaças determinariam concepções de organização sanitária que motivariam a resistência popular às ações de saúde pública.

Mesmo assim, a oposição do movimento popular desnudou a natureza essencialmente instrumental das iniciativas públicas no terreno da saúde. Sobretudo a classe operária foi a principal defensora de que as políticas públicas de saúde compreendessem também a necessária regulação do consumo da força de trabalho pelo capital industrial.

Até 1930 os trabalhadores contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas das grandes empresas e, em outros casos pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Assim, a maior parte dos trabalhadores eram excluídos de tais benefícios,

vindo a recorrer aos serviços públicos de saúde ou ao atendimento dos profissionais liberais.

Data de 1923 a instituição das CAPs no Brasil. Foram, inicialmente, agregadas às empresas ferroviárias, estendendo-se progressivamente às outras categorias profissionais. Tinham como objetivo prestar assistência médica e fornecer medicamentos a preços especiais, além de aposentadorias e pensões. Eram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva.

No período seguinte, denominado populista, consolidou-se a medicina “previdenciária”, destinada aos grupos mais organizados de trabalhadores urbanos. Esta foi conduzida pelo governo e o principal instrumento desta política foram os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), com uma tendência no sentido de efetivar o poder nacional centralizado.

Sem contar que, neste período, a implantação dos programas e serviços de atenção médica foi permeada por práticas clientelistas estendendo-se ao atrelamento dos sindicatos e dos Institutos ao Estado, através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como a participação na gestão nesses dois tipos de organização social. Tal controle ocorria devido à nascente organização e mobilização de importantes parcelas de trabalhadores, desde as décadas anteriores.

O período posterior foi marcado pela rápida expansão da medicina previdenciária, possibilitando o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, voltadas para o atendimento do pronto-socorro e da população marginal ao sistema previdenciário.

É na final desse período que o debate sobre o papel do Estado nacional na construção de um sistema de saúde efetivo, começa se esboçar no campo das lutas sociais

em saúde. O principal evento neste sentido foi a III Conferência Nacional de Saúde (1963), porém, a reação das forças sociais conservadoras que levou ao golpe militar de 1964, interrompeu o debate que estruturava-se aos poucos.

Na primeira fase do regime militar, denominada de milagre brasileiro, aconteceram grandes mudanças na administração da política de saúde, como reflexo da reorganização da administração pública em geral. Prevaleceu a lógica centralista e a supressão do debate de alternativas políticas no seio da sociedade, fato que permitiu o governo federal levar adiante suas reformas que afetavam profundamente os modelos de saúde pública e medicina previdenciária originados no período anterior. Essas mudanças estavam baseadas na generalização do modelo de cuidados individuais como padrão de saúde e orientavam um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados. A saúde passou, então, a ser considerada um bem de consumo, principalmente um bem de consumo individual.

Até o final dos anos 80, o Brasil contava com uma política dual e seletiva de serviços de atenção à saúde. O Ministério da Saúde (MS), criado em 1930, e as secretarias e órgãos de saúde de Estados e municípios desenvolviam ações de saúde pública, isto é, serviços de natureza preventiva, dirigidos à população em geral, desde campanhas de vacinação à vigilância sanitária. O acesso da população a tais serviços baseou-se sempre em princípios não-contributivos; portanto, este não se pautava por nenhum critério de seletividade.

O trabalho de Elias e Cohn (1999) contribuiu para mostrar-nos como ambas as redes – de saúde pública e de assistência médica – operavam de modo inteiramente independente. Além de dual e seletiva, a política de saúde caracterizava-se pela forte

centralização decisória e operacional, muito embora, as secretarias estaduais fossem responsáveis pela implementação de suas ações com independência, mesmo em desajuste com relação às diretrizes do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Não obstante, as críticas a este modelo centralizado e privatizado de ações pelo INAMPS converteram-se em vários esforços no sentido da unificação das ações entre níveis de governo e entre a ação do Ministério da Saúde e do INAMPS, sendo estes implantados, sem no entanto obterem sucesso, entre meados dos anos 70 e 80, até a instituição das AIS (Ações Integradas de Saúde).

Nas AIS a relação dava-se diretamente entre União e os municípios através do ex INAMPS. Os municípios utilizavam-se para tal de instrumento dos convênios abrangendo a transferência de recursos financeiros e a estruturação de instâncias para iniciar a participação institucional da sociedade. Na Segunda metade dos anos 80 esse processo evoluiu para o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), agora envolvendo as transferências financeiras e da rede física (hospitais e ambulatórios do ex-INAMPS) da União para os Estados federados, através do estabelecimento de convênios (Elias, 1999:112).

Até meados dos anos 80, assistimos à massificação do acesso aos serviços médicos, sob um modelo centralizado, que operava sem o princípio da universalização. A unificação deste sistema e sua progressiva descentralização só começariam a ganhar expressão, após a VIII Conferência Nacional de Saúde e a implantação do SUDS (Arretche, 1998:200).

A promulgação da nova Constituição Federal, em 1988, e o advento do SUS (Sistema Único de Saúde), ampliam significativamente as possibilidades de

descentralização. O artigo 198 da Carta Constitucional estabelece as suas diretrizes, a saber: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. Descentralização, participação social e atendimento integral, estes são os alicerces para a construção do SUS (Elias, 1996)⁶.

Conforme Elias (1996:114), a proposta de descentralização contida na NOB/93 (Norma Operacional Básica), busca dar conta de diversos aspectos, tais como o modelo assistencial, a redefinição de competências das esferas de governo, a questão dos recursos humanos, dentre outros. Em seu detalhamento operativo podem-se identificar dois pilares fundamentais: *o financiamento das ações de saúde e o controle social*.

Nesses novos termos, as transformações ocorridas ao longo dos últimos quinze anos resultaram na constituição de um novo modelo de prestação de serviços de saúde, o qual visa instalar um sistema hierarquizado e descentralizado de serviços de atenção a saúde (Arretche e Marques, 2000:14-17), impondo como questão relevante para a eficácia e democratização do processo de descentralização: o “*controle social*” (Cohn, 1996:54).

A legislação federal estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através de: Conferências Municipais de Saúde⁷; e dos Conselhos Municipais de Saúde⁸ que buscam participar da discussão das políticas de saúde

⁶ A partir daí, cria-se todo um arcabouço legal, até então praticamente inexistente, complementado por decretos, portarias e normas emanadas das três esferas de governo e voltado para a implementação da descentralização do sistema de saúde e para imprimir maior racionalidade aos serviços públicos de saúde.

⁷ Instâncias colegiadas, de caráter consultivo, tendo como objetivo avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes da política de saúde, em cada nível de governo.

⁸ Essas regulamentações preceituam para os três níveis do SUS (federal, estadual e municipal) composição paritária desses Conselhos; ou seja, os usuários devem ter o número de representantes correspondente à soma da representação dos prestadores de serviços (públicos e privados) e dos trabalhadores de saúde. Não obstante, algumas Constituições estaduais e Leis Orgânicas de municípios tratam dessa matéria. No caso de São Paulo, a Constituição Estadual estabelece as diretrizes gerais para que se criem os Conselhos de Saúde nos níveis estadual e municipal. Em alguns casos as esferas municipais ampliam os canais para o exercício do

tendo uma atuação independente do governo municipal, embora façam parte de sua estrutura. Aí se manifestam com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas que direcionam os recursos para prioridades diferentes.

A participação, na perspectiva do controle social, permite à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade da saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor (CONASEMS, 1995:23).

No entanto, o modelo privatista de atenção à saúde que vem se implantando há décadas no Brasil, aprofundou-se nos anos 90, graças à ideologia neoliberal predominante e não se mostrou eficiente no atendimento das necessidades de saúde do país, sobretudo graças à lógica da lucratividade que fundamenta a oferta desses serviços. E este fato constitui-se em um dos principais obstáculos para a efetivação do controle social e a conseqüente democratização da gestão da saúde.

A privatização da saúde ocasiona um incremento nos gastos públicos porque os prestadores de serviços privados no Brasil são subsidiados pelo Estado, sem a contrapartida da melhoria no atendimento e/ou da execução da integralidade das ações de saúde. Os investimentos estatais na construção e modernização dos serviços privados de saúde não garantem aos usuários do SUS o acesso a esses serviços, mesmo em caso de convênio.

O Estado estimula a capitalização da medicina, tendo no hospital a sua base técnica e econômica (Braga, 1978). A rede oficial de atenção à saúde permanece estagnada,

controle público por meio dessas instâncias, tais como os Conselhos de Gestão de unidades de saúde, contemplando a representação da administração dos trabalhadores e usuários do serviço.

com poucos recursos investidos na saúde coletiva, enquanto que o setor privado, principalmente o lucrativo, tem um crescimento significativo, decorrente do modelo de compra de serviços prestados efetuados pela Previdência que obedecia uma tabela do INPS, em Unidade de Serviço (US).

As remunerações pelos atos médicos eram bem inferiores (e ainda persistem) àquelas cobradas nos atendimentos particulares pagos pelos clientes. Com o objetivo de aumentar os lucros contratuais, os hospitais lançam mão da multiplicação e desdobramentos das intervenções em pacientes inexistentes. Esse superfaturamento por parte dos produtores privados abala o sistema financeiro da Previdência.

Com essas práticas aprofundou-se a degradação não somente do frágil sistema de saúde, bem como do sistema previdenciário. A previdência não somente financiava a “medicina de grupo” mas ao mesmo tempo arca de maneira crescente com os tratamentos mais complexos, mais onerosos e com as doenças que exigem um período mais longo de recuperação, necessário ao atendimento dos empregados cobertos por esses convênios.

A proliferação de contratos de serviços com empresas privadas nos anos subsequentes à unificação dos institutos não foi acompanhada de qualquer controle da qualidade dos serviços prestados. A falta de controle sobre as faturas dos serviços contratados possibilitou condições para que a corrupção atingisse níveis tão elevados que ameaçaram o equilíbrio financeiro a partir de 1974.

No início da década de 80 aprofundavam-se as reformas na área de saúde num contexto de transição democrática. Ao mesmo tempo que se implantavam as reformas, reduziam-se os investimentos nas áreas sociais por imposição da crise econômica e das prescrições do Banco Mundial. O problema é que a área da saúde é extremamente dependente da alocação de recursos, e isso a torna mais vulnerável às manipulações

clientelistas. A reforma da política de saúde processa-se numa área de conflitos, de onde emergiram grupos de interesses em campos opostos; empresários de hospitais privados, funcionários e usuários de serviços, cada qual buscando defender seus interesses.

Os estudos de Laurell (1995), Fleury (1995) e Cohn (1997) fazem referência às propostas do Banco Mundial para o Brasil da década de 90, as quais defendem a privatização da saúde como forma de diminuir gastos e melhorar a qualidade do atendimento, através de cortes nos investimentos estatais nos serviços públicos de saúde. Assim, o Estado:

- Proporciona ao setor privado de saúde investimentos subsidiados e/ou programas a custo zero para a construção, remodelação e compras de equipamentos hospitalares, em detrimento dos serviços públicos;
- Reforça o modelo estatal-privatista através da concessão de benefícios fiscais a empresas privadas, que oferecem serviços ou planos de saúde aos seus empregados;
- Oferece à população usuária do SUS recursos para diagnósticos e tratamentos de alta tecnologia, portanto, de alto custo, através de hospitais conveniados. No entanto, os usuários dos serviços privados e assegurados pelos planos de saúde têm prioridade na utilização desses recursos, em detrimento dos pacientes do SUS. Essas práticas com alguma frequência reproduzem-se nas instituições estatais, graças ao tráfico de influências nessas organizações, e da “dupla militância” de médicos que são funcionários dessas instituições e das empresas privadas de saúde, facilitando o acesso do cliente privado a esses recursos. Os serviços estatais dispõem de vagas limitadas por atender o município e a macro-região do Estado.

A relação promíscua entre público e privado na questão da saúde não foi objeto do controle estatal. Ao contrário, essa lógica assistencial privatista foi incorporada nas concepções e nos “discursos” previdenciários que diziam estar buscando a eficácia.

No Brasil, tradicionalmente as oligarquias fizeram uso da coisa pública e/ou forneceram o espaço privado para o funcionamento da “administração da coisa pública”. A área da saúde passou a ser marcada por forte pressão universalista e uma liderança reformista expressiva que, na década de 80, numa conjuntura favorável, elaborou projetos inovadores, conforme já mencionado. Esses projetos sofreram interferências na sua implementação pela permeabilidade do setor ao clientelismo e corporativismo.

Os interesses do setor privado de saúde são fortemente representados na burocracia estatal na figura de ministros, senadores, deputados, prefeitos e vereadores. Representantes desse setor, desde o governo militar, ocupam sucessivamente cargos de liderança nas áreas de políticas sociais. Os representantes desses grupos privados elaboram leis que defendem os interesses deles e conseguem aprová-las através dessa rede promíscua de intermediação de poder entre público/privado.

Essas práticas são responsáveis pela não efetivação de um Sistema Único de Saúde e ao longo da década de 80 assistimos ao aprofundamento da lógica da privatização da saúde, tal como defendem o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial.

De acordo com estes organismos internacionais a ampliação da privatização dos serviços de saúde levaria a uma diminuição dos gastos públicos e a uma melhoria na qualidade do atendimento e na eficiência dos serviços. Contrariando esta perspectiva, os pesquisadores da política de saúde demonstram que a privatização desses serviços ocasiona

um incremento nos gastos públicos, porque os prestadores de serviços privados, no Brasil, são subsidiados pelo Estado sem a contrapartida da melhoria da qualidade do atendimento⁹.

O fato é que a mercantilização da saúde constitui-se em condição necessária para privatização dos serviços e provoca a anulação de direitos sociais elementares e leva à destruição da garantia do acesso a formas solidárias e igualitárias dos benefícios sociais.

O fundo público de saúde é de fundamental importância no processo de privatização, tendo em vista que a produção privada de serviços depende de alguma forma de financiamento, de caráter público ou privado, sob a forma de pré-pagamento. Por outro lado, a modalidade de pré-pagamento dá origem a vultosos fundos financeiros mais atrativos para o capital financeiro do que a própria prestação de serviços. Isso explica o investimento do capital financeiro nessa área sob a forma de companhias seguradoras.

A privatização da produção dos serviços de saúde vem crescendo no Brasil e de acordo com os trabalhos de Laurell (1995) e Fleury (1995), identificam duas novas tendências relacionadas à produção privada de serviços de saúde no Brasil. A primeira, refere-se à reprivatização de parte dos serviços de diagnóstico, hospitalares e terapêuticos que anteriormente eram prestados pelo setor público e pela seguridade social, pagos pelo Fundo Único de Saúde. A segunda tendência relaciona-se ao desenvolvimento de um complexo hospitalar para diagnóstico e tratamento com alta concentração de capital, administrado com a finalidade de acumulação de capital.

A produção dos serviços de saúde, a apropriação dos fundos públicos e a regulamentação do setor convertem-se no centro da disputa tendo como principal interessado o capital hospitalar e financeiro tentando conseguir uma política de saúde

⁹ O termo “qualidade” refere-se à integralidade das ações preventivo-curativas e de reabilitação em saúde englobando também as diversidades epidemiológicas regionais e emergentes com as mudanças na conformação da pirâmide populacional, ou seja, com aumento da expectativa de vida.

favorável aos seus interesses orientados pela lógica do capital, sendo que a privatização do setor saúde dificulta a democratização dos processos decisórios e de gestão.

A estratégia de municipalização pode significar uma forma de privatização na medida em que o governo central se desonera de certos encargos e os transfere para o município e para a sociedade, sem transferir recursos. Isso significa que esses serviços não serão prestados dada a situação pré-falimentar da maioria dos municípios, ou serão entregues às empresas privadas. A transferência de recursos, sem um mínimo de preparação e capacitação das estruturas municipais e com uma sociedade civil pouco organizada e frágil, acaba por reforçar o poder das elites oligárquicas.

Em resumo, na política de saúde, algumas questões têm comprometido a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar, conforme Bravo:

“O desrespeito ao princípio da equidade na alocação de recursos públicos pela não-unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. A atual proposta de Reforma do Estado para o setor saúde insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico”. (1996 :83).

A partir disso, cresce a insatisfação social com a gestão pública que ocorre principalmente devido à baixa qualidade dos serviços públicos, à hegemonia da cultura mercantil e ao enorme poder de atração pelas atividades privadas. A deterioração de alguns bens e serviços público gera a pressão da insatisfação que tende a escapar pela saúde – isto é, leva o cidadão a fugir em direção à oferta privada daqueles mesmos bens e serviços, fazendo com que a pressão não fique disponível para impulsionar a voz, produzir atos de

reclamação nem organização para protestar. A insatisfação acaba por alimentar uma voz favorável ao mercado e simplesmente desinteressada em tudo o que é fornecido pelo Estado.

Nesse cenário de repulsa ao “público” por parte dos usuários dos serviços de saúde, os Conselhos de Saúde podem se constituir em uma estratégia para se dirigir, cada vez mais, o fundo público da saúde para a produção de bens e serviços de consumo coletivo sem fins lucrativos, atendendo às necessidades da reprodução da força de trabalho, e de contraposição à tendência, atualmente hegemônica, de sua utilização para o financiamento de iniciativas privadas. Este é o sentido da participação social através dos Conselhos: a luta pela democratização da gestão dos recursos públicos de saúde e sua alocação no sistema público de saúde.

1.4 Problemas e obstáculos para a efetivação da participação e controle social na política de saúde.

Além do avanço da privatização da saúde, outros aspectos de caráter estrutural dos Conselhos de Saúde concorrem para a não efetivação da participação: a burocratização da participação, a reintrodução do clientelismo sob novas formas, pela instrumentalização partidária, pela exclusão de interesses subordinados através do silenciamento ou da manipulação das instituições participativas. A participação social na saúde configurou-se, sobretudo, como um meio de se fazer presente no conjunto da vida política, de disputar seu governo e de postular a hegemonia, a direção intelectual e moral da sociedade. Por isso, trataremos dos obstáculos, fragilidades da participação social na política de saúde através dos Conselhos de Saúde que impedem o cumprimento de seu papel na democratização do Estado e da sociedade no Brasil.

Refletiremos a seguir, sobre alguns dos obstáculos que impedem a democratização por meio da participação nos Conselhos Municipais de Saúde, como por exemplo, as tensões entre a dimensão formal legal e a atuação dos Conselhos; o problema da falta de autonomia do Conselho em relação ao Estado; a não efetivação do poder deliberativo formalmente atribuído aos Conselhos; o problema da precária representatividade da sociedade civil nos Conselhos; a falta de capacitação dos conselheiros; a dificuldade de explicitação dos conflitos por parte dos segmentos da sociedade civil; o poder unilateral do Estado na definição dos assuntos relevantes; as tentativas de esvaziamento dos Conselhos por parte do governo local; e a ausência e indefinição no acompanhamento e execução das políticas públicas de saúde.

Ao analisar empiricamente os Conselhos Municipais de municípios, alguns estudos mostram um cenário desalentador: queixas comuns de falta de recursos, de precariedade das instalações físicas, do caráter marginal que o conselho ocupa no poder municipal, da baixa presença dos representantes nas reuniões plenárias, das dificuldades do exercício de deliberação, entre outras. Parece claro que o funcionamento dos conselhos depende de suas condições físicas, materiais e institucionais.

A análise empírica de algumas experiências de participação por meio dos Conselhos sugere fortemente a profunda dependência, para um efetivo funcionamento dos conselhos, do aparato governamental, devido à falta de estrutura e de recursos materiais e intelectuais (como a falta de qualificação técnica e política). Essa dependência fere o princípio da autonomia dos Conselhos, aspecto relevante para a efetivação da participação e controle social nestas instâncias participativas.

Na maioria dos municípios brasileiros, a carência de recursos financeiros, infra-estruturais e humanos reflete-se de forma dramática no funcionamento dos conselhos,

privados das condições mínimas para o bom desempenho de suas funções. Por outro lado, muitas vezes a manutenção desse nível de carências tem sido um dos principais recursos das prefeituras para manter sob seu controle os conselhos e organizações não-governamentais, parceiras em programas sociais.

No caso específico dos municípios de pequeno e médio porte, essa dependência dos Conselhos Municipais de Saúde em relação às Secretarias Municipais de Saúde aparece de maneira mais evidente. Deve-se indagar se suas decisões se sintonizam com os interesses da maioria da população, sobretudo dos setores excluídos, ou se apenas referendam as decisões do poder executivo e dos grupos que lhe dão suporte. Precisa também ser analisado de que modo se efetiva o processo decisório, o papel de cada representação na discussão e na iniciativa de proposições, se foi induzido pelo governo municipal ou inibido pelo mesmo.

São conhecidas as dificuldades para que as demandas e interesses dos setores excluídos cheguem até os centros de poder. Os conselhos podem constituir-se num canal para que isso aconteça, dependendo da composição, do maior ou menor poder de articulação entre os próprios representantes dos usuários e da sua capacidade de construir um consenso em torno das questões centrais de seu interesse.

Apesar da lei determinar o caráter deliberativo dos Conselhos, muitos destes acabaram tendo papel meramente consultivo. Os avanços em relação ao seu papel de canal de denúncias da sociedade que possibilitassem o pleno acesso da população às informações de saúde, à participação dos conselhos nas unidades de serviço e na articulação destes com o Conselho Nacional de Saúde e com os Conselhos Municipais de Saúde, varia de estado para estado, na dependência do interesse em impulsionar ou não a formação dos mesmos.

Outro aspecto importante a ser ressaltado, é quanto à composição dos Conselhos, que parece indicar a tendência de caráter corporativo, antes de mais nada. Também, o peso dos prestadores privados em relação aos públicos embora estes últimos pudessem estar representados no executivo e no legislativo, vários deles sendo donos de clínicas e hospitais.

No que se refere à composição dos Conselhos, a legislação impõe o respeito ao princípio da paridade entre Estado e sociedade, como mecanismo de equilíbrio nas decisões. A representação governamental é feita, em geral, por agentes públicos, titulares de cargos de direção na administração pública direta ou indireta, por responsáveis pelas áreas de políticas sociais, e por outros que atuem nas áreas afins, por indicação do chefe do Poder Executivo.

A sociedade civil possui 50% dos assentos nos Conselhos onde os conselheiros são escolhidos por seus pares, em fórum próprio, dentre as entidades e organizações não-governamentais prestadoras de serviço, de defesa de direitos, movimentos, associações comunitárias, sindicatos, associação de usuários, etc. Também possuem representação nos Conselhos o segmento dos prestadores privados de serviços de saúde e os profissionais da saúde.

Os conselhos de saúde distinguem-se dos demais por prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais. Dessa forma, a paridade no caso da saúde significa, uma super-representação do segmento dos usuários. Segundo Carvalho, trata-se de uma composição paritária que “discrimina positivamente os segmentos e grupos com menos poder no sistema” (Carvalho, 1995:150).

Entretanto, conforme lembram Siminionato e Nogueira (1994:59), “as representações de interesses no Conselho Municipal de Saúde guardam uma diferenciação de classe¹⁰ que, se não apreendida de forma correta, acentuará as desigualdades, esfacelando a proposta democrático-popular, no trato das questões, relativas à saúde”. No caso específico do Conselho Municipal de Saúde, o que provavelmente ocorrerá é que os grupos de interesses com menor representação não terão êxito em promover alterações no encaminhamento de novas propostas de saúde, que atenuem ou interrompa a privatização desses serviços.

Ainda com relação à representatividade acrescentam:

“Alguns Conselhos apresentam uma representatividade apenas legal, mas desvinculada de uma representatividade efetiva, levando em conta os interesses do seu grupo de referência. Esse tipo de representação tende a ser facilmente cooptado por interesses alheios aos que representam, acentuando os traços de natureza individualista, próprias da forma de organização e funcionamento do Estado neoliberal, fortalecendo interesses corporativistas em detrimento dos interesses de natureza coletiva” (Siminionato e Nogueira, 1994:58).

Tatagiba (2002), acerca da questão da representação paritária e plural dos conselhos, atesta que mesmo que entre sociedade e governo exista uma igualdade numérica, essa igualdade não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório.

¹⁰ Os interesses que se expressam no Conselho Municipal de Saúde, apresentam uma diferenciação de classes sociais, ou seja, entre os cidadãos e usuários dos serviços de saúde, trabalhadores da saúde e a classe capitalista prestadora de serviços, em geral, fortemente organizada em associações e sindicatos patronais.

“Na dinâmica de funcionamento dos Conselhos, os principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade aparecem relacionados às seguintes variáveis: a) a dificuldade dos atores, tanto governamentais quanto não-governamentais, em lidar com a pluralidade, b) a relação conselheiro-entidade; c) a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções” (Tatagiba, 2002:57).

Para ampliar o potencial democratizante dos Conselhos é preciso que os interesses dos diferentes segmentos sejam negociados por meio da utilização de procedimentos dialógicos, amparados na exposição pública de argumentos contrários. É Nessa tentativa de diálogo e confrontação pública dos diversos interesses que os Conselhos instauram práticas mais democráticas de gestão.

Quanto à representação dos conselheiros governamentais, os estudos de caso, segundo a autora, permitem afirmar a existência de um vínculo muito frágil entre os representantes governamentais e seus órgãos de origem. Os conselheiros governamentais tendem a defender nos conselhos suas próprias opiniões e não as propostas e posicionamentos resultantes da discussão com agências estatais envolvidas. Assim:

“As posições do governo nem sempre chegam ao conhecimento do conselho, assim como as discussões dos conselhos costumam não ser acompanhadas pelas agências estatais envolvidas. Muitas vezes, isso decorre da pouca importância que o Estado confere à sua participação nos conselhos, mandando para as reuniões pessoas não preparadas para discussão e com pouco poder de decisão. Essa política de esvaziamento dos conselhos tem se refletido nos altos índices de ausência dos conselheiros governamentais das reuniões e da grande rotatividade destes. Isso produz

um enfraquecimento dos conselhos que, apesar de suas prerrogativas legais, não conseguem impedir que muitas questões importantes sejam decididas nos gabinetes dos altos escalões do governo, sob a influência dos interlocutores tradicionais” (Tatagiba, 2002:64).

Embora careça-se de estudos voltados especificamente para a análise do perfil dos conselheiros, a maioria das pesquisas existentes sobre o tema destaca como obstáculo, a falta de capacitação dos conselheiros, tanto governamentais quanto não-governamentais, para uma intervenção mais ativa no diálogo deliberativo no interior dos conselhos.

O problema da falta de capacitação atinge de forma diferenciada os distintos atores que participam dos conselhos. Se o acesso às informações e o próprio conhecimento quanto ao funcionamento da máquina administrativa colocam os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos conselheiros representantes da sociedade civil, entre estes últimos, as diferenças de capacidades técnicas também oferecem obstáculos à igualdade de participação nos processos deliberativos:

“Certos atores vão se projetando em relação aos demais (...) Isso pode ser observado na prevalência das posições dos representantes dos sindicatos, profissionais de saúde e governo (...) Os representantes das entidades populares, não possuindo o mesmo saber, abstêm-se das discussões, permanecendo em uma posição de passividade e desmotivação no acompanhamento do processo (...) ocorre mais a presença física do que a capacidade de influir na formação de consensos” (Simionatto e Nogueira, 1995:30-31).

Essa desigualdade de conhecimento técnico expressa-se por meio da dificuldade dos representantes dos usuários no processo decisório, principalmente, no que

diz respeito à construção de acordos por meio de debate de idéias, programas e projetos. O que a maioria dos estudos revela é uma grande ausência de arranjos institucionais dentro dos Conselhos que sirvam para mitigar essa desigualdade e desburocratizar o procedimento para a tomada de decisões.

Dentre os aspectos da burocratização do procedimento para a tomada de decisões, Tatagiba recupera aqueles que impedem o cumprimento das atribuições legais dos Conselhos: a definição dos assuntos pertinentes ou relevantes, o controle dos executivos sobre a agenda temática dos assuntos pertinentes ou relevantes, o controle dos executivos sobre a agenda temática dos conselhos e a recusa do Estado em partilhar o poder de decisão.

No aspecto da definição da agenda temática, está em jogo nos conselhos

“(...) uma rica e importante disputa em torno dos assuntos pertinentes ou relevantes, que ora se traduz nas tentativas de definir o que seja formular políticas públicas, ora aparece nos debates acerca das verdadeiras atribuições dos conselhos. É claro que os termos dessas disputas nem sempre se explicitam como um todo orgânico e coerente, assim como não estão garantidas a todos condições igualitárias para influenciar os resultados dessa disputa” (Tatagiba, 2002:77).

Em muitos casos, o debate e a negociação em torno dos “assuntos relevantes” têm sido limitados pela imposição unilateral dos interesses do Estado. Isso porque, em vários conselhos analisados, o regimento interno concede ao presidente do conselho, ou pessoa por ele indicada, a prerrogativa de elaborar a pauta das discussões. Esse fato compromete a efetivação da participação da sociedade civil nos Conselhos porque limita a

inclusão de assuntos que contemplem o interesse e as necessidades da maioria da população, transformando os Conselhos em meros canais de homologação de assuntos do interesse dos Governos.

Tanto no campo teórico quanto prático, a questão da natureza deliberativa dos conselhos tem estado presente na discussão sempre, permeada por muita controvérsia.

De fato, em alguns casos, um conselho bem-sucedido pode não ter sua ação deliberativa relacionada à deliberação (“induzir o Estado à ação”), mas ao controle social do Estado (no sentido fiscalizatório, que visa “impedir o Estado de transgredir), ou a “uma eficiente vocalização das demandas” (Tatagiba, 2002:91). Conselhos com baixa capacidade deliberativa, podem ser fortes no controle da aplicação dos recursos orçamentários ou na execução dos programas e projetos¹¹.

Ou seja, recuperando os termos de Carvalho (1995), os conselhos parecem estar atualmente mais capacitados para “impedir o Estado de transgredir”, do que “induzi-lo a agir”, investindo suas energias mais no controle das prestações de contas e do serviços prestados pelo Estado, do que na formulação de políticas.

Os motivos apontados estão, em geral, relacionados às constatações feitas anteriormente quanto à dinâmica de funcionamento dos conselhos: a centralidade do Estado na elaboração da pauta, a ausência de capacitação dos conselheiros, problemas com a representatividade, dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, manutenção dos padrões clientelistas na relação ente Estado e sociedade, recusa do Estado em partilhar o poder, etc. Para além desses motivos, a análise da bibliografia vincula ainda a fragilidade

¹¹ Num país onde as denúncias de corrupção e de desvio do dinheiro público se sucedem num ritmo alucinante, as possibilidades de sucesso de políticas dependem, e muito, do olhar atento da sociedade sobre o destino do dinheiro público.

deliberativa dos conselhos à sua ambígua inserção no conjunto da burocracia estatal e à questão da existência e efetividade dos fundos.

Ainda não há total clareza da divisão das funções entre os conselhos e as instituições administrativas e burocráticas quanto à definição, execução e acompanhamento das políticas públicas na legislação vigente. Segundo Tatagiba,

“na ausência desse marco legal – e da natureza ambígua da expressão formular políticas públicas – essa divisão das funções acaba ocorrendo a partir dos acordos possíveis de serem estabelecidos em cada contexto específico e em cada conjuntura particular, variando à medida que se altera o jogo de correlação de forças entre os participantes” (Tatagiba, 2002:96).

Neste cenário o grande risco para o sucesso desta experiência participativa é o posicionamento marginal dos conselhos na estrutura de poder do Estado, com pouco ou nenhum efeito democratizante sobre as instituições estatais.

E por fim, não podemos deixar apontar como a fragilidade dos conselhos o problema da gestão e controle dos fundos. Sem dúvida, há um consenso na bibliografia sobre a grande resistência dos governos, especialmente os municipais, em instituir mecanismos mais transparentes e democráticos de financiamento e repasse de recursos. E nesse caso, “as acomodações políticas, as trocas eleitoreiras e a corrupção continuam imperando como matriz que orienta a destinação das verbas públicas, em acordos na maioria dos casos não-publicizáveis” (Tatagiba, 2002:97).

Portanto, os fundos, conforme destaca Correia (2000), com sua exigência intrínseca de publicização, chocam-se com uma cultura política marcada pela apropriação

privada dos bens públicos. Donde insere-se a importância do controle social sobre os mesmos, no sentido de minorar a ação predatória de agentes privados na arena decisória acerca da alocação e na destinação dos recursos públicos em saúde. Cabendo também ressaltar a ação corporativa dos interesses das classes capitalistas prestadoras de serviços de saúde, cada vez mais e mais articulados na disputa para o redirecionamento dos investimentos em saúde.

O controle social na saúde justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações e parâmetros éticos decididos unilateralmente por interesses econômicos de grupos ou de categorias profissionais por mais bem intencionados que sejam.

Nesse sentido, a participação é definida como luta, combate, mobilização, pressão, poder, ou seja, como articulação de forças e de estratégias para a construção do interesse público.

Segundo Correia (1999), o papel dos Conselhos deve ser aquele de não apenas aderir às propostas advindas do executivo municipal, mas devem se transformar em instâncias de reflexão, da crítica, do conflito, da contradição e do amadurecimento político de seus membros; devem estar pautados no exercício do pluralismo de idéias.

As entidades filantrópicas geralmente têm uma tradição assistencialista, cartorial, conservadora e assumem uma lógica privatista, favorecendo a despolitização das questões, fator que dificulta o exercício do debate e explicitação das diferenças. É importante levar em conta esses elementos, não para impedir que essas organizações possam se representar, mas para se ter consciência clara do conjunto de forças sociais favoráveis ou não ao processo de democratização e publicização das questões que são objeto de competência dos conselhos.

A reforma gerencial do Estado, proposta na década de 90, cujo substrato teórico encontra-se nas formulações de Bresser-Pereira, proporcionou uma despolitização do processo de abertura do Estado para a sociedade. Promoveu um verdadeiro deslizamento semântico, que inverteu alguns estratégicos conceitos democráticos, como por exemplo, a confusão entre descentralização e democratização.

A descentralização foi fortemente aproximada da idéia de democratização, a ponto de se confundir com ela. Fixou-se, por essa via, uma causalidade pouco rigorosa: só seriam democráticos os entes e espaços descentralizados, isto é, capacitados para assumir encargos antes desenvolvidos centralizadamente e, dessa forma, para neutralizar o “excesso” de Estado. Descentralizando suas atribuições e atividades, o Estado teria como se concentrar no fundamental, reduzir seus custos operacionais, diminuir seu tamanho e ganhar, com isso, maior leveza e agilidade.

A participação da sociedade civil na gestão pública significa que o seu papel não é para substituir o Estado, mas para lutar para que este cumpra seu dever: propiciar saúde com qualidade para todos.

Nesse sentido de participação, acima descrito, os Conselhos de Saúde podem se constituir em mecanismos de fortalecimento da sociedade civil e controle social do Estado e de resistência contra o processo de privatização e de desresponsabilização estatal dos serviços. Várias são as perspectivas de análise das condições para a superação dos obstáculos que fragilizam a experiência de participação nos Conselhos Municipais de Saúde. A seguir, destacaremos algumas das variáveis utilizadas em alguns estudos sobre a efetivação da participação social na saúde.

1.5 Variáveis de análise da efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde.

Como vimos anteriormente, muitos são os obstáculos para a efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde e por isso, encontraremos diversas variáveis de análise das condições para a efetivação da participação. Aqui apresentaremos e discutiremos algumas das principais variáveis de análise ou aquilo que Cortes denominou de determinantes da participação.

A sistematização da literatura sobre o tema (Cortes, 1995; Jacobi, 1993; Vargas e outros, 1985) apontou os seguintes fatores como os mais influentes sobre o processo participatório: mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde pública; a organização dos movimentos popular e sindical; o relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais; a forma de eleição dos representantes da sociedade civil, a existência ou não de uma sociedade organizada e a orientação político-ideológica do Executivo local (Cortes, 1998).

Coelho (2005), em artigo recente, apresenta um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, no qual trabalha com a variável “processo de escolha dos representantes da sociedade civil” para explicar a efetivação da participação nos Conselhos Municipais de Saúde. Neste estudo, a autora argumenta que as condições favoráveis à participação criadas pela gestão municipal de partido de esquerda (PT) com orientação política comprometida com o projeto participativo, não são suficientes para promover a participação esperada. Ela afirma que essa participação depende da capacidade das instâncias participativas de diminuir ao menos parcialmente o efeito das desigualdades que decorrem da distribuição desigual de recursos políticos e comunicativos entre os vários

atores. Para que isso ocorra, segundo a autora, será necessário rever os procedimentos de escolha daqueles que representam a sociedade civil nesses conselhos.

A abordagem acima descrita contrapõe-se à perspectiva da sociedade civil, que tem se concentrado na importância da *das organizações civis* e movimentos sociais como “demiurgos do processo de democratização” mostrando-se pouco sensível – uma parte dos estudos negligenciando até – à importância causal das instituições políticas, dos vínculos com atores políticos – como partidos políticos e atores estatais para a efetivação da participação social dessas organizações.

De acordo com Houtzager et al (2004:264) a perspectiva da sociedade civil tem um conjunto de características partilhadas por pelo menos três ramificações da literatura contemporânea engajada no debate sobre a qualidade e o futuro da democracia:

“primeiro, os autores propriamente concentrados na categoria sociedade civil; segundo, aqueles preocupados em elucidar, seja a partir da vertente anglo-saxônica seja da germânica, os horizontes abertos pela democracia deliberativa; por fim, os trabalhos guiados pela proposta de empoderamento da participação, menos conhecida (ainda) no Brasil” (Houtzager et al, 2004:264).

As três ramificações dizem respeito à ampliação da democracia e apostam no potencial emancipador das organizações civis da sociedade. Entre outros trabalhos inscritos na literatura sobre sociedade civil incluem-se Cohen & Arato (1992), Costa (1994) e Dagnino (2002); na literatura sobre democracia deliberativa, Avritzer (1998) e Cohen (1998).

Em algumas interpretações da perspectiva da sociedade civil, a distinção entre Estado e sociedade civil incorre em um reducionismo que obscurece o caráter tenso e contaditório das relações entre Estado e sociedade civil nas experiências recentes de participação nos Conselhos. Ao separar e classificar de um lado, a sociedade civil como pólo da virtude, e do outro lado, o Estado como a “encarnação do mal”, a perspectiva da sociedade civil negligencia a importância que a noção de projeto político adquire para melhor explicar os conflitos que permeiam a relação entre Estado e sociedade civil (Dagnino, 2002: 281).

De um modo geral, a literatura da sociedade civil partilha da convicção de que as organizações civis da sociedade constituem-se numa força autêntica e democratizadora da ação pública, devido a sua lógica deliberativa, sua natureza descentralizada e seu enraizamento na vida social das comunidades e sua autonomia em relação ao Estado. No entanto, uma parte desta literatura tem abandonado essas antigas interpretações que opõe Estado e sociedade civil para voltar-se para uma série de temas emergentes – cidadania, novos espaços de participação, governança, etc.

Essa nova feição de uma parte da perspectiva da sociedade civil encontra-se no amplo projeto “Sociedade civil e governança”, da Fundação Ford, o qual trabalha com a noção de encontros entre Estado e sociedade (Dagnino, 2003). Trata-se de um notável avanço com respeito às posturas mais comuns na perspectiva da sociedade civil, pois ao trabalhar com a noção de encontros entre Estado e sociedade essa nova leitura das relações entre Estado e sociedade civil, presente neste projeto, reconhece o papel que os partidos políticos progressistas desempenham nas novas políticas democráticas e sustentou ponto básico para execução da participação: a decisão política do governo de abrir mão de suas prerrogativas de tomar decisão sobre determinados assuntos.

Dagnino (2002:279) oferece-nos um quadro dos limites e possibilidades da construção democrática brasileira. Trata-se de um processo não linear, contraditório e fragmentado que, segundo a autora, elimina “qualquer possibilidade de conceber a sociedade civil como o demiurgo do aprofundamento democrático” (Dagnino, 2002:279). Tampouco o Estado pode ser visto dessa maneira, já que sua estrutura permanece atada ao desenho autoritário “largamente intocado e resistente aos impulsos participativos”.

As descobertas de pesquisa sintetizadas por Dagnino oferecem-nos uma idéia dos processos que ganham forma a partir das possibilidades e das dificuldades da atuação conjunta entre uma sociedade hierárquica e excludente e um Estado, cujas práticas autoritárias resistem aos “impulsos participativos”. Os espaços públicos criados pela tensão e pelo conflito caracterizam momentos e práticas que se diferenciam em sua eficácia democratizante conforme, entre outros fatores, a maior ou menor proximidade entre os projetos políticos que permeiam as relações entre Estado e sociedade civil. Para além de toda a naturalização e redução do caráter dessa relação, a autora afirma a natureza histórica e, por consequência, política que lhe é constitutiva. Assim, desprendendo-se do uso restritivo destas categorias clássicas, a mediação dos projetos políticos ganha peso explicativo, porque “a clivagem estrutural entre Estado e sociedade civil não é suficiente para entender as suas relações e deve ser combinada com outras clivagens que não necessariamente coincidem com ela, mas a atravessam” (Dagnino, 2002:281). Esse fato é reafirmado quando se tem em vista a expansão para a esfera do Estado de alguns projetos democratizantes que nasceram da sociedade civil

“(…) o impacto da sociedade civil sobre o desempenho do Estado (governance) é uma tarefa que não se pode apoiar num entendimento abstrato dessas

categorias como compartimentos separados, mas precisa contemplar aquilo que as articula e as separa, inclusive aquilo que une e opõe as diferentes formas que as integram, os conjuntos de interesses expressos em escolhas políticas: aquilo que está sendo designado aqui como projetos políticos” (Dagnino, 2002:282).

A autora esclarece, ainda, que usa o termo projeto político “num sentido próximo da visão gramsciana, para designar os conjuntos de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que de ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos” (Dagnino, 2002:282).

A avaliação desses processos, a eficácia e os significados desses espaços de encontro são ainda discutidos a partir de formas, das concepções e da natureza da participação da sociedade civil e de seus conflitos com o Estado, isto é, pela possibilidade de uma partilha efetiva do poder. As diversas concepções, articuladas a projetos políticos, estão no centro dos conflitos pela formulação e controle social das políticas públicas por parte da sociedade civil e das várias formas de resistência que o Estado oferece a essas iniciativas. Desse modo, quando a partilha efetiva do poder está comprometida, o que não parece ser ocasional restam aos atores, oriundos da sociedade civil funções consultivas, executoras ou legitimadoras das decisões tomadas no interior da estrutura estatal. Ou seja, a partilha de poder pode, de fato, estar limitada e restrita, sem que haja a possibilidade de esses atores deliberarem sobre as políticas públicas de âmbito mais geral. Como consequência, observa-se também uma insularização dos espaços do encontro, que acabam por se configurar como “institucionalidade paralela” à estrutura estatal.

Assim a participação da sociedade civil, para esta perspectiva, enfrenta limitações que se originam nas estruturas estatais pouco comprometidas com o processo de

democratização, na burocratização, na penúria dos recursos, na ineficácia, na instabilidade dos projetos que pressupõem a parceria com o Estado e, ainda, na exigência de qualificação técnica e política que deveria estar vinculada à manutenção da autonomia e da capacidade de representação efetiva. Ademais, vale lembrar que, no interior da própria sociedade civil, há confronto entre diferentes projetos políticos, concepções e interesses. As dificuldades de reconhecimento da pluralidade e da busca de interesses comuns para além das diferenças, isto é, a constituição mesma da idéia de interesse público, são, de acordo com Dagnino, o núcleo de “um aprendizado” difícil: o da construção hegemônica.

De certa forma, o critério projeto político utilizado para a análise das relações entre Estado e sociedade civil nas experiências participativas possibilita compreender o papel que os governos locais com diferentes orientações políticas exercem sobre o desempenho dos atores sociais na participação. E este reconhecimento do papel que os governos de partidos políticos progressistas evidencia a importância da orientação política dos Executivos locais como variável da análise da efetivação da participação. Essa variável tem sido pouco analisada nos estudos de caso da efetivação da participação nos Conselhos Municipais de Saúde, e conforme afirmam alguns autores como Tandler (1998) e Houtzager (2001) esta tem sido a perspectiva mais adequada para a análise das condições para a efetivação da participação e do controle social em localidades que não contam com uma sociedade civil vigorosa.

1.6 A orientação político-ideológica da gestão municipal como variável explicativa da efetivação da participação e controle social nos Conselhos Municipais de Saúde.

Para a perspectiva da sociedade civil, como já tratamos anteriormente, os obstáculos encontrados na prática para a efetivação do potencial de emancipação dos conselhos sinalizam que, para serem efetivos, a participação e o controle público e social requerem uma sociedade civil organizada e capaz de exercer influência sobre o sistema político e sobre as burocracias públicas.

No entanto, esta perspectiva perde seu alcance explicativo quando se limita apenas a destacar os problemas relacionados à organização e à representação da sociedade nos Conselhos, uma vez que em algumas regiões do país a população não está suficientemente organizada nem tampouco mobilizada para se incorporar aos mecanismos institucionais de participação, como no caso dos Conselhos Municipais de Saúde. É razoável supor que esses atores da sociedade civil carecem de informação, influência e organização e que geralmente estão dispersos, e estes são fatores que impedem a efetivação do princípio da participação da sociedade civil. Neste contexto, não seria possível vislumbrar soluções para a efetivação da participação, frente às limitações da sociedade civil?

De acordo com alguns autores (Houtzager, 2001 e Tandler, 1998) a orientação política de determinados partidos políticos historicamente comprometidos com a participação social influenciaria positivamente as instâncias participativas, por extensão, os Conselhos Municipais de Saúde, buscando ampliar o espaço político mediante o estabelecimento de alianças com a sociedade, sejam os atores organizados, sejam os atores excluídos não organizados. Tal aliança é facilitada na medida em que os atores estatais

conseguem promover a capacidade dos conselhos atuarem como uma espécie de “anfitrião institucional” (Tendler, 1998).

Ainda segundo Houtzager (2001), quando as redes locais são fracas o Estado pode vir a desempenhar o papel de anfitrião institucional, contribuindo para vínculos associativos entre os setores desarticulados da sociedade e fortalecer a participação das organizações societárias no processo decisório dos Conselhos.

Para estes autores, a utilidade desta variável para a explicação das condições para efetivação da participação, é de identificar e analisar o tipo de ação estatal capaz de contribuir para o estabelecimento de canais efetivos de acesso das organizações da sociedade a esta complexa estrutura dos Conselhos Municipais de Saúde. Neste sentido, o desafio é identificar os mecanismos institucionais expressos em regras de acesso e de organização internas destes espaços participativos que os tornem menos vulneráveis à hegemonia dos grupos e segmentos mais qualificados e bem organizados.

É de fundamental importância ressaltar que a variada literatura sobre a participação social apresenta formulações gerais sobre algumas tendências encontradas nos estudos de caso de Conselhos Municipais de Saúde, quase todos realizados nos grandes centros urbanos, concentrando energia intelectual principalmente na dinâmica deliberativa no interior desses espaços de participação ou nos aspectos gerais que tornam a sociedade civil uma força democratizadora e racionalizadora. Porém, esses estudos têm se demonstrado insuficientes para analisar as experiências de participação em pequenos e médios municípios, devido ao fato de que esses estudos pouco consideraram o processo político no município e a influência da orientação político-ideológica das gestões municipais, como variáveis fundamentais para explicar como de fato os conselhos foram implementados e como eles efetivamente funcionam.

Ainda que a autonomia das organizações civis em relação ao Estado seja necessária para viabilizar o exercício do controle sobre as ações do Estado, percebemos que em alguns estudos, a efetividade da participação destas depende, e muito, da atuação do Estado. Esta questão tem a ver com a autonomia necessária para que os conselhos possam efetivar o controle da sociedade sobre o governo e com o grau de abertura deste para uma prática efetivamente democrática. Sem esta permeabilidade do Estado, fica difícil para os conselhos se constituírem como expressão da esfera pública e como canal de comunicação entre Estado e sociedade.

A posição das autoridades de saúde pode ser considerada como decisiva, por muitas vezes eles dirigirem o Conselho. Mesmo quando não é esse o caso, como gestores, eles influenciam diretamente: (1) na formação da agenda de discussão, (2) no funcionamento geral do fórum, (3) na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas e (4) na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviços de saúde para o cumprimento das decisões. Saliente-se que, na medida em que avança o processo de descentralização, mais importante se tornará o papel do gestor municipal no conjunto do sistema e em relação às possibilidades de haver participação dos usuários, enquanto que a influência das autoridades federais e estaduais declinará.

Para que o conselho seja efetivamente um espaço de decisão e de controle social das ações do Estado, é necessário que a presença de gestores que considerem novas questões em sua agenda, que apresentem uma efetiva disposição para partilhar o poder de decisão e o controle da implementação das políticas, que alterem a lógica de funcionamento e sua racionalidade, incorporando na formulação e gestão de políticas sociais as demandas sociais canalizadas a partir da participação de diversos atores da sociedade civil.

Para implementar tais mudanças é necessário que se explicita um projeto municipal que enxergue os conselhos como canais efetivos de participação, garantindo uma presença mais qualificada de organizações e secretarias comprometidas com a consolidação de mecanismos de participação e deliberação suficientemente adaptados e abertos para viabilizar uma comunicação efetiva entre Estado e sociedade (Houtzager, 2001:34).

As instituições, principalmente as ligadas ao aparato estatal, oferecem resistências de diversas ordens no que se refere a mudanças em sua lógica interna e em seus métodos de ação. Em sua maioria, as instituições estatais e prestadores de serviços estão organizados para agir de forma verticalizada, setorializada e especializada.

Este fato, na realidade, retrata um outro, a recusa do Estado em partilhar o poder de decisão. Conforme acentua a Tatagiba,

“Os encontros entre Estado e sociedade nos conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão. Os governos têm resistido – de forma mais ou menos acentuada dependendo da natureza do governo e do seu projeto político – às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção de políticas públicas” (Tatagiba, 2002:79).

Num contexto com essas características, o diálogo, como forma de resolução dos conflitos envolvidos na equação pluralidade/deliberação, tem encontrado muitos limites para se efetivar como prática concreta dos conselhos. Uma tendência apontada pela bibliografia, nos casos em que os governos não conseguem compor um conselho de “aliados”, ou quando sua hegemonia está ameaçada, é o boicote e as tentativas de

esvaziamento como estratégias privilegiadas de “convencimento”. Ao lado destas, também se destacaram, como estratégia de desarmamento de conflitos, as tentativas de cooptação e manipulação.

E por isso, torna-se necessária uma investigação sobre a influência da orientação política dos gestores sobre a dinâmica de funcionamento dos Conselhos. Ela está ligada à forma de coordenação e à postura do gestor em relação à participação. Nos conselhos a sobrecarga proposital de discussões detalhadas sobre despesas a serem realizadas, por exemplo, pode ser utilizada como uma estratégia dos gestores para levar ao esvaziamento de reuniões do conselho. Assim como o descompromisso com a clareza e acessibilidade na linguagem, com o emprego recorrente de termos técnicos, serve para intimidar o envolvimento dos usuários no processo de discussão e tomada de decisão no Conselho.

Todos estes fatores somam-se ainda à ausência de uma divisão clara de competências entre comissões técnicas e jurídicas que pode se tornar um instrumento para se evitar a discussão detalhada dos problemas e irregularidades e diminuir o poder deliberativo do Conselho. Da mesma forma, ao limitar as questões que entram na pauta de discussão, o gestor pode fazer com que assuntos importantes para as políticas da saúde municipal, permaneçam como não-questões. Estando fora da agenda de discussões, as decisões relativas a eles serão tomadas em gabinetes, longe, portanto, do escrutínio público.

Houtzager (2001) e Perissinotto (1998) atentam para o fato de que a participação pode ser vista na perspectiva da integração e controle de cima para baixo, ou seja, combinando elitismo e autoritarismo. O elitismo visa a conservação do poder das classes dominantes, utilizando-se da ideologia de que as classes populares são incapazes de decidir seu próprio destino e o destino de toda a sociedade, de forma autônoma. O

autoritarismo consiste no controle exercido pelas classes dominantes sobre as classes dominadas no que diz respeito à participação do processo decisório. Essa constatação, segundo os autores, é um alerta para que a adoção da variável de análise “orientação política da gestão municipal” não negligencie a influência perversa das gestões com orientação desfavorável ou pouco comprometida com o projeto participativo.

Neste sentido é que a performance dos conselhos tem uma ligação muito forte com a orientação política do governo municipal. A questão dos recursos controlados pelos agentes do Estado – tempo, informação, capacidade técnica etc. configura-se como elemento importante para a análise dos conselhos e do seu potencial como instrumento de controle público e social.

A realidade de muitos municípios já estudados mostra que nem sempre os conselhos apresentam as condições mínimas de subsistir, o que espelha um baixo grau de institucionalização e uma fraca autonomia dos conselhos e sua dependência excessiva do Executivo municipal. Se o governo reconhece a relevância do trabalho desenvolvido pelos conselhos, existe alguma chance destes funcionarem. Se não existe esse reconhecimento, não há qualquer condição de o conselho subsistir.

Por isso, a análise da orientação política da gestão municipal constitui-se como uma variável de análise importante das condições da efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde, especialmente nos municípios com um passado político marcado por práticas políticas tradicionais, como o clientelismo, e sem uma base associativa articulada e bem organizada. Uma questão básica é, então, se a orientação política comprometida ou não com o projeto participativo exerceu alguma influência na concretização da participação na definição do orçamento público da saúde, no planejamento

da política de saúde, na definição dos assuntos relevantes e no controle sobre a movimentação financeira do Fundo Municipal de Saúde.

CAPÍTULO 2 – A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM ARARAQUARA E SÃO CARLOS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E ORGANIZAÇÃO.

2.1 Breve caracterização das cidades de Araraquara e São Carlos.

Araraquara

Fundada em 22 de agosto de 1817, Araraquara possui características marcantes, como o elevado IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), a urbanização, a arborização, o grande número de jardins e praças e a limpeza de suas vias públicas. A cidade também é sede da 12ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, dotada de todos os recursos urbanos para atendimento modelar às necessidades da população.

A estrutura industrial do município de Araraquara está baseada na agroindústria, representada pelo binômio cana e laranja. Outros setores de destaque da economia local são o setor metal mecânico e a indústria têxtil, com empresas que empregam mão-de-obra intensiva. Ensino Superior também coloca Araraquara em posição de destaque.

São cursos altamente qualificados que atraem alunos de todo o Brasil.

A Unesp - Universidade Estadual Paulista, a Uniara - Centro Universitário de Araraquara, a Unip - Universidade Paulista e as Faculdades Integradas Logatti, com cursos de graduação e pós-graduação possuem um papel importante na formação de profissionais nas áreas de humanas, exatas e biológicas (Prefeitura Municipal de Araraquara, 2005).

São Carlos

Localizada no centro geográfico do Estado de São Paulo, a cidade de São Carlos possui características especiais que a tornam um local de destaque sob vários aspectos. O vigor acadêmico, tecnológico e industrial conferiu à cidade o título de Capital da

Tecnologia. Suas universidades e centros de pesquisa são reconhecidos pela excelência e diversidade. A Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) oferecem ensino gratuito e de qualidade e já incorporaram à história de São Carlos suas contribuições à ciência e à capacitação profissional de milhares de alunos.

Reforçando o caráter de pólo de desenvolvimento científico e tecnológico, a Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária) mantém dois centros de atividades instalados na cidade: o Centro de Pesquisa de Pecuária do Sudeste e o Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de Instrumentação Agropecuária, produzindo tecnologia de ponta nas áreas de melhoramento genético bovino e de desenvolvimento de equipamentos agropecuários.

Diante da concentração de universidades e centros de pesquisas, São Carlos apresenta grande concentração de cientistas e pesquisadores: um pesquisador doutor (PhD) para cada 230 habitantes e um pesquisador para cada 42 habitantes.

Já a atividade industrial é marcada pela presença de grandes indústrias: Volkswagen (motores), Tecumseh (compressores), Faber Castell (lápiz), Electrolux (geladeiras e fogões), além de empresas têxteis, de embalagens, de máquinas, tintas, lavadoras, equipamentos ópticos e uma grande quantidade de indústrias médias e pequenas dos mais diversos setores de produção. Destacam-se as empresas de base tecnológica, resultantes da capacidade científica e tecnológica instalada na cidade (Prefeitura Municipal de São Carlos, 2005).

2.2 Caracterização da orientação político-ideológica das gestões municipais.

A análise da experiência de participação social nos Conselhos Municipais de Saúde de alguns municípios no interior de São Paulo coloca questões instigantes sobre as

condições reais da efetivação dos princípios contidos no projeto participativo concebido pelo Movimento Sanitário. A partir do exame da experiência de duas cidades do interior de São Paulo, Araraquara e São Carlos, no período de 1997-2000 e 2001-2004, com gestões municipais de diferentes orientações políticas em relação à participação, tivemos como objetivo investigar o peso explicativo da variável “importância que a orientação política do governo, em cada caso específico, confere ao princípio da participação social” sobre a efetivação da participação e controle social nos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos.

Desejamos analisar especificamente se as condições para a efetivação e para a ampliação dos canais e mecanismos de participação social nos Conselhos Municipais de Saúde dependeram da orientação política favorável dos governos municipais, no sentido tanto da partilha efetiva do poder, quanto da permeabilidade do governo à fiscalização sobre suas ações.

Araraquara e São Carlos são duas importantes cidades do interior de São Paulo que apresentam alguns aspectos relevantes para a análise: ambas, não possuem fortes tradições de associativismo na saúde, tendo sido marcadas por um passado onde o clientelismo caracterizava as relações entre governantes e governados. Também, podemos identificar um avanço significativo da privatização da saúde nestas duas cidades.

No entanto, Araraquara e São Carlos possuem uma diferença na quantidade de representantes da sociedade nos Conselhos Municipais de Saúde: Araraquara tem uma quantidade significativamente maior de assentos ocupados por representantes da sociedade civil do que São Carlos. Neste sentido, comparamos as experiências de participação entre as duas cidades com o intuito de verificar se este aspecto da representação societária

constituiu-se em um obstáculo para a efetivação da participação em São Carlos e uma condição necessária e suficiente para Araraquara.

Esta diferença na quantidade de representantes da sociedade no Conselho Municipal de Saúde entre Araraquara e São Carlos deve-se ao fato de que em Araraquara identificamos a presença de uma “policy community” ou profissionais da saúde pública mobilizadores dos segmentos populares e sindicais (Cortes, 1998), conforme mostra o trabalho de Telarolli (1994) sobre a história da medicina em Araraquara.

As gestões municipais em Araraquara e São Carlos, como muitas outras cidades brasileiras, foram historicamente marcadas por alguns fenômenos políticos como o coronelismo e o clientelismo, advindos da prática política tradicional e muitas vezes tomados como elementos definidores do poder local. Entre uma eleição e outra, ocorria apenas o revezamento de gestores que, embora fossem de partidos políticos distintos, apresentavam como característica comum: a forte resistência ao estabelecimento de novas relações políticas mais universalistas (Kerbauy, 2000).

Os Conselhos Municipais de Saúde, nesses municípios, nasceram neste contexto político marcado por gestões municipais pouco favoráveis ou comprometidas à participação e à incorporação efetiva da sociedade na gestão da política de saúde e que se mostraram resistentes à efetivação dos princípios participativos dessas novas instâncias decisórias. O estudo de Oliveira (1998) mostra a influência do clientelismo, prática largamente utilizada por gestores de orientação política pouco favorável à participação sobre a formação e constituição dos Conselhos Municipais de São Carlos, para tentar neutralizar os possíveis efeitos que as novas regras da gestão participativa poderiam causar sobre sua dominação política.

Analisamos dois períodos distintos com gestões municipais com partidos políticos de diferentes orientações políticas. Como critério de escolha deste período para a análise utilizamos o ano de 1997 que marca o início da descentralização da gestão da saúde nos dois municípios. As gestões do período de 1997-2000 foram ocupadas por partidos à direita do espectro político, caracterizados pela literatura sobre o tema como partidos conservadores, pouco afeitos à participação e ao controle da sociedade civil: em Araraquara, o Partido Progressista, sob o comando do prefeito Valdemar De Santi; e em São Carlos, o Partido Trabalhista Brasileiro, sob o comando do prefeito Dagnone de Mello.

As gestões do período de 2001-2004 estiveram sob o comando do Partido dos Trabalhadores, “partido para o qual a participação popular na gestão dos negócios públicos, a incorporação dos movimentos sociais e do movimentos sindical como atores políticos relevantes, e a criação de canais que possibilitem essa incorporação, é uma das principais bandeiras” (Targina, 1998:13). Os prefeitos, neste período, foram: Edson Antônio da Silva, o “Edinho”, em Araraquara, e Newton Lima, em São Carlos.

Além da reconhecida diferença entre esses partidos, para melhor caracterizarmos as diferenças entre as orientações políticas das gestões de períodos distintos, entrevistamos os Secretários Municipais de Saúde dos dois municípios, perguntando a eles: qual a importância da participação social para a gestão municipal e se a participação constava como um item do programa de governo da gestão municipal.

Obtivemos as seguintes respostas:

“O prefeito De Santi foi um prefeito muito aberto à população e muito democrático. Para ele assim como para mim, a participação era muito importante (...) A participação para o governo De Santi não era a mesma farsa da participação petista, demagógica (...) O prefeito e seus secretários agiam com maior idoneidade e

transparência, e sempre que possível consultava a população para saber se aquela era a melhor decisão (...) Não precisamos ficar inventando e enganando o povo com Orçamento Participativo, a participação acontecia naturalmente, nos Conselhos, no dia a dia, no contato direto do prefeito com o povo (...) Afinal de contas, o prefeito foi eleito para governar pelo povo e assim deve o fazer (...) Não dá para ficar inventando participação quando na verdade o que se espera são atitudes e decisões rápidas para solucionar os problemas” (Secretário Municipal de Saúde de Araraquara – gestão 1997-2000).

A partir do depoimento acima, podemos identificar a concepção do gestor sobre a participação social como algo “natural” que não precisa ser “inventada”. Tais afirmações podem ser interpretadas como o descompromisso do gestor com o aprofundamento e aprimoramento da participação do Conselho Municipal de Saúde, uma vez que atribui maior importância ao “contato direto do povo com ele” e por isso enxerga os canais institucionais como um obstáculo para a rapidez e eficiência nas tomadas de decisões.

Em relação ao processo de escolha dos representantes dos segmentos sociais para a composição da gestão do Conselho, o gestor relatou o seguinte: “em alguns casos, precisamos sugerir o nome de determinadas pessoas de alguns segmentos para não termos o problema de pessoas com interesses políticos na gestão” (Secretário Municipal de Saúde de Araraquara – gestão 1997-2000). Este relato demonstra que o processo de escolha de representantes foi fortemente influenciado pelo gestor, atrelando por meio de indicações de quem poderia ou não participar na representação de determinados segmentos sociais como no caso das associações de moradores de bairro, da Santa Casa (da qual o próprio Secretário era membro da diretoria), da Beneficência Portuguesa e da Associação Paulista de Medicina. Conforme relatos do conselheiro representante da Santa Casa, o gestor somente conseguiu manter essas indicações sem sofrer questionamentos devido ao “prestígio entre a classe médica e entre os prestadores de serviço”.

Uma concepção semelhante a do gestor de Araraquara do período de 1997-2000 está presente no depoimento do Secretário Municipal de Saúde de São Carlos:

“Eu nunca pretendi trabalhar na política, acho que não tenho perfil para isso (...) Particularmente, não acredito na participação de toda a sociedade, isso é impossível. A participação é apenas de poucos, porque poucos têm a possibilidade e condições de dispor de tempo para participar (...) O Conselho Municipal de Saúde de São Carlos não funcionou como deveria, não por falta de vontade de minha parte ou do prefeito, mas porque a população simplesmente não gosta ou não quer participar (...) Não acredito que o prefeito Mello fosse contrário à participação. Ele apenas administrava com honestidade e eficiência, coisa que o PT com esse discurso de participação não tem conseguido. Então, eu me pergunto: que participação é essa?” (Secretário Municipal de Saúde de São Carlos – gestão 1997-2000).

Como pudemos verificar nos depoimentos dos Secretários Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos, os gestores do período de 1997-2000, de partidos políticos à direita, apresentaram uma compreensão muito restrita da participação social, reduzindo-a à honestidade da administração municipal, aos canais institucionalizados de participação, no caso, os Conselhos, e à consulta esporádica à população de algumas decisões de governo. Estes aspectos e a ausência de propostas para a ampliação e o aperfeiçoamento dos canais de participação demonstram a orientação política pouco favorável destas gestões à participação social e descomprometida com o aperfeiçoamento institucional destas instâncias.

Nos depoimentos dos Secretários Municipais de Saúde das gestões do período de 2001-2004, comandadas pelo Partido dos Trabalhadores, nas duas cidades, identificamos não somente a posição favorável à participação, mas também o comprometimento da gestão com o aprofundamento do projeto participativo, por meio da criação de mecanismos e canais de participação que possibilitam a incorporação de atores políticos relevantes da sociedade. No sentido atribuído pelas gestões petistas, a participação é um princípio norteador das ações do governo, e por isso, uma meta a ser alcançada, consistindo em uma efetiva partilha de poder e não meramente uma consulta esporádica à população, tal como evidenciamos nas gestões de partidos políticos à direita.

Em Araraquara, o gestor do período de 2001-2004 expressou a identificação de suas ações com a orientação política do Partido dos Trabalhadores, embora a Secretária Municipal de Saúde não seja filiada a este partido:

“A participação popular tem sido a marca das administrações municipais em que o Partido dos Trabalhadores se encontra à frente. E aqui em Araraquara não foi diferente. No programa de governo do prefeito Edinho estava previsto a criação de canais de participação como o Orçamento Participativo, os Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde e outros Conselhos que ainda não existiam em Araraquara. A orientação do governo é muito clara: governar com a participação popular, permitindo a população participar das decisões do governo e fiscalizar as ações do governo (...) Acho que o grande diferencial das administrações do PT é esse, a participação popular, definindo as prioridades do governo” (Secretária Municipal de Saúde de Araraquara – gestão 2001-2004).

A Secretária também relatou que durante o período em que esteve à frente da gestão da saúde empenhou-se principalmente “na consolidação dos mecanismos institucionais e nos procedimentos de controle social na gestão da saúde em Araraquara”. Disse que o Conselho Municipal de Saúde de Araraquara sempre funcionou muito bem mas que durante sua gestão foram tomadas algumas iniciativas que aprimoraram as práticas de fiscalização dos conselheiros sobre a movimentação financeira do Fundo Municipal de Saúde de Araraquara. Lembramos que estes mecanismos serão melhor detalhados e analisados no terceiro capítulo.

No relato da Secretária de Saúde de São Carlos (2001-2004) também identificamos o comprometimento do gestor com a participação:

“O governo municipal de São Carlos é um governo participativo, ou seja, tem a participação popular como princípio que o norteia em suas ações (...) O primeiro item do programa de governo do prof. Newton foi a participação (...) O governo teve como meta envolver toda a população na discussão das prioridades de investimento da cidade e para isso criou o Orçamento Participativo, um instrumento em que a população pode junto com o governo decidir onde e como o governo deverá gastar o dinheiro público (...) O governo do PT em São Carlos também se preocupa com a

participação através de outros canais como por exemplo, os Conselhos Municipais, as Conferências e Fóruns Temáticos, as Audiências Públicas, etc” (Secretária Municipal de Saúde de São Carlos – gestão 2001-2004).

Além de se referir à participação como um componente do plano de governo municipal, a Secretária apontou a participação enquanto “um instrumento de consolidação e reorientação do SUS em São Carlos de acordo com os princípios norteadores presentes na Constituição”. Os princípios a que se refere o gestor são a universalidade, equidade, integralidade das ações, descentralização, participação. A Secretária de Saúde disse ter participado da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e acompanhado todas as discussões do Movimento Sanitário, tendo forte identificação os ideais da Reforma Sanitária.

Essa caracterização é importante para a fundamentação de nossa hipótese de pesquisa de que essas diferenças entre as orientações políticas das gestões municipais constituíram-se em uma variável importante para a análise da efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde desses dois municípios. Antes de passarmos à análise da influência da orientação política das gestões municipais sobre a participação e controle social, faremos uma breve descrição da organização dos serviços de Saúde em Araraquara e São Carlos, para localizarmos quais são os interesses que se encontram representados nos Conselhos.

2.3 Organização dos serviços de saúde em Araraquara e São Carlos.

As cidades de Araraquara e São Carlos constituem a Região Administrativa Central do Estado de São Paulo, sendo responsáveis pelo atendimento regional de saúde para um universo de mais de quarenta pequenos municípios.

A rede municipal de serviços de Araraquara organiza-se da seguinte maneira:

Como serviços pertencentes à rede municipal possui treze unidades básicas em funcionamento, dois Pronto Socorros, uma Clínica de diagnósticos gráficos, uma unidade de reabilitação, uma Central de Ambulância, uma Unidade de especialidades, três Programas de Saúde da Família.

Na rede particular de prestadores de serviços conveniados possui três hospitais filantrópicos e sete prestadores de serviços laboratoriais e de tratamento de reabilitação e de média e alta complexidade tecnológica. Os hospitais filantrópicos são responsáveis por todos os serviços de alta complexidade tecnológica enquanto que as clínicas especializadas prestam atendimento especializado em métodos e diagnósticos no setor secundário.

Araraquara e São Carlos apresentam algumas diferenças no nível de organização dos serviços de saúde: Araraquara tem um número maior de prestadores de exames e tratamentos conveniados do que São Carlos; Araraquara possui também um número maior de prestadores privados de serviços hospitalares do que em São Carlos (dois hospitais filantrópicos em Araraquara e apenas um hospital filantrópico em São Carlos).

Essas diferenças puderam ser verificadas pela análise da estrutura do sistema municipal de serviços de São Carlos: na rede municipal, há onze unidades básicas de saúde, um pronto-socorro, um centro de diagnósticos e uma unidade de especialidades. Na rede particular de serviços conveniados possui um hospital filantrópico responsável pelo atendimento hospitalar de média e alta complexidade. Também conta com nove prestadores particulares de serviços de tratamento, diagnósticos por imagem e reabilitação.

2.4 A relação entre o público e privado na política de saúde em Araraquara e São Carlos.

O fato marcante na relação entre o público e o privado no sistema de saúde das duas cidades é o avanço da contratação de prestadores privados pelo SUS, para os serviços hospitalares e de exames e diagnósticos. Por meio dos dados fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde dos dois municípios, comprovamos esse avanço da privatização dos serviços nestas duas cidades, mesmo nas gestões de orientação política comprometida com o projeto participativo

Os números relativos aos leitos e consultas hospitalares por prestador (público e privado) confirmam um aumento significativo de leitos hospitalares do período das gestões com orientação política pouco favorável à participação (1997-2000) para as gestões com orientação política favorável ao projeto participativo (2001-2004).

Tabela 1. Número de consultas e leitos hospitalares conveniados com o SUS em Araraquara (1997-2004):

Serviço	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Consultas	2.496	1.998	2.013	2.223	2.465	2.490	3.015	3.020
Leitos hospitalares	719	719	719	719	735	740	740	740

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde (site)

Tabela 2. Número de consultas e leitos hospitalares conveniados com o SUS em São Carlos (1997-2004):

Serviço	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Consultas	890	877	796	897	1036	1118	1238	1255
Leitos hospitalares	222	234	235	235	240	240	240	240

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Buscamos compreender, por meio da entrevista com os Secretários Municipais de Saúde dos dois municípios, as razões para o aumento de vagas dos leitos hospitalares prestados pelo setor privado nas duas gestões de orientação política favorável à participação

nos dois municípios, uma vez que essas gestões pertencem à partidos de esquerda historicamente ligados aos ideais de publicização da saúde defendidos pelo movimento sanitário:

“A expansão dos leitos hospitalares teve que acontecer pelo convênio com a Santa Casa, que é a nossa principal prestadora desses serviços. Infelizmente, sabemos que o ideal seria que o Estado pudesse ter o seu próprio hospital, e estamos trabalhando para que em breve tenhamos; mas enquanto isso, temos que contar com a ajuda da Santa Casa” (Secretária Municipal de Saúde de São Carlos – gestão do período 2001 a 2004).

Embora a gestão 2001-2004 não tenha conseguido evitar o estabelecimento de novos convênios e credenciamentos com o setor privado, o gestor reafirma o seu compromisso com a universalização dos serviços a partir da expansão da rede pública. Tal compromisso pôde ser verificado com a apresentação de um projeto no ano de 2004 para a construção de um Hospital Escola Municipal em parceria com a Universidade Federal de São Carlos. A obra já foi aprovada pelo Ministério de Saúde e tem como previsão de termino da construção o ano de 2007.

Outro fato importante, identificado a partir da entrevista com a Secretária de Saúde (2001-2004) foi a observação dela sobre o procedimento utilizado pela Secretaria para o estabelecimento destes novos convênios: “procuramos discutir cada termo do contrato dos convênios e credenciamentos com os conselheiros para fazermos as coisas com a maior transparência possível”. Confirmamos tal afirmação ao constatarmos que houve a formação de comissões de estudo e avaliação dos casos e a realização de reuniões extraordinárias. (Atas de reunião: 12/03/02; 09/08/03; 23/10/04).

No caso de Araraquara, verificamos semelhanças entre os argumentos do gestor deste município e os argumentos da Secretária de Saúde de São Carlos:

“A Santa Casa e a Beneficência Portuguesa são nossos tradicionais parceiros na prestação de serviços hospitalares, desde o início da constituição do SUS em Araraquara. Por isso, recorreremos a estes hospitais para cobrir o déficit de leitos hospitalares na cidade. O município não têm condições ainda para ter seu próprio hospital, mas sonhamos em ter o nosso hospital público um dia” (Secretária Municipal de Saúde de Araraquara - gestão do período 2001 a 2004).

Percebemos que nos dois depoimentos das Secretárias Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos, o projeto de privatização não faz parte do projeto político da gestão municipal, e por isso, a expansão de leitos hospitalares parece se justificar devido a falta de condições do poder público municipal em oferecer estes serviços, com infraestrutura própria, em um curto prazo para a população. Esse fato é confirmado quando notamos a preocupação dos gestores em deixar claro que a expansão desses leitos deveu-se mais ao caráter emergencial do déficit desses serviços na rede pública do que uma orientação do programa do governo.

Também, ao compararmos os dados relativos aos convênios com o setor privado nos dois períodos de gestões com orientações políticas distintas, verificamos um aumento no número de convênios estabelecidos com o setor privado, das gestões com orientação política pouco favorável à participação para as gestões com orientação favorável à participação. E estes dados apresentaram-se como uma contradição entre o projeto político dessas gestões e o avanço da privatização? A análise mais detida dessas informações nos permitirá entender melhor essa contradição.

Analisamos a natureza e o número de convênios entre as SMS e prestadores privados dos municípios de Araraquara e São Carlos, observando se houve variações na mudança de uma gestão (1997-2000) para outra (2001-2004). Estes dados são importantes porque nos auxiliam a compreender o grau de privatização dos serviços de saúde dos municípios e a alocação dos recursos públicos do FMS no setor privado para cada tipo de gestão.

Tabela 3. Número de convênios com prestadores privados por nível de serviço em Araraquara (1997-2000 e 2001-2004).

<i>Serviço</i>	<i>Numero de convênios</i>	
	<i>1997-2000</i>	<i>2001-2004</i>
<i>Laboratorial</i>	2	4
<i>Hospitalar</i>	2	3
<i>Clínicos</i>	7	8
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>15</i>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara

Tabela 4. Número de convênios com prestadores privados por nível de serviço em São Carlos (1997-2000 e 2001-2004).

<i>Serviço</i>	<i>Numero de convênios</i>	
	<i>1997-2000</i>	<i>2001-2004</i>
<i>Laboratorial</i>	2	3
<i>Hospitalar</i>	1	1
<i>Clínicos</i>	8	10
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>14</i>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos.

As tabelas 3 e 4 apresentam dados sobre o número de convênios com prestadores privados em Araraquara e São Carlos, nos diferentes períodos aqui analisados (1997-2000 e 2001-2004). Podemos observar que nos dois municípios houve um aumento no número de convênios entre as SMS das duas cidades e os prestadores particulares, do

primeiro período para o segundo. Em Araraquara, na gestão do período 1997-2000 havia apenas dois convênios com prestadores ambulatoriais passando a ter quatro convênios na gestão do período 2001-2004. Também houve um aumento no número de convênios clínicos da primeira para a segunda gestão, passando de oito para dez prestadores conveniados com o SUS, perfazendo um total de 15 convênios com o setor privado.

Em São Carlos, também houve um pequeno aumento no número de prestadores de serviços laboratoriais e clínicos, da primeira gestão (1997-2000) para a segunda (2001-2004) passando de dois para três prestadores laboratoriais e de oito para dez prestadores clínicos, num total de 14 convênios firmados com o setor privado.

Esses números revelam uma aparente contradição entre o aumento dos convênios com o setor privado, ou seja, o avanço da privatização e a orientação política favorável ao projeto participativo e de publicização do SUS das gestões municipais do segundo período. Buscamos, então, compreender quais as justificativas dadas pelos gestores dessas duas cidades para o aumento da participação do setor privado conveniado na prestação dos serviços do SUS, durante suas gestões. Para isso, entrevistamos os Secretários Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos do primeiro período e do segundo, para sabermos qual a importância do aumento da participação do setor privado no Sistema Único de Saúde local em suas gestões.

Em Araraquara, pudemos perceber as diferenças entre as concepções dos gestores de diferentes orientações políticas sobre a presença dos prestadores privados no SUS. Para o gestor com orientação política pouco comprometida com o projeto participativo e de partido político de direita (1997-2000), a prestação privada de serviços no sistema local é de fundamental importância, constituindo-se como uma espécie de “braço

direito do Estado”, ou seja, substituindo até de forma mais eficiente e com melhor qualidade a prestação dos serviços de responsabilidade do governo:

Temos que ser realistas: O Estado não dá conta de atender toda a população sozinha (...) Acho que o papel que os prestadores privados exercem é de fundamental importância para a rede SUS (...) Ele é o braço direito do SUS, tendo uma função complementar, mais eficiente, muitas vezes melhor que o próprio Estado” (Secretário Municipal de Saúde de Araraquara, gestão do período 1997-2000).

O trecho acima da entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de Araraquara do primeiro período (1997-2000), demonstra a orientação política deste gestor favorável à privatização da saúde, na forma dos convênios com prestadores privados de serviço. Em nenhum momento, ele fez menção à questões como a responsabilidade destes prestadores prestarem contas à população, à criação de contrapartidas e o controle social sobre a destinação de recursos públicos para estes convênios.

Embora, tenhamos identificado, em Araraquara, um aumento na quantidade de convênios com o setor privado na gestão do segundo período (2001-2004), de orientação política favorável à participação e à publicização do SUS, constatamos que este fato não fez parte de seu projeto político e nem representou a intenção do gestor em aprofundar o processo de privatização, mas se constituiu numa decisão condicionada pelos constrangimentos da conjuntura econômica. Em outras palavras, as razões para o estabelecimento de novos convênios com o setor privado parecem ter sido a inviabilidade financeira do Estado de prestar integralmente os serviços num contexto de extrema urgência para a população. O gestor reconhece que essa medida não é a melhor saída para a resolução dos problemas relacionados ao déficit na prestação dos serviços de saúde e reafirma seu compromisso com o controle social sobre estes prestadores:

“Os serviços prestados por particulares acaba se tornando um mal necessário. De fato, não é a melhor saída para o problema do déficit na saúde, mas é a que temos no momento, nas circunstâncias em que os gastos com a prestação integral pelo governo é inviável financeiramente e só pode ser pensada a médio e longo prazo. O que fazemos então? Deixamos a população sem os serviços? (...) Nem por isso, o usuário SUS é refém dos prestadores, estes têm responsabilidades para com o bom atendimento e para com a prestação de contas à população e ao governo (...) Aumentamos sim o número de convênios, mas estas decisões não foram tomadas sem a participação do Conselho (...) Todos os convênios tiveram muito claras as suas contrapartidas e responsabilidades perante o controle do Conselho” (Secretária Municipal de Saúde – gestão do período de 2001 a 2004).

De acordo com o depoimento da Secretária Municipal de Saúde de Araraquara, do período de 2001 a 2004, o estabelecimento de novos convênios justificou-se pelo caráter emergencial, ou seja, pelo esgotamento da capacidade do Estado em prestar determinados serviços, sem que isto implicasse na ausência de contrapartidas e mecanismos de fiscalização sobre estes serviços¹.

Em São Carlos, também constatamos as diferenças entre as concepções dos gestores dos dois períodos sobre a contratação de serviços privados: na gestão de orientação política pouco comprometida com a participação social (1997-2000), a presença de prestadores privados no sistema público de saúde representa um “investimento do governo na melhoria dos serviços”, isto porque, para este gestor, “a eficiência e a qualidade destes serviços são incomparavelmente superiores do que os serviços estatais”. O trecho da entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de São Carlos, da gestão do período de 1997-2000, evidencia a orientação favorável à privatização dos serviços, deste gestor:

¹ No capítulo 3 faremos uma análise mais detalhada do controle social dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos sobre os recursos destinados ao setor privado, compreendendo as duas gestões de diferentes períodos.

“Em São Carlos nunca tivemos um sistema público com serviços de saúde totalmente oferecidos pelo Governo Municipal. Por isso, sempre precisamos do complemento dos serviços particulares, porque além de preencherem um espaço deixado pela incapacidade do Estado de prestar os serviços, também a eficiência e a qualidade destes serviços (particulares) são incomparavelmente superiores do que os serviços estatais (...) Nós, nunca tivemos problemas com estes prestadores, muito pelo contrário, a eficiência e a qualidade que temos em alguns serviços devem-se a estes prestadores” (Secretário Municipal de Saúde de São Carlos, gestão do período de 1997-2000).

Já na gestão do período de 2001 a 2004, de orientação política favorável à participação social, a presença e o aumento na quantidade de convênios de serviços privados com o SUS, representou apenas um suplemento à rede pública devido ao esgotamento da capacidade do Estado em prestar serviços e não como parte do projeto político do gestor. No trecho abaixo da entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de São Carlos, do referido período, identificamos o posicionamento contrário deste gestor à privatização, e também a justificativa para o estabelecimento de novos convênios com o setor privado:

“De maneira alguma fomos favoráveis à privatização dos serviços de saúde. A Constituição de 88 deixa muito claro o caráter suplementar do sistema privado dentro do sistema público. E isto somente quando há o esgotamento da capacidade instalada do Estado para prestar serviços (...) Durante nossa gestão tivemos a necessidade de submeter ao Conselho Municipal de Saúde algumas propostas de convênio com prestadores particulares e as discussões e negociações aconteceram com o acompanhamento dos conselheiros (...) Em nenhum momento fechamos nada ou decidimos sem a aprovação dos conselheiros. Procuramos envolver o Conselho, através da formação de comissões de estudo, em todas as nossas negociações com os prestadores e buscamos a transparência e o estabelecimento de contrapartidas e regras

claras de controle social” (Secretária Municipal de Saúde de São Carlos, gestão do período de 2001-2004).

De maneira geral, percebemos, nas duas cidades, as diferenças entre as concepções dos gestores dos dois períodos, a respeito da contratação de serviços privados: para os gestores de partidos políticos à direita, com orientação política pouco comprometida com o projeto participativo (1997-2000), a privatização pareceu ser um processo inevitável e desejável frente ao esgotamento da capacidade do Estado de prestar determinados serviços e à suposta maior eficiência e melhor qualidade atribuídas por esses gestores aos serviços privados; ao passo que para as gestões de partidos políticos à esquerda, com orientação política favorável à participação, a privatização é algo não desejável, sendo somente justificada nos casos de extrema urgência, quando constatado o esgotamento da capacidade estatal de prestar determinados serviços, devendo ser acompanhada do estabelecimento de contrapartidas de atendimento prioritário para o usuário SUS e de mecanismos de controle social sobre a utilização dos recursos públicos por esses prestadores.

Nesse sentido, as gestões de orientação política favorável à participação de partidos de esquerdas, historicamente comprometidos com os ideais de publicização do sistema de saúde, não foram capazes de conter o avanço do setor privado na prestação de serviços de saúde, nesses dois municípios, conforme constatamos com os dados anteriormente apresentados. Mas, podemos constatar que a contratação de prestadores privados ocorreu sob parâmetros mais públicos, dificultando a apropriação privada de recursos públicos pelos agentes privados. Trataremos melhor desta questão da apropriação privada no próximo item, analisando como ocorre a apropriação privada nestes municípios,

e como se comportaram os gestores de diferentes orientações políticas frente a este fenômeno.

2.5 Como ocorre a apropriação privada dos recursos públicos nos serviços de saúde em Araraquara e São Carlos?

A apropriação privada de recursos públicos corresponde a uma modalidade de privatização que ocorre não somente no setor lucrativo de prestadores privados de serviços, mas também com os prestadores particulares filantrópicos.

Os municípios devem exercer o controle sobre o setor privado conveniado e contratado, considerando seu papel complementar no SUS; os órgãos governamentais e principalmente o setor privado contratado ou conveniado devem ser obrigados a prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competências dos Conselhos, fornecendo, inclusive estudos e assessoria técnica. Os Conselhos Municipais de Saúde devem rever os atuais convênios e definir critérios para o estabelecimento de novos, condicionados ao esgotamento da capacidade instalada da rede pública. Esse desafio alia-se a outro de definir prioridades de trabalhos de acordo com as necessidades, revertendo a lógica de mercado e o modelo individualista, curativo, biologicista, especializado, contribuindo para a consolidação de um serviço público, ao priorizar a alocação de recursos na ampliação e qualificação de sua rede (Correia, 2000:24)

É importante que os conselhos supervisionem o caráter complementar da rede privada nos limites do extremamente necessário, resistindo, assim, à lógica de mercado, que

tende a alocar os recursos na rede privada, seja a lucrativa, seja a filantrópica, por meio do pagamento por produção².

A apropriação privada dos recursos públicos da saúde não ocorre pela simples contratação de serviços particulares, mas pela ausência da definição da contrapartida e de instrumentos de acompanhamento da alocação dos recursos na rede conveniada. Mesmo no caso das entidades e organizações sem fins lucrativos (filantrópicas) podemos identificar a apropriação privada dos recursos aplicados na prestação de serviços quando estas instituições oferecem atendimento prioritário aos usuários dos convênios particulares de saúde em detrimento dos usuários SUS, e também quando ocorre a compra de equipamentos hospitalares para os hospitais conveniados com o SUS, com recursos públicos sendo utilizados prioritariamente pelos usuários particulares.

Sendo assim, a apropriação privada acontece porque o setor público não consegue manter sob controle o setor privado contratado, o que resulta em fraudes e em prestação de serviços de má qualidade, prejudicando os usuários do SUS. São exemplos “os casos ocorridos em 1996, do tratamento de hemodiálise em Caruaru, em Pernambuco, e da Clínica de Idosos Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em que houve grande número de mortes, prestados por instituições filantrópicas” (Correia, 2000:43).

² O custeio da assistência ambulatorial e hospitalar pela remuneração dos serviços prestados consiste no pagamento direto pelos prestadores públicos ou privados, mediante apresentação de faturas, por serviços realizados com prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabela editadas pelo órgão competente do Ministério da Saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Estão incluídas nesse tipo de remuneração as internações hospitalares com base nos documentos de autorização e fatura - as AIHs - e os procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac). Os valores desses procedimentos são apurados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Para os municípios que estão na condição de gestão plena do sistema municipal, nos termos da NOB/96, ou na condição de gestão semiplena, nos termos da NOB/93, os valores dos serviços produzidos citados fazem parte do Ttfam definidos pela CIB (Comissão Interinstitucionais Bipartite), sendo repassados automaticamente fundo a fundo. Porém, para os municípios que não se encontram em tais condições de gestão, o pagamento é feito pelo Ministério da Saúde, diretamente aos prestadores de serviços.

As explicações para esta falta de fiscalização possuem raízes no consenso prevalecente na sociedade de que as instituições filantrópicas supostamente carregam em si um espírito público na prestação de seus serviços, idéia que na maioria das vezes não encontra correspondência na realidade. De acordo com várias denúncias na imprensa, em todo o país, verificamos a má utilização do dinheiro público por hospitais filantrópicos que descumprem a contrapartida no número de leitos destinados ao SUS; criam filas e entradas separadas e diferenciadas para o usuário SUS, privilegiando os usuários dos convênios particulares; recebem verbas para a compra de equipamentos que acabam sendo utilizados prioritariamente por pacientes particulares; superfaturam nas faturas dos procedimentos destinados ao convênio com o SUS, etc.

Laurell (1996) destaca que todas as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, porque a privatização só acontece nas atividades rentáveis de saúde, ficando o restante a cargo do setor público. O aumento no número de serviços particulares exige maiores gastos públicos pois os prestadores de serviços privados são altamente subsidiados pelo governo, sem que ofereçam a contrapartida de maior eficiência ou melhor qualidade dos serviços. Como o setor privado depende das transferências diretas e indiretas de recursos públicos para sobreviverem num mercado restrito e altamente concentrado, as políticas de privatização tendem a requerer mais e não menos gastos públicos.

O caráter complementar do setor privado em relação à rede pública não prejudicou em nenhum sentido os interesses privados em jogo na política de saúde: atualmente, cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado (Elias, 1998:56). Este último fica responsável pela assistência médica individual (consultas e procedimentos médicos de maior complexidade tecnológica e mais

caros), rentável e lucrativa, e o setor público, pelas ações de saúde coletiva (vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis, etc.).

No caso das cidades de Araraquara e São Carlos, observamos um avanço progressivo da privatização dos serviços de saúde por meio da contratação de serviços particulares hospitalares e ambulatoriais. Confirmamos a apropriação privada dos recursos públicos empregados nesta modalidade de prestação de serviço, por meio de uma série de denúncias realizadas por conselheiros dos CMS, de superfaturamento de faturas; filas e entradas diferenciadas e separadas para usuários SUS, priorizando usuários dos convênios particulares; compra de equipamentos subsidiada com dinheiro público dos FMS, sem a criação da contrapartida ao prestador privado e o estabelecimento de mecanismos de controle público para a prestação de contas, etc.

Destacamos aqui algumas dessas denúncias e depoimentos de conselheiros:

No resultado da pesquisa nos hospitais na região para verificar as formas de visitação, realizada por comissão do CMS de São Carlos identificamos denúncias de apropriação privada por parte da Santa Casa, principal prestadora de serviços hospitalares da cidade, devido ao não cumprimento da contrapartida de igual tratamento entre pacientes SUS e pacientes particulares, beneficiando os últimos em detrimento dos primeiros:

“Com relação ao acesso à Santa Casa gostaria de afirmar que existe discriminação ao cidadão Sãocarlense usuário do SUS, na medida em que pacientes e visitantes entram por portas separadas no único hospital conveniado ao SUS da nossa cidade. Essa discriminação a pacientes e visitantes vai contra os princípios do SUS e também é proibida conforme a lei estadual nº 10.241 de 17 maio de 1999. Esse tipo de discriminação vem de uma época que para as Santas Casas sobrava o atendimento misericordioso a indigentes. Hoje em dia isso não faz mais qualquer sentido (...). Eliminar a discriminação ao acesso do usuário SUS vai ao encontro à Humanização nos hospitais que é preconizado pelo Plano Nacional de Humanização da Assistência

Hospitalar (...). Dentro da Santa Casa já existem áreas reservadas para pacientes particulares e de outros convênios. Imaginem senhores conselheiros como era a rotina de internação até nove meses atrás (dezembro de 2002), um adolescente (13 18 anos) era internado par fazer uma cirurgia simples, exemplo, uma apendicite, e a ele não era permitido o acompanhamento pela mãe, e como a visitação só era feita as 5ª e Domingo, se ele fosse internado na Quinta, provavelmente, teria alta do hospital sem Ter recebido uma visita!!! Isso apenas se esse adolescente fosse usuário do SUS, se fosse de um outro convênio aí ele teria direito a visitação diária e com revezamento de visitantes. Senhores conselheiros, eliminar a diferenciação nas portas de entrada da Santa Casa para usuário e visitante do SUS na Santa Casa não causa aumento de custo e atende a lei. Permitir o acompanhamento pelas mães, pais ou responsáveis a adolescente internados é direito pactuado entre a Santa Casa e SMS desde 1999. O SUS, senhores conselheiros, tem que ser entendido como um Patrimônio ele não é propriedade nem da Santa Casa e sim dos cidadãos. Porém cabe também ao conveniado SUS ajudar na tarefa de defender esse patrimônio educando eventuais usuários mais exaltados. (Ata – 08/09/03. Denúncia feita pelo conselheiro representante de Usuários SUS – Vila São José).

No depoimento, da conselheira representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), a seguir, podemos verificar que o governo municipal sempre financiou a compra de equipamentos e expansão de leitos hospitalares particulares, promovendo a utilização de recursos públicos para fins privados:

“A Santa Casa tem se beneficiado historicamente do financiamento público de suas atividades particulares. É um hospital filantrópico mas se esquece às vezes do respeito ao dinheiro público. Afirmo isso porque a expansão dos leitos particulares, bem como a compra de equipamentos têm sido financiada pelo governo, sem exigir a contrapartida de prioridade para o atendimento ao usuário do SUS. A prestação de contas da Santa Casa acontece de forma precária e insatisfatória e a prestação dos serviços não tem obedecido a nenhum padrão ou critério de qualidade”. (Entrevista com os conselheiros – CMS/São Carlos– gestão 2001-2004).

Também vale destacar que nas gestões que seguem desde a fundação do Conselho Municipal de Saúde de São Carlos foram registrados quatro casos de irregularidades na aplicação de recursos públicos nos setores prestadores de serviços: (1) superfaturamento na compra de medicamentos por parte da gestão do período de 1994-1997 (Padavini, 2003); (2) irregularidades nas contas apresentadas pela Santa Casa, contendo indícios de superfaturamento nas faturas de serviços prestados (Ata de reunião do dia 25/04/01); (3) identificação de entradas diferenciadas para os usuários no Centro Integrado de Diagnósticos por Imagem (Ata de reunião do dia 12/05/04).

Em Araraquara a apropriação privada ocorre por meio do desvio de dinheiro destinado à compra de equipamentos para os prestadores conveniados (hospitais filantrópicos) para outros fins; do beneficiamento pessoal de administradores da Santa Casa; do descaso da Santa Casa para com os usuários do SUS, ao desrespeitar a contrapartida de atendimento igualitário entre esses e os usuários particulares.

A denúncia da conselheira da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) de desvio de dinheiro público destinado à compra de equipamentos ao prestador privado, evidencia uma das formas de apropriação privada:

Denúncia de conselheira da ABEN de que algumas compras (equipamentos para hospitais filantrópicos) já foram anteriormente aprovadas e que o dinheiro destinados a estas compras foi desviado para outros fins. (Ata – 08/08/01).

Em uma denúncia de irregularidade na administração da Santa Casa, feita pelo conselheiro da Associação Paulista de Medicina, identificamos a ausência de parâmetros públicos e controle social sobre o dinheiro empregado nos convênios com o setor privado. Essa realidade parece se modificar a partir da gestão de orientação política favorável à

participação e controle social, quando esta cria mecanismos de fiscalização do cumprimento da contrapartida exigida dos prestadores.

“O conselheiro representante da APM solicitou a palavra para comentar sobre o que vinha acontecendo na administração da Santa Casa. O conselheiro começou discorrendo sobre a dívida do hospital com o CORA – Centro de Oncologia de Araraquara. Afirmou o absurdo e o desrespeito com a classe médica na eleição da Diretoria Clínica, que elegeu legitimamente com 85% dos votos do corpo clínico o nome do Dr. Jorge Hudari para a direção e a provedoria não aceitou essa eleição e indicou um “médico biônico”. Relatou a demissão do Dr. João Otávio, que teve todo o apoio da classe médica, mas a provedoria o demitiu sem nenhuma condição de defesa. (...) A conselheira representante da APCD manifestou sua indignação à postura do gestor frente às denúncias do conselheiro representante da APM e disse que o CMS sempre exerceu um papel conciliador. Disse também estar ofendida por ser uma das conselheiras mais antigas e perceber que várias ações da SMS *sempre beneficiaram* a Santa Casa (Ata – 13/11/02).

Um fato importante relacionado à questão da apropriação privada consiste na denúncia realizada por um usuário do SUS, por meio de um artigo publicado no jornal Folha da Cidade, apontando o descaso da Santa Casa pelo paciente do SUS. O autor, o senhor Aduino Rodrigues foi convidado pelo Conselho Municipal de Saúde para apresentar sua denúncia aos conselheiros municipais de saúde. (Ata 13/11/02).

Também constatamos, por meio da consulta às atas de reunião do CMS/Araraquara, uma outra denúncia realizada por um usuário do SUS. Em uma carta do usuário do SUS apresentada pelo conselheiro da Associação de Pais e Mestres da Escola Lysnias aos demais conselheiros, em uma reunião ordinária do CMS, constava a denúncia de que pacientes do SUS estavam permanecendo por mais de quatro horas na fila do serviço de emergência e urgência para receber atendimento (Ata – 12/04/03).

Após o conhecimento desta denúncia o gestor, com a aprovação do Conselho, solicitou a averiguação do fato pela comissão de acompanhamento dos serviços hospitalares, criada como mecanismo de controle social sobre os prestadores hospitalares.

Esses fatos demonstram como ocorre a apropriação privada pelos prestadores privados de serviços em Araraquara e São Carlos. No entanto, nas gestões com orientação política favorável ao projeto participativo essa apropriação tornou-se objeto de maior fiscalização e combate pelos conselheiros dos respectivos CMS. Deixaremos a análise mais aprofundada desta questão para o tópico que trata do controle social sobre os Fundos Municipais de Saúde.

2.6 Caracterização dos Movimentos e Organizações da sociedade em Araraquara e São Carlos.

O estudo de Telarolli (1994) sobre a história da saúde pública de Araraquara mostra a existência de um movimento de denúncia e reivindicação de melhorias nas condições de vida e saúde da população empobrecida pela mecanização da agricultura e pela industrialização, durante as décadas de 70 e 80. Esse movimento foi liderado por professores da faculdade de Ciências Farmacêuticas da Unesp, e posteriormente serviu de incentivo à formação de associações de moradores de bairros.

No entanto, Araraquara não é um município com tradição de intensa mobilização da sociedade no campo da saúde, onde depois do desaparecimento deste movimento de saúde, as associações de moradores de bairro ficaram responsáveis pelas reivindicações por melhorias nas condições de vida da população dos bairros periféricos. O Conselho Municipal de Saúde, desde sua fundação, não somente contém a representação dessas associações de moradores de bairro, como também de outras organizações, como sindicatos e entidades filantrópicas.

Em São Carlos, conforme o estudo de Oliveira (1998) mostra que, embora a cidade tenha a tradição associativa marcada por movimentos de afro-descendentes, de estudantes universitários e de mulheres, não houve nenhum movimento de saúde tal como em Araraquara. Além disso, segundo a autora, as associações de moradores de bairro são caracterizadas como clientelistas, atreladas, cooptadas pelo Estado e pelos políticos. No Conselho Municipal de Saúde de São Carlos, desde sua constituição em 1991 até 2000, não havia representação de nenhuma das associações de moradores de bairro, muito menos de movimentos sociais e entidades filantrópicas. Trataremos disso melhor no tópico sobre a representação societária destes municípios.

2.7 Aspectos legais e formação dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos.

A institucionalização do CMS de São Carlos se deu através da Lei Municipal nº 10.418 de 25 de abril de 1991, que também criou o Fundo Municipal de Saúde – FMS (São Carlos, 1991), órgão responsável pelo gerenciamento de verbas destinadas à saúde. O ano de nascimento do CMS de São Carlos corresponde ao mandato de Neurivaldo José Guzzi como prefeito municipal.

De acordo com o Decreto Municipal nº 46, de 29 de abril de 1991, ao CMS de São Carlos cabem as seguintes atribuições:

- Fiscalizar o Fundo de Saúde e demais órgãos financeiros relacionados ao órgão de saúde municipal.
- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde.
- Articular-se com órgãos de saúde dos níveis estadual e federal.

A partir de 1997, com a municipalização da saúde em São Carlos, o CMS passa a ter atribuição de “participar da formulação e execução da política de saúde do município, passando do caráter consultivo para o deliberativo” (Regimento Interno do CMS de São Carlos, 2001).

Em Araraquara o Conselho Municipal de Saúde foi criado pelo Decreto nº 6.136 de junho de 1991 e foi instituído como instância colegiada, consultivo e de natureza permanente, tendo por finalidade ser consultado sobre a política municipal de saúde:

- Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS, no âmbito do município, apreciar e pronunciar-se sobre os relatórios de gestão do SUS apresentados pelo Secretário Municipal de Saúde.
- Aprovar, coordenar e supervisionar as Comissões Intersetoriais, a nível municipal, necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Municipal de Saúde;
- Promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à saúde constitucionalmente estabelecida (Regimento Interno do CMS de Araraquara, 1991).

Assim como o CMS de São Carlos, o Conselho de Saúde de Araraquara também passou a incorporar as funções deliberativas e de participação na elaboração e execução da política de saúde do município, a partir do ano de 1997, quando a cidade municipalização a gestão dos serviços de saúde.

A escolha de 1997 como o ano inicial para a realização de nosso estudo deveu-se justamente ao fato deste ter sido o início da municipalização da saúde nestes municípios, significando mudanças em suas atribuições legais.

2.8 A representação da sociedade civil e a composição social dos conselhos municipais de saúde de Araraquara e São Carlos.

Analisamos a composição dos Conselhos de Saúde dos dois municípios com o intuito de avaliar o nível de representação da sociedade de civil no interior dos Conselhos. Por meio das atas de reuniões e entrevistas semi-estruturadas identificamos se houve ou não a influência dos governos locais no processo de estruturação e composição dos Conselhos. Desejamos analisar se houve a composição de Conselhos de “aliados” dos Governos Locais, prática comum nos CMS dos municípios marcados por práticas políticas clientelísticas, ou se o gestor garantiu a autonomia dos segmentos no processo de escolha dos seus representantes.

Destacamos as diferenças no nível de organização e representação da sociedade civil no interior dos CMS de Araraquara e São Carlos. De acordo com o regimento interno dos dois municípios, o CMS de Araraquara possui uma quantidade significativamente maior de representantes de entidades e organizações da sociedade do que o CMS de São Carlos. A constatação deste fato oferece-nos elementos para examinar: a influência da variável “nível da representação da sociedade civil” na efetivação da participação e controle social.

Vários autores (Cortes, 1998; Jacobi, 2000; Gohn, 1998), atribuem a efetivação e o aprofundamento do projeto participativo ao simples fato dos Conselhos possuírem uma grande quantidade de representantes da sociedade civil nos CMS. No entanto, desejamos demonstrar que para o caso das cidades do interior paulista a orientação política dos gestores locais apresenta-se como variável importante não somente para o aprofundamento dos mecanismos de controle e de participação, como também para o incentivo à participação de representantes da sociedade civil e até mesmo para a incorporação de mais

segmentos da sociedade à representação societária nos Conselhos. As tabelas 5 e 6 informam a respeito da composição dos CMS de Araraquara e São Carlos, possibilitando-nos comparar os números das gestões do período de 1997-2000 e das gestões do período de 2001-2004. Nas gestões dos dois períodos analisados verificamos que os gestores cumpriram a exigência legal de assegurar que cinquenta por cento dos assentos nos CMS fossem ocupados por usuários.

Tabela 5 – Composição número e porcentagem de conselheiros por segmento dos Conselhos Municipais de Araraquara e São Carlos (1997-2001)

<i>Segmento</i>	<i>Araraquara</i>	<i>São Carlos</i>
	Número e (%)	Número e (%)
Governo	12 (20)	2 (11)
Sociedade Civil	30 (50)	8 (44)
Prestadores Privados de Serviços.	8 (13)	4 (22)
Profissionais da Saúde	10 (16,6)	4 (22)
Total	60 (100)	18 (100)

Fonte: Regimento Interno do CMS – Araraquara.

Tabela 6 – Composição (número e porcentagem de conselheiros por segmento) dos Conselhos Municipais de Araraquara e São Carlos (2001-2004)

<i>Segmento</i>	<i>Araraquara</i>	<i>São Carlos</i>
	Número e (%)	Número e (%)
Governo	12 (18)	5 (11,9)
Sociedade Civil	36 (54)	20 (47)
Prestadores Privados de Serviços.	8 (12)	10 (23)
Profissionais da Saúde	10 (15)	2 (4,5)
Total	66 (100)	42 (100)

Fonte: Regimento Interno do CMS – São Carlos.

As tabelas 5 e 6 demonstram dois fatos interessantes: as diferenças entre as duas cidades na quantidade de representantes da sociedade civil nos Conselhos Municipais de Saúde, tendo Araraquara um maior número de representantes da sociedade civil do que São Carlos; e o aumento significativo da representação societária no Conselho Municipal de Saúde na gestão do período de 2001-2004.

Se concordarmos com as postulações desses autores, que partem do princípio de que a efetivação da participação social deve-se à presença de um maior número de representantes da sociedade civil nos Conselhos (Jacobi, 1998; Cortes, 1998), poderíamos afirmar que Araraquara possivelmente terá melhores resultados na participação do que São Carlos. Porém, o outro dado importante apresentado pelos números da tabela, consiste no aumento da representação societária no CMS de São Carlos, na gestão do período de 2001-2004, fato esse que sinaliza para a possibilidade da gestão municipal ter influenciado tal mudança.

Para o aprofundamento da análise, levantamos dados a respeito dos tipos de organizações e entidades que caracterizam a representação societária nos CMS. Esses dados são relevantes para compreendermos o caráter das organizações que participam dos CMS: se predominam instituições filantrópicas ou se possui maior representação entidades de reivindicação de direitos, como as associações de moradores de bairro.

As diferenças entre a quantidade de representantes da sociedade civil no CMS/Araraquara e no CMS/São Carlos podem ser conferidas pelas tabelas 7 e 8.

Tabela 7. Caracterização da representação societária em Araraquara (1997-2001 e 2001-2004).

Segmento	Total de conselheiros	
	1997-2001	2001-2004
Associações civis	4 (10%)	8 (18%)
Moradores	6 (15%)	6 (15%)
Associações profissionais	8 (20%)	8 (18%)
Entidades filantrópicas	14 (35%)	14 (31%)
Sindicatos	6(15%)	6(13%)
Organizações patronais e empresas	2(5%)	2(4,5%)
Total	40(100%)	44(100%)

Fonte: Regimento Interno do CMS-Araraquara.

Tabela 8. Caracterização da representação societária em São Carlos (1997-2001 e 2001-2004).

Segmento	Total de conselheiros	
	1997-2001	2001-2004
Associações civis	0 (0%)	0 (0%)
Moradores	0 (0%)	15 (62,5%)
Associações profissionais	3 (100%)	6 (25%)
Entidades filantrópicas	0 (0%)	1 (4%)
Sindicatos	0 (0%)	2 (8%)
Organizações patronais e empresas	0 (0%)	0 (0%)
Total	3 (100%)	24 (100%)

Fonte: Regimento Interno do CMS – São Carlos.

De acordo com os números das tabelas acima, podemos verificar que desde a constituição do CMS/Araraquara houve uma quantidade significativamente maior de representantes da sociedade civil por meio de associações civis e de moradores, entidades filantrópicas, sindicatos, organizações patronais e empresas do que em São Carlos. Na primeira gestão do CMS/São Carlos (1997-2000), a representação societária limitou-se à presença de representantes das associações profissionais. Somente na gestão do período de

2001-2004 houve a incorporação de outros segmentos da sociedade civil à representação societária no CMS, conforme o depoimento da conselheira representante da ABEN (segunda gestão/ 2001-2004): “o atual gestor influenciou positivamente na reestruturação do conselho, inclusive incluindo muitas entidades da sociedade civil que não tinham representação desde a gestão passada”. (grifos meus).

A representação societária do CMS de Araraquara destaca-se pela quantidade de entidades filantrópicas com assentos no CMS (31%). Esse dado nos chama atenção para a presença de organizações de caráter assistencialista (entidades filantrópicas e clubes de serviços) do que organizações de caráter reivindicativo (associações de moradores de bairro e associações de pais e mestres de escolas públicas). Ao passo que em São Carlos, a partir da gestão do período de 2001-2004, com a ampliação da representação societária, houve a incorporação de segmentos da sociedade civil caracterizados por uma ação mais reivindicatória do que assistencialista, no caso, das associações de moradores de bairro.

A análise do processo de escolha dos representantes para a composição dos CMS auxiliou-nos a compreender melhor a ação das organizações da sociedade civil dos dois municípios. De acordo com as informações que obtivemos nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios, os gestores foram responsáveis pela indicação de quais segmentos iriam participar ou não dos Conselhos. As organizações e entidades foram convidadas para participar da constituição dos CMS e a escolha dos representantes ficou a cargo de cada segmento. No entanto, as entrevistas com alguns conselheiros demonstraram que nas duas cidades houve indicações de pessoas ligadas aos gestores para ocupar o cargo de conselheiro nos CMS, contrariando as informações das SMS de que a escolha dos conselheiros ficou a cargo dos segmentos convidados.

“Particpei do Conselho desde sua formação e sei que muitos representantes de segmentos eram amigos do Secretário e foram indicados por ele (...) Podemos dizer que as associações profissionais e diversas entidades filantrópicas eram indicações do Secretário para evitar problemas tanto com a classe médica quanto com entidades filantrópicas. No caso de nossa entidade (GASPA), lutamos para sermos incluídos no Conselho porque sabíamos que não éramos bem-vindos pelo Secretário” (Conselheira representante do GASPA no CMS/Araraquara – gestão do período de 1997-2000).

“O Conselho Municipal de Saúde de São Carlos se formou a partir das indicações do Secretário Municipal de Saúde, foi ele quem indicou até mesmo quem dos segmentos poderia participar ou não” (Conselheiro representante de usuário SUS no CMS/São Carlos – gestão do período de 1997-2000).

Conforme pudemos constatar a partir dos depoimentos dos conselheiros, as gestões do período de 1997-2000 foram marcadas por uma relação de submissão da representação da sociedade civil aos gestores, ferindo o princípio da autonomia da sociedade civil em relação ao Estado. O fato de Araraquara, possuir desde a formação do Conselho uma grande quantidade de representantes da sociedade civil, não significou melhores condições para a efetivação da participação social do que em São Carlos, porque em ambas cidades, os gestores mantinham esses conselheiros sob seu controle.

Esse fato coloca dúvidas a respeito da participação da sociedade civil nas gestões do período de 1997-2000, com orientação política pouco favorável à participação, devido: à falta de representatividade e legitimidade das representações; e ao fato da representação societária estar majoritariamente constituída por entidades filantrópicas, instituições que se movem mais por meio de uma ação assistencialista, do que por uma ação mais reivindicativa do direito à saúde (Correia, 2000:56).

Já nas gestões com orientação política favorável à participação do período de 2001-2004, a representação da sociedade civil passou por algumas mudanças que

apontaram para uma atuação mais autônoma dos segmentos da sociedade e para um aumento de organizações com caráter mais reivindicativo e popular. Foram os casos da incorporação das Associações de Pais e Mestres de escolas públicas no CMS de Araraquara, e do aumento do número de representantes da sociedade civil, contemplando a participação de representantes das Associações de Moradores de Bairros, em São Carlos. O processo de escolha dos representantes, nas duas cidades, neste período, ocorreu sem a interferência do gestor ficando a cargo de cada segmento, a eleição de seus representantes.

A análise das influências das diferentes orientações políticas das gestões sobre a participação social nos fornecerá melhores elementos para demonstrar que as diferenças na quantidade de representantes da sociedade civil, entre Araraquara e São Carlos, não interferiu significativamente na efetivação da participação social nos CMS.

Os resultados da pesquisa foram organizados a partir de dois eixos da análise: a participação social na definição da política de saúde (o ato de induzir o Estado à partilha do poder decisório); e o controle social sobre a movimentação do Fundo Municipal de Saúde (o ato de não deixar o Estado transgredir).

CAPÍTULO 3 - A ANÁLISE DA INFLUÊNCIA ORIENTAÇÃO POLÍTICO-IDEOLÓGICA SOBRE A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE ARARAQUARA E DE SÃO CARLOS.

A análise da participação social dos diferentes segmentos que compõem a representação societária, diz respeito à partilha efetiva do poder sobre as decisões que tratam da formulação de estratégias e do controle da execução da política de saúde, incluindo aqui o pleno acesso aos aspectos econômico-financeiros voltados para o setor.

O conjunto de informações que obtivemos a partir das atas e entrevistas com os conselheiros das duas gestões permitiu-nos afirmar as diferenças na atuação dos conselheiros entre as duas gestões com diferentes graus de comprometimento dos gestores para com o projeto participativo: nas gestões do período de 1997-2000, os conselheiros praticamente atuaram no sentido de referendar as decisões do gestor, havendo pouco registro de discussões, debates e questionamentos nos CMS. Nas gestões do período de 2001-2004, constatamos uma maior participação dos conselheiros nos dois CMS, expressa na intensidade das discussões e questionamentos nas reuniões dos Conselhos. E como explicar essas diferenças? Devemos atribuí-las ao nível de representação societária (a quantidade de representantes da sociedade civil), ou à adoção de procedimentos que estimularam a ampliação da participação da sociedade civil, por parte dos gestores comprometidos com o projeto participativo?

Para responder as estas indagações elaboramos alguns indicadores que nos permitem visualizar as diferenças entre a participação social nas primeiras gestões (1997-2000) e as segundas (2001-2004): a) frequência dos conselheiros à reuniões dos CMS; b) participação dos CMS na elaboração do orçamento municipal anual; c) participação dos

CMS na elaboração do Plano Municipal de Saúde; d) número e natureza das propostas apresentadas aos CMS por segmento; e) assuntos sobre os quais mais se delibera; f) tipo de deliberação; g) número de manifestação de contestação dos conselheiros por segmento.

a) *Frequência dos Conselheiros às reuniões dos CMS.*

A análise das frequências dos conselheiros às reuniões dos CMS em Araraquara e São Carlos foi realizada com base nas informações obtidas pelo acesso que tivemos às listas de presença das atas de reuniões, expressos nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9. Frequência dos Conselheiros por segmento às reuniões do CMS – Araraquara.

Segmento	Frequência às reuniões (%)	
	1997-2000	2001-2004
Governo	95%	100%
Sociedade Civil	75%	85%
Prestadores	80%	85%
Profissionais da Saúde	90%	75%

Fonte: Atas das reuniões do CMS – Araraquara

Tabela 10. Frequência dos Conselheiros por segmento às reuniões do CMS – São Carlos.

Segmento	Frequência às reuniões (%)	
	1997-2000	2001-2004
Governo	100%	100%
Sociedade Civil	35%	75%
Prestadores	25%	85%
Profissionais da Saúde	75%	90%

Fonte: Atas das reuniões do CMS – São Carlos.

Os dados apresentados nas tabelas acima confirmam que o gestor municipal esteve presente ou representado por meio de funcionários da SMS, praticamente em todas reuniões nas gestões dos dois períodos analisados, tanto em Araraquara quanto em São

Carlos. A frequência dos conselheiros dos diversos segmentos às reuniões do CMS/Araraquara aumentou de forma significativa das gestões de partidos de direita para as gestões de partidos de esquerda. Em São Carlos, podemos perceber que houve um aumento no percentual da frequência dos conselheiros de todos os segmentos, especialmente no dos conselheiros da sociedade civil o qual na gestão de partido de direita apresentava uma frequência de 35%, passando para 75% de frequência na gestão de partido de esquerda. Em Araraquara, houve um crescimento significativo na frequência da sociedade civil de 75% para 85% , e uma diminuição na frequência dos profissionais da saúde de 90% para 75% de uma gestão para outra.

Entretanto, é importante esclarecer que a frequência dos representantes do governo nem sempre correspondeu à frequência dos membros titulares. Nas gestões do primeiro período, conforme registro nas atas de reuniões, identificamos o envio de funcionários das SMS às reuniões para substituir as ausências dos conselheiros do governo. Nas entrevistas com conselheiros constatamos a percepção dos conselheiros sobre este fato.

A gente em muitas reuniões não conseguia aprovar nada e nem deliberar porque o presidente do conselho, que era o Secretário da Saúde, tinha faltado da reunião e mandado funcionários da Secretaria que não tinha condição nenhuma pra falar em nome da Secretaria de Saúde. Isso foi chateando muito os conselheiros e muitos deixaram de participar do conselho porque parecia que as coisas nunca avançavam. (Conselheiro representante de usuário – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

A substituição dos conselheiros representantes dos governos por funcionários pouco entrosados com o CMS, em Araraquara e São Carlos, funcionou como um desincentivo à participação dos conselheiros, como demonstrou o trecho acima da

entrevista. Em São Carlos, como já havíamos mencionado, a própria irregularidade de frequência às reuniões do próprio gestor afetou negativamente a frequência dos conselheiros às reuniões.

O envio com antecedência da pauta de reuniões aos conselheiros, prática adotada pelas gestões de partidos políticos de esquerda (2001-2004), caracterizou-se como um incentivo à participação, de acordo com os depoimentos de conselheiros dos CMS das duas cidades. A constituição de uma Secretaria Executiva, composta por membros do CMS/Araraquara, “transmitiu confiança aos conselheiros e motivou-lhes a participar das reuniões dos CMS com maior frequência” (Conselheira representante da APAE – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004)

Outro fato que nos chamou atenção foi a baixa frequência dos prestadores privados às reuniões do CMS/São Carlos, na gestão do partido político de direita. A resposta do conselheiro representante da Santa Casa de São Carlos à pergunta sobre a relevância de sua participação no Conselho demonstra a pouca importância que ele atribuía à sua participação no Conselho. Também o trecho abaixo indica que as negociações entre SMS e Santa Casa aconteceram à margem do debate no CMS.

“Os problemas são muito e são grandes as dificuldades e necessidades de aquisição de recursos públicos para a Santa Casa. Por isso, não dava pra gente enquanto conveniado e prestador ficar esperando pela *próxima reunião* do Conselho. Além disso, a presença dos conselheiros era muito baixa. Então a gente levava diretamente as propostas para a Secretaria de Saúde e elas eram aprovadas pelo Secretário” (Conselheiro representante da Santa Casa – CMS/São Carlos – gestão 1997-2000) (grifos meus).

O depoimento acima permite-nos afirmar que o lobby corporativo dos prestadores privados incidiu diretamente sobre a SMS, ficando à margem do Conselho Municipal de São Carlos. Algo parecido com o que acontecia no CMS/São Carlos também foi observado no CMS/Araraquara. De acordo com algumas respostas de conselheiros a nossa entrevista, o gestor do partido político de direita (1997-2000), ou seja, o Secretário Municipal da Saúde, era membro da diretoria da Santa Casa, fato que justificou em muitos casos a não explicitação de propostas e demandas dos prestadores ao CMS.

Devido a sua ligação com a Santa Casa e por extensão o bom relacionamento com os prestadores, o Dr. Anuar encaminhava sem passar pelo Conselho muitas propostas de extrema urgência para os prestadores. Isso por um lado era bom porque resolvia de forma mais rápida os problemas dos prestadores, mas por outro, não dava oportunidade para o Conselho acompanhar de perto o trabalho e as propostas deles. (Conselheiro representante da APM – gestão 1997-2000).

Outro aspecto relevante da participação dos conselheiros nos CMS é o processo de definição das pautas de reuniões. A participação dos conselheiros na definição da pauta de reuniões permite a inclusão dos conselheiros no jogo da importante disputa em torno dos assuntos “pertinentes” ou “relevantes” com o governo.

Uma característica das reuniões no período da gestão de 1997-2000, nas duas cidades, era a forma como o gestor definia as pautas de reuniões. As pautas não eram enviadas com alguns dias de antecedência às reuniões para a apreciação dos conselheiros e nem mesmo havia algum tipo de incentivo ou mecanismo para ampliar a participação dos mesmos na construção dos temas relevantes. Esse fato demonstra o escopo limitado da participação dos conselheiros na definição e direção do debate sobre os assuntos nos CMS.

Unindo-se a isto, no caso do CMS/São Carlos havia um agravante que funcionava como um desestímulo à participação dos conselheiros: os extensos intervalos entre uma reunião e outra, chegando até dois meses sem ocorrer nenhuma reunião. Desmotivados, os conselheiros manifestavam pouco interesse em recorrer ao CMS para resolver os problemas ou encaminhar as demandas de seus segmentos.

O CMS/São Carlos não realizou o número mínimo de reuniões previsto pela legislação. Isso leva à consideração de que houve um prejuízo na participação e controle social na política de saúde nesse período. Os intervalos entre uma reunião e outra foram maiores do que um mês. No ano de 1999 constatamos um intervalo de cinco meses entre as reuniões, além de ser qualificado como o ano de menor expressão do CMS no que diz respeito ao atendimento mínimo às suas atribuições, como: a realização mensal de reuniões ordinárias, instalação de plenárias com a presença da maioria dos membros, fiscalização e aprovação das finanças municipais no setor saúde; ações em sua essência asseguradoras de seu papel como órgão articulador na execução da política municipal de saúde.

O próprio Relatório de Gestão 1997-2000 da SMS de São Carlos, no item - “Qual a participação do CMS/Comunidade na implantação e acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas no município?”, reconhece a precária participação e controle social do CMS neste período:

O Conselho Municipal de Saúde no decorrer da gestão apresentou um índice baixo de reuniões devido ao alto índice de falta dos conselheiros, necessitando eleger outros interessados em participar do CMS, com isso entende-se que o CMS não estava preparado o suficiente para garantir uma participação mais efetiva de seus membros. O CMS não apresentou uma participação efetiva nas ações competentes durante a gestão, há necessidade de reavaliar a sua estrutura para que ele possa ter uma participação maior junto à Secretaria Municipal de Saúde e Comunidade”. (São Carlos, Relatório de Gestão – 1997-2000).

A gestão do período de 1997-2000 de São Carlos, por meio do seu Relatório de Gestão atribui a precária participação no CMS à falta dos conselheiros. No entanto, ao afirmar “a necessidade de reavaliar a sua estrutura para que ele possa ter uma participação maior junto à Secretaria Municipal de Saúde e Comunidade”, reconheceu indiretamente sua falha ao não criar para os conselheiros uma estrutura e mecanismos mais inclusivos.

Os fatos acima descritos lançam elementos para pensarmos como ocorreram as relações entre Estado e sociedade nas gestões do primeiro período. Esses primeiros indicadores apontaram para uma grande recusa do Estado em partilhar o seu poder de decisão. Essa resistência dos governos parece ter se traduzido em reiteradas medidas protetórias dos governos de partidos de direita para desmobilizar e desmotivar os conselheiros, como evidenciamos anteriormente na descrição do problema da ausência dos gestores e da definição das pautas. Esses resultados são corroborados com a análise da participação dos CMS na elaboração do orçamento anual e do Plano Municipal de Saúde.

b) Participação dos CMS na elaboração do orçamento anual:

Uma das prerrogativas legais dos Conselhos Municipais de Saúde é a participação da sociedade civil na elaboração e formulação de estratégias para as políticas de saúde, discutindo como e onde gastar melhor os recursos públicos. O gestor deve apresentar a sua proposta ao CMS e passar pelo crivo da interlocução entre os segmentos representados para que a aprimorem com suas proposições, antes de passar para os canais tradicionais de decisões políticas: partidos e parlamento.

É no momento da elaboração e discussão do orçamento que ocorrem as disputas em torno da distribuição de recursos públicos entre os diversos segmentos representados

nos CMS. As gestões de partidos de direita com orientação política conservadora são pouco afeitas aos procedimentos de estudo compartilhado de propostas, e aos debates, discussões, explicitação pública e negociação dos interesses, procedimentos peculiares de uma participação ampliada. Ao contrário, nessas gestões, a incorporação de demandas e negociação de interesses pareceu ocorrer geralmente, à margem dos canais participativos, sem garantias de transparência e publicidade.

No entanto, a assimetria entre os representantes do governo, de um lado, com tempo disponível, assessoria, equipamentos e informações, e os representantes da sociedade, de outro lado, sem nenhuma destas condições, compromete ainda mais a participação da sociedade civil na elaboração do orçamento, como amplamente reconhecido na literatura (Tatagiba, 2002; Correia, 2000; Carvalho, 1998).

A instituição de comissões de acompanhamento do processo de elaboração do orçamento adotadas pelos CMS pode reverter significativamente essa assimetria a favor de uma partilha efetiva do poder com a sociedade civil (Pontual & Silva, 1999:69). Neste sentido, o número de comissões de acompanhamento e a intensidade da participação da sociedade civil nelas, são indicadores importantes do nível de democratização do orçamento da saúde promovido pelos CMS.

Constatamos que, tanto em Araraquara quanto em São Carlos, nas gestões do período 2001-2004 houve maiores oportunidades de participação da sociedade civil na elaboração do orçamento, do que nas gestões do período de 1997-2000. Em Araraquara, nas gestão de esquerda foram criadas três comissões para a elaboração do orçamento municipal da saúde, com a participação de representantes de todos os segmentos do CMS, ao passo que em São Carlos houve apenas uma comissão.

O impacto positivo dessas comissões no processo de elaboração do orçamento pôde ser analisado a partir da percepção dos conselheiros dos CMS das duas cidades sobre sua participação nestas comissões:

“Os conselheiros não conseguiam se reunir com frequência, então não dava para participar da elaboração do orçamento e muito menos acompanhar os gastos feitos pela SMS. Depois de passado um bom tempo, o presidente do conselho chamava a gente para mostrar a proposta de orçamento da secretaria e a gente não tinha condição nenhuma de desaprovar ou falar qualquer coisa a respeito. Isso foi desanimando os conselheiros de frequentar as reuniões do conselho”. (Conselheiro representante de usuários – CMS/São Carlos – gestão 1997-2000).

“Durante os quatro anos da gestão do Dr. Anuar o Conselho aprovou as contas da Secretaria sem uma participação mais ativa, sem um acompanhamento mais de perto das contas” (Conselheiro representante da SABSA – CMS/Araraquara – gestão 1997-2000).

Por meio das atas de reuniões dos CMS de Araraquara e São Carlos e dos depoimentos de conselheiros, constatamos que a elaboração da peça orçamentária nos quatro anos seguidos das gestões de partidos de direita com orientação política pouco comprometida com a participação (1997-2000), não contemplou a participação dos conselheiros neste processo. Também constatamos que a aprovação da proposta de orçamento da SMS aconteceu sem questionamentos e discussões substantivas por parte do CMS.

Já nas gestões de partidos de esquerda, com orientação política comprometida com a participação, do segundo período (2001-2004), os conselheiros dos CMS de São Carlos e Araraquara reconheceram que o papel que conseguiram desempenhar na elaboração do orçamento se deveu, em grande medida, ao incentivo desses gestores e ao

espaço por eles concedido à participação. Nas declarações a seguir, os conselheiros comparam a inovação dos procedimentos adotados pelas gestões de esquerda com os procedimentos das gestões de partidos de direita, com orientação política pouco comprometida com a participação.

“Nessa gestão foi montada uma comissão para que o Conselho acompanhasse a confecção da peça orçamentária. Sem dúvida, nesta gestão, a gente teve uma gestão favorável à participação porque com essas comissões a gente diminuiu a distância entre a ficção e a realidade e o orçamento ficou mais próximo das necessidades da população. Na gestão passada não houve nenhuma comissão nesse sentido e aí tivemos problemas em acompanhar a execução da previsão dos gastos” (Conselheira representante da APAE – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

Em São Carlos, de acordo com a percepção de diversos conselheiros, a iniciativa da gestão petista de criar comissões de acompanhamento do orçamento atuou como um incentivo aos representantes de usuários para se envolverem em um assunto sobre o qual apresentavam grandes dificuldades de compreensão. De um modo geral, os conselheiros demonstraram satisfação com a criação das comissões permanentes, especialmente com a comissão de acompanhamento da peça orçamentária, medida que garantiu a participação constante da sociedade civil na elaboração do orçamento.

Só houve uma comissão para participar do orçamento. E o êxito dessa comissão foi o passo decisivo para a criação da comissão permanente de acompanhamento do orçamento e sua aplicação no decorrer da gestão. (Conselheiro representante da APM – CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

“As comissões foram muito importantes porque elas nos deram melhores condições para acompanhar os gastos do governo e para avaliar com mais segurança e

tranquilidade as propostas mais polêmicas apresentadas ao Conselho” (Conselheira representante da APAE – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

Como resultado positivo do trabalho dessas comissões encontramos a incorporação de diversas demandas, principalmente do segmento dos usuários do SUS: em Araraquara, a inclusão de verba para a reforma de Unidades Básicas de Saúde de bairros periféricos e o aumento do percentual destinado à contratação de dentistas nos programas de saúde da família (Ata – 25/11/02); e em São Carlos, o aumento de verbas para a compra de medicamentos e melhoria do atendimento nas UBS (Ata – 14/10/02).

Ainda que as comissões tenham possibilitado a incorporação das demandas dos usuários do SUS, especialmente das Unidades Básicas de Saúde dos bairros periféricos, elas pouco interferiram no processo de destinação de recursos públicos à rede privada prestadora de serviços. Segundo os dados das SMS tanto em Araraquara quanto em São Carlos, houve um incremento na dotação de recursos para os prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais da ordem de 12% e 35% respectivamente, nas gestões 2001-2004 (Relatório de Gestão das SMS de Araraquara e São Carlos).

No entanto, a participação dos conselheiros na elaboração do orçamento por meio de comissões, nas gestões de esquerda, foi incorporada na estrutura legal dos CMS por meio da criação das comissões permanentes. Este fato representa uma importante conquista para o aprimoramento da participação, inclusive, reforçando a autonomia dos conselheiros perante o governo, uma vez que estas comissões se revelaram eficientes na fiscalização sobre o próprio gestor. Este fato é confirmado pelos questionamentos sobre os aumentos com gastos de pessoal e com a prestação privada de serviços, observados tanto em Araraquara quanto em São Carlos.

“Não tivemos uma melhor aplicação dos recursos públicos nos dois primeiros anos desta gestão, porque o Conselho não conseguiu exercer este processo de acompanhamento e avaliação dos orçamentos. No entanto, mesmo com todas as falhas, do ponto de vista do processo tivemos um avanço significativo em alguns procedimentos dentro dos Conselhos. Alguns foram estimulados, sem dúvida, pelo atual gestor, mas ainda é uma ação descontínua, sem muita coerência, às vezes (...) Conseguimos que o governo se explicasse e voltasse atrás sobre o aumento dos gastos com pessoal sem o conhecimento do Conselho e com prestadores, por exemplo” (Conselheiro representante da Associação de Pais e Mestres – CMS/Araraquara - gestão 2001-2004).

As experiências dos CMS de Araraquara e São Carlos demonstram os efeitos positivos trazidos por esta inovação no interior dos CMS, e ao mesmo tempo aponta as limitações do alcance deste procedimento. O conselheiro afirmou que o estímulo à participação por meio das comissões constitui-se como uma ação descontínua e sem muita coerência porque esta prática não se traduziu necessariamente em uma participação regular e sistemática dos conselheiros na elaboração do orçamento. Alguns fatores obstaculizam uma ocupação mais efetiva das comissões por parte dos conselheiros, como por exemplo, a falta de tempo e capacitação técnica para a compreensão da complexidade da contabilidade da área da saúde. No entanto, as comissões de orçamento representam a possibilidade da ampliação da participação à medida que envolver progressivamente os diferentes segmentos representados nos CMS. Além disso, o aperfeiçoamento dos instrumentos de participação, segundo o conselheiro, “reforça a credibilidade do Conselho perante a sociedade, inibindo a tradicional influência das trocas e relações de favor (clientelismo) no momento da elaboração do orçamento” (Conselheiro representante da Associação de Pais e Mestres – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

c) Participação do CMS na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Outro aspecto importante da democratização da gestão da saúde diz respeito à participação dos CMS na elaboração do Plano Municipal de Saúde. A interferência dos CMS no planejamento das atividades e serviços de saúde pode possibilitar aos diversos segmentos da sociedade participar da definição e da redefinição de diretrizes e sugerir mudanças nos rumos da política de saúde (Carvalho, 1998). Os conselheiros têm a oportunidade de propor medidas que visem a reorganização, a melhoria da qualidade e a desprivatização dos serviços de saúde. A participação no Plano Municipal de Saúde, nesse sentido, não se limita à constatação das situações e problemas de saúde, mas caracteriza-se como um instrumento que pode servir para a sociedade induzir o governo a fazer mudanças e inversões de prioridades na distribuição e alocação de recursos nos diferentes setores de serviços.

Ao avaliarmos o nível desta participação no Plano Municipal de Saúde nas diferentes gestões, percebemos que houve mudanças significativas neste processo com a introdução de práticas e procedimentos inaugurados pelos gestores de partidos políticos de esquerda, com orientação política favorável à participação, nas duas cidades, como: a) ampla divulgação dos planos e programas governamentais em formas simplificadas; b) incentivo à participação social por meio de Audiências Públicas durante a elaboração e discussão dos planos e orçamentos e c) Audiências Públicas com a Câmara de Vereadores para avaliar a viabilidade das metas do programa.

Os efeitos dessas novas práticas de participação inauguradas pelos gestores de partidos de esquerda nos CMS foram logo percebidos e reconhecidos pelos conselheiros, como deixou transparecer a conselheira representante da ABEN do CMS/São Carlos: “pela

primeira vez na história da saúde pública de São Carlos há uma ampla participação social na elaboração do Plano Municipal de Saúde”. (Declaração extraída da ata – 10/12/01).

Essa ampla participação a que se referiu a conselheira, correspondeu à formação de uma comissão para análise e incorporação de propostas no Plano Municipal de Saúde (Ata – 12/11/01). Para garantir a efetividade da participação do CMS no planejamento das atividades para o próximo ano, a SMS de São Carlos lançou mão do planejamento estratégico que permitiu a qualquer momento incorporar mudanças sugeridas pelos conselheiros.

No entanto, essas mudanças foram introduzidas gradativamente por esses gestores e mesmo assim não deixaram de apresentar revezes e retrocessos em determinados momentos. Em São Carlos, a apreciação do Plano Municipal de Saúde de 2002 pelo CMS aconteceu, conforme registro em ata, sem a formação de uma comissão de estudo da proposta apresentada pela SMS. (Ata – 14/11/01). Outra prática contraditória por parte deste gestor consistiu na contratação de uma empresa especializada para a prestação de um serviço de consultoria em planejamento das ações de saúde. Além de ter sido considerada por alguns conselheiros como uma prática autoritária e desrespeitadora às atribuições do Conselho, a contratação deste serviço não foi submetida ao debate público com os conselheiros.

Apesar dessa mudança no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, a incorporação das demandas apresentadas pelos conselheiros representantes dos diversos segmentos parece ter sido limitada, dado o caráter restritivo dos recursos orçamentários. Conforme a declaração do conselheiro representante do usuário do SUS, “a apresentação das dificuldades de elaboração do Plano Municipal de Saúde devido à

conjuntura dos recursos do Fundo Municipal de Saúde não possibilitou uma participação mais efetiva dos conselheiros”. (Ata – 10/12/01).

“Num certo sentido, o poder das comissões de orçamento é limitado porque resta pouca margem de manobra para modificar as prioridades (...) O dinheiro que sobra para investimento é muito pequeno e na sua grande maioria, já vem com destinação fixada pelo governo federal” (Conselheiro representante da Associação de Pais e Mestres da Escola Lysânias – CMS/Araraquara – gestão do período 2001-2004).

A resposta acima do conselheiro à nossa pergunta a respeito de sua participação na definição da política de saúde demonstra as dificuldades enfrentadas pelos gestores de partidos políticos de esquerda com o alcance de suas práticas participativas. Percebemos que nos anos seguintes as SMS de Araraquara e São Carlos continuaram se utilizando de procedimentos mais abertos e participativos, como as comissões, mas a limitação dos recursos engessa os investimentos na saúde municipal, e de que as SMS não podem descumprir as orientações do Ministério da Saúde, produziu o efeito contrário ao desejado por esses gestores, seja a não incorporação das demandas e propostas dos conselheiros dos diversos segmentos. Isso pôde ser constatado por meio da análise da elaboração do Orçamento Anual da Saúde para 2004, nas duas cidades, o qual foi aprovado sem que a comissão de acompanhamento conseguisse alterações na proposta apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde. (Ata – 09/02/04).

As tensões e contradições no processo de participação dos conselheiros no processo decisório dos CMS tornam-se mais evidentes quando analisamos as propostas apresentadas e o debate gerado em torno delas no interior dos Conselhos. A hipótese de que

as gestões de orientação política comprometida com o projeto participativo e democratizante influenciaram positivamente a ampliação e qualificação da participação e a desprivatização dos serviços de saúde sofre relativização devido aos dilemas e entraves enfrentados por estes gestores na sua relação com o setor prestador privado de serviços. Esses dilemas e entraves serão melhor analisados a seguir.

d) Análise das propostas apresentadas aos CMS de São Carlos e Araraquara.

O mapeamento das propostas apresentadas aos CMS permite-nos verificar um aumento nas atividades dos CMS de São Carlos e de Araraquara durante as gestões de esquerda. Com base na consulta às atas de reuniões dos CMS de Araraquara e São Carlos realizamos um levantamento das propostas apresentadas ao CMS e as classificamos da seguinte maneira: 1) propostas de repasses financeiros ao setor privado; 2) propostas relativas à organização dos serviços da rede pública; 3) propostas de repasses financeiros para a rede pública; 4) propostas de criação de Comissões, Audiências Públicas e Seminários de Capacitação¹.

Descobrir quais propostas e assuntos compuseram majoritariamente o conteúdo das decisões dentro dos conselhos é importante porque nos permite identificar quais segmentos tiveram um papel mais ativo na condução do processo decisório (Perissinotto, 2003:15). Também nos possibilita saber se os gestores influenciaram positivamente ou

¹ As propostas de solicitação de recursos para o setor privado correspondem ao estabelecimento de convênios com prestadores de serviços laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares, repasse de verbas para o pagamento de estouro de teto financeiro para os serviços privados prestados (particulares ou filantrópicos) e manutenção e/ou compra de equipamentos para os serviços privados conveniados com o SUS. As propostas relativas à organização dos serviços da rede pública dizem respeito a destinação de verbas para reformas, compras de materiais, medicamentos e contratação de pessoal para as Unidades Básicas de Saúde e a recursos para campanhas e programas de saúde. As propostas de capacitação e aperfeiçoamento da participação tratam da criação de comissões de estudo, de divulgação de atividades do CMS; fiscalização e acompanhamento da aplicação dos recursos aprovados pelo CMS e acompanhamento da assistência hospitalar; de audiências públicas para prestação de contas; de seminários de capacitação dos conselheiros.

negativamente sobre o resultado da participação, apoiando ou não propostas que visem a desprivatização e universalização do acesso à saúde.

As atas de reunião dos CMS na gestão do período 1997-2000, de Araraquara e São Carlos indicam que o gestor foi o responsável pela apresentação do maior percentual de propostas, seguido pelos prestadores e pela sociedade civil.

Tabela 11 Número e natureza das propostas apresentadas nos CMS de Araraquara e São Carlos por Segmento (1997-2000).

Segmento	Araraquara - n° (%)				São Carlos - n° (%)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Governo	16 (43%)	8 (22%)	----	3 (8%)	4 (80%)	----	----	----
Sociedade Civil		----	5 (13%)	----	----	----	----	----
Prestadores	5 (13%)	----	----	----	1 (20%)	----	----	----
Profissionais da Saúde	----	----	----	----	----	----	----	----
Total	21 (57%)	8 (22%)	5 (13%)	3 (8%)	4 (80%)	1 (20%)	----	----

Fonte: Atas de reunião dos CMS de São Carlos e Araraquara.

Legenda:

A= Propostas relativas a repasses financeiros à organização dos serviços da rede privada conveniada.

B = Propostas de repasses financeiros à rede pública do SUS (ampliação de programas e da rede física).

C= Propostas relativas à organização dos serviços da rede pública (UBS).

D = Propostas de capacitação e ampliação da participação.

Nas gestões de partido de direita (1997-2000), tanto no caso de Araraquara quanto no de São Carlos, predominaram no processo decisório as propostas relativas a repasses financeiros aos convênios de prestadores privados com o SUS e/ou credenciamento referente à concessão ou renovação de autorização para que entidades ou

hospitais possam prestar serviços como membros da rede do SUS ou para que, ao ser credenciados, possam ter acesso a recursos públicos para serem aplicados em suas atividades. No caso das duas cidades, os gestores encamparam essas propostas e foram o segmento responsável por apresentá-las aos CMS. No entanto, em Araraquara houve maior número de propostas relativas a repasses financeiros à rede pública do SUS e relativas à organização dos serviços da rede pública (UBS) no CMS do que no CMS São Carlos, no qual foi apresentada apenas uma proposta relativa à rede pública.

No CMS de Araraquara os representantes da sociedade civil dedicaram-se à apresentação de propostas relativas à organização dos serviços da rede pública, como por exemplo, propostas de melhoria do atendimento das UBS, expansão do Programa de Saúde da Família, contratação de mais profissionais para a rede pública. Os resultados do processo de apresentação de propostas no CMS de Araraquara demonstram que a quantidade maior de representantes da sociedade no CMS não foi suficiente para um maior equilíbrio no processo de apresentação de propostas. Tanto em Araraquara quanto em São Carlos, as propostas dos gestores tiveram maior predomínio do que as propostas apresentadas pelos demais conselheiros.

Os números da tabela abaixo indicam mudanças significativas no padrão das propostas apresentadas em relação às gestões anteriores (1997-2000), de partidos políticos de direita.

Tabela 12 Número e natureza das propostas apresentadas nos CMS de Araraquara e São Carlos por Segmento (2001-2004).

Segmento	Araraquara nº (%)				São Carlos nº (%)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Governo	4 (18%)	5 (22%)	----	1 (4%)	7 (22%)	5 (15%)	3 (9%)	7 (22%)
Sociedade Civil		1 (4%)	----	2 (9%)		2 (6%)	4 (12%)	2 (6%)
Prestadores	8 (36%)	----	----	----	2 (6%)	----	----	----
Profissionais da Saúde	----	1 (4%)	----	----	----	----	----	----
Total	12 (54%)	7 (31%)	0	3 (14%)	9 (28%)	7 (22%)	7 (22%)	9 (28%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de São Carlos e Araraquara.

Legenda:

- A= Propostas relativas a repasses financeiros à organização dos serviços da rede privada conveniada.
- B = Propostas de repasses financeiros à rede pública do SUS (ampliação de programas e da rede física).
- C= Propostas relativas à organização dos serviços da rede pública (UBS).
- D = Propostas de capacitação e ampliação da participação.

Em Araraquara houve a diminuição do número de propostas relativas a repasses financeiros ao setor privado, bem como também houve uma diminuição significativa no percentual dessas propostas encampadas pelo gestor. Embora as propostas que visam a alocação de recursos no setor privado continuem sendo majoritárias, com cerca de 54% do total das propostas apresentadas no CMS, percebemos que o gestor do partido de esquerda esteve mais empenhado em apresentar propostas que privilegiassem a rede pública (31%), assim como também os conselheiros representantes da sociedade civil (4%). Nas entrevistas, alguns conselheiros atribuem esse fato à “escolha do gestor de ficar mais neutro nas disputas entre os prestadores e prestar mais atenção na rede pública (...) O Secretário da gestão passada fazia parte da Santa Casa e se tinha uma sensibilidade para os interesses dos prestadores”. (Conselheiro representante da APM – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

Outra mudança percebida na gestão de esquerda diz respeito ao aumento do número de propostas de capacitação e ampliação da participação. É interessante notar no caso do CMS de Araraquara, grande parte dessas propostas foi apresentada por representantes da sociedade civil (9% das propostas apresentadas). Percebemos a partir das entrevistas com alguns conselheiros as razões que explicam essa preocupação com a capacitação:

A gente percebe que a atual gestão parece ser mais comprometida com a participação. A qualidade dos conselheiros do atual Conselho é muito boa. Tem gente comprometida com a saúde, com muita vontade de trabalhar (...) Tivemos muitas dificuldades no exercício do nosso papel enquanto conselheiros, mas acredito que a atual Secretária foi muito aberta às nossas sugestões de capacitação e deu muitos incentivos através de cursos de capacitação, workshops, etc. (Conselheira representante da ABEN – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

O comprometimento do gestor de partido de esquerda com a participação, conforme a afirmação anterior da conselheira, parece ter sido fundamental para que as propostas relativas à capacitação e ampliação da participação fossem levadas adiante. Esta iniciativa afetou também a capacidade propositiva da sociedade civil no CMS. No caso do CMS/São Carlos também verificamos mudanças que se aproximam dos resultados encontrados na experiência de Araraquara.

Como já destacamos anteriormente, as reuniões do CMS/São Carlos na gestão de 1997-2000 não aconteciam regularmente e por isso muitas propostas, relativas tanto à destinação de recursos ao setor privado quanto as relativas à organização da rede pública, não passaram pelo crivo do Conselho. Esse quadro mudou a partir da gestão de esquerda (2001-2004) quando as propostas deixaram de ser decididas à margem do Conselho.

Embora o gestor tenha sido responsável pela apresentação da maioria das propostas relativas aos repasses financeiros para o setor privado, houve uma maior distribuição equilibrada entre essas propostas e as que dizem respeito à organização da rede pública e à capacitação e ampliação da participação do que na gestão de direita (1997-2000).

De acordo com os depoimentos de alguns conselheiros, a orientação política do gestor de esquerda, favorável e incentivadora da participação contribuiu para uma atuação mais qualificada dos conselheiros no processo decisório.

A Secretária propôs cursos de capacitação e nós fizemos e isso nos ajudou bastante tanto a aprender a elaborar propostas quanto a entender um pouco mais sobre os projetos e programas apresentados pela Secretaria de Saúde. Sem dúvida nenhuma, os cursos de capacitação da UFSCar ajudaram a gente se preparar melhor para participação nas decisões do Conselho. (Conselheira representante da EAPA – CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

e) Assuntos sobre os quais mais se delibera.

A partir da observação dos números de propostas apresentadas nos diferentes períodos e gestões das duas cidades, podemos perceber que os gestores de partidos de direita, do período de 1997-2000, estiveram mais empenhados em apresentar propostas que beneficiassem o setor privado, manifestando-se menos comprometidos com as propostas relativas à melhoria da rede pública. Ao passo que os gestores de partidos de esquerda do período 2001-2004 foram responsáveis por maior equilíbrio na distribuição de propostas, demonstrando preferência por propostas que visaram a capacitação e ampliação da participação e a melhoria dos serviços da rede pública.

O levantamento dos assuntos sobre os quais mais se delibera nos CMS de Araraquara e São Carlos permitiu-nos constatar e fundamentar melhor essas afirmações.

Pelos dados extraídos da consulta às atas de reunião dos CMS podemos classificar os assuntos sobre os quais mais os conselhos deliberam em: estrutura de participação (comissão); capacitação; finanças; elaboração e discussão de políticas; elaboração e discussão de programas; contratos e convênios; credenciamento; assuntos polêmicos (denúncias e irregularidades); e outros de menor relevância.

Tabela 13 Assuntos sobre os quais mais se delibera nos CMS de Araraquara e São Carlos

Assuntos	Araraquara nº e (%)		São Carlos nº e (%)	
	1997-2000	2001-2004	1997-2000	2001-2004
Estrutura de participação (comissão)	1 (2%)	7 (11%)	0 (0%)	5 (11%)
Capacitação	0 (0%)	3 (5%)	0 (0%)	3 (6%)
Elaboração e discussão de políticas	3 (6%)	7 (11%)	1 (25%)	11 (23%)
Elaboração e discussão de programas	8 (16%)	13 (20%)	0 (0%)	7 (15%)
Contratos e Convênios	11 (22%)	6 (9%)	1 (25%)	5 (11%)
Credenciamento	15 (31%)	12 (18%)	2 (50%)	7 (15%)
Assuntos polêmicos (denúncias e irregularidades)	5 (10%)	8 (12%)	1 (25%)	4 (8%)
Outros de menor relevância	6 (12%)	9 (14%)	0 (0%)	5 (11%)
Total	49 (100%)	65 (100%)	4 (100%)	47 (100%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de Araraquara e São Carlos.

Pelos dados acima podemos ver que o CMS/São Carlos na gestão do partido de direita (1997-2000) apresentou baixa capacidade de deliberação devido às razões já mencionadas. Na gestão de partido de esquerda (2001-2004) o Conselho dedicou-se a discutir, majoritariamente, assuntos relacionados à elaboração e discussão de políticas.

Também é notável o aumento no número de propostas apresentadas para a capacitação e ampliação da participação.

As gestões de direita (1997-2000) apresentaram-se menos empenhadas em estimular e incentivar a participação, conforme podemos perceber nos dados sobre as intervenções nos CMS. Nestas gestões, os Conselhos parecem ter atuado mais no sentido de homologar as propostas e decisões do gestor do que exercerem efetivamente o seu papel de participar da gestão da política de saúde.

Mesmo no caso do CMS/Araraquara, onde o gestor cumpriu a exigência legal de realização de reuniões mensais e apesar do Conselho contar com uma ampla representação societária, o sentimento de pouco poder influenciar afetou negativamente a capacidade propositiva dos conselheiros representantes da sociedade civil no CMS. Este fato transpareceu na maioria das respostas às questões de nossa entrevista, sentimento identificado principalmente por meio das falas dos conselheiros da sociedade civil.

Parece que o Conselho só tinha para discutir assuntos da Santa Casa e da Beneficência (...) E mesmo assim, o Secretário abria as reuniões e depois se retirava para outros compromissos e deixava em seu lugar um funcionário da Secretaria que havia caído de pára-quadras na reunião. (Conselheiro representante da APM – CMS/Araraquara – gestão – 1997-2000).

Os dados indicam que em Araraquara o gestor de esquerda mostrou-se mais empenhado na indução do Conselho à deliberação e intervenção nos assuntos relacionados à política de saúde. O depoimento da conselheira representante da APAE revela que o gestor de direita esteve mais envolvido com os contratos e convênios com o setor privado, sendo mais vulnerável aos interesses particulares.

“O Conselho nesse período só discutia Santa Casa e Beneficência. Era muita luta de peixe grande, quem predominava eram os prestadores. E acho que o Secretário errou muito em ceder muito pra eles. Na gestão atual houve mais incentivos à participação só que com mais discussões e os assuntos foram mais polêmicos. (...) A Secretária atual sofreu muita pressão dos prestadores mas foi mais firme envolvendo mais o Conselho nos embates com eles (...) Tivemos até um curso sobre o papel dos conselheiros no CMS” (Conselheira representante da APAE – CMS-Araraquara – gestão 1997-2000).

f) Tipo de deliberação:

A análise da qualidade da deliberação nos auxilia a visualizar melhor a constatação anterior. A qualidade da deliberação dos CMS pode ser avaliada em termos do tipo predominante de decisão (tabela 14) (Perissinotto, 2004). A prevalência de modalidades “fracas” (encaminhamentos e moções 62% e 50%, em Araraquara e São Carlos, respectivamente) e intermediárias (aprovação, 29% e 20%, em Araraquara e São Carlos, respectivamente), restando apenas um número reduzido de prestação de contas (12% e 20% para Araraquara e São Carlos, respectivamente) e nenhuma resolução nas duas cidades, parece indicar que os CMS nas gestões do período de 1997-2000 foram fracos em termos de deliberações.

Os tipos de decisões variam de acordo com o seu impacto sobre a gestão. Por exemplo, as moções e os encaminhamentos são considerados uma modalidade fraca porque não interferem nos procedimentos da gestão. As aprovações de propostas são consideradas intermediárias porque interfere na rotina da gestão da política de saúde. E a prestação de contas e as resoluções são consideradas fortes devido às mudanças que podem causar à rotina do gestor se forem constatadas irregularidades, por exemplo, na prestação de contas,

ou se for uma deliberação que vise a mudança em algum programa de saúde (Perissinotto, 2004).

Tabela 14 Tipo de Deliberação dos CMS de Araraquara e São Carlos.

Deliberação	Araraquara nº e (%)		São Carlos nº e (%)	
	1997-2000	2001-2004	1997-2000	2001-2004
Moção	3 (7%)	5 (7%)	0 (0)	1 (2%)
Aprovação ²	15 (36%)	37 (54%)	2 (20%)	26 (49%)
Resolução	0 (0)	1 (1%)	0 (0)	1 (2%)
Prestação de contas	6 (15%)	12 (18%)	2 (20%)	10 (19%)
Encaminhamentos	17 (41%)	13 (19%)	3 (30%)	15 (28%)
Total	41 (100%)	68 (100%)	10 (100%)	53 (100%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de Araraquara e São Carlos

Nas gestões de esquerda, do período de 2001-2004, identificamos a maior prevalência de modalidades intermediárias e fortes em relação às gestões de direita. Podemos perceber que nas gestões de esquerda, as modalidades intermediárias e fortes (aprovação, resolução e prestação de contas, 73% e 70% em Araraquara e São Carlos), mostraram-se predominantes como tipos de deliberações nos CMS das duas cidades, indicando que os CMS foram Conselhos fortes no debate e em termos de deliberações.

Quando agregamos os dados referentes à participação em manifestações de contestação, ficam mais evidentes as mudanças no padrão de atuação dos CMS de uma gestão para outra. É importante sabermos se os assuntos sobre os quais mais se delibera nos Conselhos são precedidos de debate, discordância, questionamentos, reclamações e

² A aprovação é uma categoria, que se refere a todas as decisões tomadas pelo conselho que não são nem de ordem meramente formal (como os encaminhamentos e as moções), nem de ordem marcadamente substantiva, como as resoluções e a prestação de contas. De certa forma, a aprovação corresponde: ao processo de escolha de representantes para atuar junto a um órgão; aprovar uma determinada proposta de organização da Conferência Municipal de Saúde, aprovar alguma proposta de formação de comissão, etc).

reivindicações, porque isso demonstra a natureza da participação e do engajamento dos conselheiros na discussão sobre as propostas apresentadas no processo decisório (Perissinoto, 2004:16).

A qualidade da participação nos CMS está diretamente relacionada ao grau de contestação pública exercido por seus conselheiros, ou seja, o exercício da crítica, do questionamento e até da discordância dos assuntos e propostas debatidos nos Conselhos. Os Conselhos são mais ou menos democráticos quando fornecem condições para o desenvolvimento do debate substantivo em torno de questões fundamentais do seu campo de atuação. Nessa perspectiva, avaliamos a natureza das manifestações de contestação por segmento nas reuniões dos CMS de Araraquara e São Carlos para sabermos se essas instituições funcionaram como um espaço de debate e participação sobre a política de saúde. As intervenções dos conselheiros nos debates dos CMS foram captadas por meio dos discursos registrados nas atas de reuniões.

As manifestações de contestação são aqui apresentadas da seguinte forma: a) discordâncias: de aumento de gastos, não concordância com qualquer com propostas e assuntos de qualquer natureza; b) questionamentos: perguntas, dúvidas sobre gastos, problematização de alguma proposta que contenha clareza nas informações; c) reclamações: denúncias de atendimento precário, tratamento não igualitário entre pacientes SUS e pacientes particulares nos hospitais conveniados, etc; d) reivindicações: solicitações e pedidos de diversas natureza, por exemplo, pedidos de melhoria no atendimento das UBS.

Tabela 15 Manifestação de contestação por segmento nas reuniões do CMS – Araraquara.

Segmento	Nº de contestações nas reuniões por gestão (%)							
	1997-2000				2001-2004			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Governo	0 (0)	0 (0)	2 (11%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sociedade Civil	0 (0)	0 (0)	1 (9%)	3 (27%)	3 (5%)	23 (38)	24 (40%)	4 (6%)
Prestadores	0 (0)	0 (0)	2 (11%)	1 (9%)	0 (0)	2 (3%)	2 (3%)	0 (0)
Profissionais da Saúde	0(0)	0 (0)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0)	3 (5%)	1 (16%)	3(5%)
Total	0 (0)	0 (0)	6 (54%)	5 (45%)	3 (5%)	23 (38%)	27 (45%)	7 (12%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de Araraquara.

Legenda:

A= Discordância

B= Questionamentos

C= Reclamações

D= Reivindicações

Os dados da tabela 15 indicam que em Araraquara a maioria das intervenções dos segmentos dos prestadores e da sociedade civil constituiu-se em reclamações pontuais direcionadas à conduta e ao procedimento do gestor ou à organização dos serviços. Os representantes dos prestadores reclamaram muitas vezes da falta de verbas e pagamentos extra-teto financeiros de serviços privados prestados ao SUS. Já os representantes da sociedade civil fizeram reclamações sobre o funcionamento precário de postos de saúde, mau atendimento nos hospitais, demora na marcação de consultas, etc.

O fato importante a destacar é que em nenhum dos casos acima apresentados, encontramos qualquer registro em ata de resposta por parte do gestor às reclamações e discordâncias. O gestor comprometia-se publicamente em trazer respostas para a próxima reunião mas nunca chegou a apresenta-las concretamente, ou então, estimular a criação de comissões de estudos e análise dos casos.

Perguntamos aos conselheiros nas entrevistas se acreditavam ter influenciado na condução da política de saúde. A maioria dos conselheiros da gestão de direita (1997-2000) afirmou ter influenciado muito pouco a discussão sobre a elaboração da política e dos programas do CMS/Araraquara. O trecho a seguir nos ajuda a demonstrar a ausência de debates, discussões e intervenções mais qualificadas no Conselho, neste período:

Eu acho que meu segmento interferiu muito pouco na política de saúde e de uma forma geral, acho que todos os outros também, principalmente os conselheiros dos usuários. Os conselheiros questionavam muito pouco a relação do poder público com os prestadores. No máximo, os usuários conseguiam apenas fazer reclamações do descaso de alguns funcionários e do mau atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (...) Eu penso que a falta de providências da parte da Secretaria desanimava um pouco os conselheiros porque no fundo todos se perguntavam: para que discutir tanto se nada acontece depois. (Conselheira representante da APAE – CMS/Araraquara – gestão 1997-2000).

O descompromisso do gestor com o fomento do debate e de discussões no CMS parece ter atuado como um desincentivo à participação dos conselheiros, os quais se limitaram apenas a fazer reclamações pontuais. Esse fato mostra, no caso de Araraquara, que a quantidade de representantes de sociedade no Conselho, não foi suficiente para uma participação mais qualificada dos conselheiros nos debates.

Na gestão de esquerda (2001-2004) houve um aumento substantivo no número de intervenções da sociedade civil, influenciado fortemente pelos incentivos promovidos pelo gestor. Além dos dados encontrados nas atas, essa afirmação pôde ser verificada na resposta abaixo de um dos conselheiros entrevistados:

A Secretária instigava bastante a discussão no Conselho. Nada passava sem antes ser muito bem conversado e discutido com os conselheiros. Algumas vezes, quando se tinha muita urgência, a Secretária acabava direcionando a discussão e

fechando para não perder muito tempo. De uma maneira geral, acho que a mudança na postura e na condução das discussões no Conselho serviu de incentivo para os conselheiros participar mais das discussões, seja questionando ou discordando e não apenas pedindo e reclamando. (Conselheira representante da APCD – CMS/Araraquara; gestões (1997-2000) e (2001-2004).

Os dados da tabela 15 confirmam a afirmação anterior da conselheira representante da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – APCD - de que na gestão de esquerda os representantes da sociedade participaram de forma mais qualificada, apresentando questionamentos sobre contratos e convênios com o setor privado, programas e políticas de saúde, prestação de contas, etc., e discordando de informações pouco claras, de posturas incoerentes do gestor, do desrespeito às deliberações e ao papel do Conselho. Porém, o trecho acima da entrevista demonstra que, ao lado do incentivo da gestão de esquerda à participação, houve revezes e práticas contraditórias, como a votação às pressas de propostas consideradas urgentes, sem que o CMS tenha estudado e discutido o conteúdo dessas propostas.

Tabela 16 Manifestação de contestação por segmento nas reuniões do CMS – São Carlos.

Segmento	Nº de contestações nas reuniões por gestão (%)							
	1997-2000				2001-2004			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Governo	0 (0)	0 (0)	1 (16%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sociedade Civil	0 (0)	0 (0)	3 (50%)	1 (16%)	8 (10)	16 (20%)	21 (26%)	23 (29%)
Prestadores	0 (0)	0 (0)	1 (16%)	0 (0)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	3 (4%)	2 (2,5%)
Profissionais da Saúde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (6%)	0 (0)	0 (0)	0
Total	0 (0)	0 (0)	5 (83%)	1 (16%)	15 (19%)	16 (20%)	24 (30%)	25 (31%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de São Carlos

Legenda:

A=Discordância

B= Questionamentos

C= Reclamações

D= Reivindicações

Ao analisarmos os dados referentes ao número de intervenções dos conselheiros no CMS/São Carlos (tabela 16) verificamos que os representantes da sociedade civil, diferentemente da gestão 97-00, participaram ativamente dos debates em torno das propostas e assuntos do Conselho, na gestão de esquerda, do segundo período (2001-2004), questionando muitas vezes a ausência de exigência de contrapartida na destinação de recursos públicos para os convênios com os prestadores privados; reivindicando melhorias no atendimento dos serviços hospitalares conveniados e no atendimento das Unidades Básicas de Saúde, etc.

Também identificamos por meio das entrevistas com os conselheiros que a postura mais aberta ao diálogo do gestor de partido de esquerda traduziu-se em um incentivo para a sociedade civil intervir de forma mais intensa na condução dos debates do Conselho. Porém, esse incentivo à participação desempenhou uma função com dupla significação: por vezes, o gestor criou regras de funcionamento que possibilitaram a ampla

participação de todos os atores na dinâmica de discussão e deliberação do Conselho, evitando, por exemplo, que o debate de assuntos relevantes ficasse concentrado nas mãos de um único ator; em outros momentos, a extensão da participação assume um caráter contraditório porque limita-se a ratificar decisões previamente tomadas pelo próprio gestor. O trecho da entrevista abaixo com um conselheiro evidencia o caráter da extensão regulada da participação, muitas vezes praticada pelos gestores de esquerda.

A intenção da Secretária era muito contraditória. Alguns temas polêmicos o governo tinha interesse de provocar a discussão e envolver o Conselho. Outros que podiam prejudicar a sua política de boa vizinhança com entidades e prestadores, tentavam passar despercebida sem a discussão necessária no Conselho. (...) Acredito que havia participação, mas uma participação muitas vezes regulada. Até onde lhe interessava, o Governo incentivava e abria para a participação e onde essa participação poderia gerar muito conflito e prejudicar sua imagem, ele a regulava. (Conselheira representante da ABEN – CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

A conselheira da Associação Brasileira de Enfermagem de São Carlos (ABEN) utilizou o termo *participação regulada* para caracterizar as práticas desenvolvidas pela gestão de esquerda, no funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Essa afirmação não denota em absoluto a ausência de avanços da participação neste período, mas indica que esta não aconteceu sem perturbações e constrangimentos, e muito menos sem conflitos entre as posições muitas vezes defendidas pelo gestor e as manifestações contrárias a elas de conselheiros representantes da sociedade civil.

A participação regulada implica numa tentativa por parte do governo de ampliar os canais e mecanismos de participação nos CMS e ao mesmo tempo utilizá-los como instrumentos de controle sobre os possíveis resultados indesejáveis que a participação possa

trazer ao governo. Podemos citar o caso das comissões, um mecanismo muito incentivado e praticado nas gestões de esquerda; esses gestores incentivavam a criação das comissões, principalmente, quando se deparavam com assuntos polêmicos e de conflito aberto com prestadores privados. Já em outros momentos, como em questões relativas às denúncias de irregularidades praticadas pelo próprio gestor, este tentava de alguma forma evitar o quanto podia a criação de comissões, e quando não o conseguia, buscava sempre uma maneira de dificultar o trabalho destas comissões e controlar os resultados das averiguações dos casos.

De uma maneira geral, nossos resultados apontam para uma correlação positiva e significativa entre a presença de gestores comprometidos com a participação (gestões de partidos políticos de esquerda) e a adoção de procedimentos, mecanismos institucionais e condutas mais inclusivas e favoráveis à participação, sugerindo que a atuação destes gestores tem sido decisiva para democratizar, ao menos em parte, o processo decisório e fiscalizatório dos Conselhos.

No entanto, esses resultados não devem obscurecer o fato de essas inovações estarem ainda limitadas quase que somente a procedimentos que possuem pouca incidência sobre a alocação de recursos públicos no setor prestador de serviços privados. Isso se deve à grande dependência dos governos locais em relação aos prestadores privados e ao consenso prevalecente na sociedade de que os serviços contratados pelo SUS são um “mal necessário” para a resolução do déficit dos serviços estatais.

Essa dependência pressiona os gestores comprometidos com a participação a ter, em muitas situações, uma atuação contraditória e incoerente com os princípios norteadores do seu projeto participativo e democratizante. Essa incoerência ocorre quando o gestor faz concessões aos prestadores privados de serviços na disputa pelo direcionamento de recursos públicos para os projetos de seu interesse. Nesse contexto,

identificamos o desrespeito aos CMS quando, em algumas situações, os gestores de partidos políticos de esquerda não submeteram à apreciação dos conselheiros, ou o fizeram de maneira precária, propostas sobre destinação de verbas para o setor privado, intervenção na direção de hospitais conveniados com o SUS, processo de licitação para compra de equipamentos e medicamentos, etc.

Vejamos a seguir como esses conflitos e contradições interferiram no processo de controle social nos CMS de Araraquara e São Carlos, enfocando a análise na prestação de contas das SMS aos Conselhos; na aprovação de convênios e contratos com prestadores privados; e quais as medidas de acompanhamento da alocação dos recursos públicos na rede pública e na prestação privada de serviços.

3.2 Análise do controle social sobre os Fundos Municipais de Saúde nos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos.

Analisamos o exercício do controle social nos Conselhos de Saúde das cidades estudadas por meio do estudo de como ocorreu o acompanhamento da movimentação financeira dos Fundos Municipais de Saúde (FMS). Desejamos compreender quais foram as formas de acompanhamento e controle social sobre os Fundos e como ocorreu a prestação de contas sobre a aplicação dos recursos públicos na rede pública e nos convênios entre as Secretarias de Saúde e os prestadores privados de saúde. Neste sentido, identificamos se houve resistências ou não dos gestores de diferentes orientações político-ideológicas dos diferentes períodos analisados ao processo de fiscalização e acompanhamento do gasto público na saúde dos dois municípios.

No que se refere ao Fundo de Saúde – conta única para onde fluem todos os recursos para a saúde – a recomendação legal é clara: a auditoria e controle são feitos pelo

Conselho de Saúde. Outros relatórios de gestão, referentes aos planos e metas alcançados, também estão previstos e devem ser acompanhados e analisados pelos Conselhos.

O grande desafio continua sendo o cumprimento da fiscalização sobre as atribuições da gestão da política de saúde. Essas atribuições dos CMS constituem-se na fiscalização sobre a seqüência de ações burocráticas, técnicas e financeiras e que condicionam os investimentos em construções, compra de equipamentos, materiais de consumo, folha de pagamento dos profissionais de saúde ou contratação de serviços privados. Ou seja, todo o emaranhado bastante complexo de iniciativas necessário para tirar o orçamento do papel e gerar um resultado.

a) Fiscalização sobre a prestação de contas da movimentação financeira dos FMS pelos CMS.

Apresentamos aqui, os resultados da análise da forma como os CMS de Araraquara e São Carlos acompanharam a prestação de contas da movimentação financeira dos seus respectivos FMS. A partir do levantamento das prestações de contas classificamos a forma como a prestação de contas foi processada pelos CMS nas diferentes gestões em: aprovadas sem discussão, discordância ou questionamento; aprovadas com discussão, discordância e questionamentos; e reprovadas. Esses resultados apontam para as possibilidades e limitações do controle social sobre os recursos da saúde nesses municípios.

A análise foi feita por meio de consultas às atas das reuniões e de entrevistas com os conselheiros, nas quais foi analisada a forma de processamento da prestação de contas das SMS aos conselheiros e também, quais as medidas tomadas pelos conselheiros quando constatadas irregularidades..

Em Araraquara, a forma de aprovação da prestação das contas trimestrais apresentou grandes modificações na mudança da gestão de partido de direita, do período de 1997-2000 para a gestão de partido de esquerda, do período de 2001-2004, em Araraquara. Não há registro em ata de discussão, discordância ou questionamento por parte dos conselheiros com relação a prestação de contas. Delas foram aprovadas sem discussão 71,5% e esta parece ter sido a modalidade prevalecente na gestão de direita, conforme indicam os números da tabela 17. Também verificamos que a prestação de contas trimestrais nesta gestão não aconteceu regularmente, conforme prevê a legislação.

Já na gestão de esquerda (2001-2004), há registros de que a aprovação das contas ocorreu com discussões, discordância e questionamentos por parte dos conselheiros (75% das prestações de contas aprovadas com discussão, discordâncias e questionamentos, de acordo com a tabela 17), indicando uma presença mais ativa dos conselhos no controle sobre a movimentação financeira do FMS.

Tabela. 17. Análise da prestação de contas por gestão (Araraquara).

Prestação de contas	Nº e (%)	
	1997-2000	2001-2004
<i>Aprovadas sem discussão, discordância ou questionamento</i>	5 (71,5%)	3 (25%)
<i>Aprovadas com discussão, discordâncias e questionamentos,</i>	2 (28,5%)	9 (75%)
<i>Reprovadas</i>	0 (0)	0 (0)
<i>Total</i>	7 (100%)	12 (100%)

Fonte: Atas de reuniões do CMS-Araraquara.

A mudança, de uma gestão para outra, na forma de apresentação da prestação de contas também pôde ser constatada pelo número de comissões de acompanhamento criadas pelos gestores de esquerda, em Araraquara. Na gestão de direita, do período de

1997-2000, não há indícios de criação de nenhum tipo de comissão ou mecanismo que garantisse o acompanhamento direto dos conselheiros na verificação dos gastos executados pela SMS. Ao passo que nas gestões de esquerda (2001-2004), foram criadas quatro comissões fiscais para que os conselheiros pudessem auditar os comprovantes das despesas da SMS.

No caso do CMS/São Carlos, na gestão de direita, do período de 1997-2000, os conselheiros tiveram pouquíssimas oportunidades de exercer efetivamente o controle social sobre a prestação de contas da SMS, devido à irregularidade na frequência de reuniões. As poucas apresentações de contas ao CMS, neste período, foram aprovadas sem qualquer manifestação de discussão, discordância ou questionamento por parte dos conselheiros.

Tabela 18. Análise da prestação de contas por gestão (São Carlos).

Prestação de contas	%	
	1997-2000	2001-2004
<i>Aprovadas sem discussão, discordância ou questionamento</i>	2 (100%)	6 (43%)
<i>Aprovadas com discussão, discordâncias e questionamentos,</i>	0	8 (57%)
<i>Reprovadas</i>	0	0
Total	2 (100%)	14 (100%)

Fonte: Atas de reunião – CMS- São Carlos.

A partir da gestão de esquerda (2001-2004), aconteceram mudanças significativas na forma de aprovação da prestação de contas do gestor, onde 57% das aprovações ocorreram em meio a discussões, questionamentos e algumas vezes manifestações de discordâncias de alguns conselheiros sobre determinados gastos realizados pela SMS/São Carlos. Há diversos registros nas atas de reuniões de questionamentos e discordâncias, principalmente com relação ao aumento nas despesas de

pessoal, pagamento extra-teto para a Santa Casa e aumento nos gastos com medicamentos. (Atas dos dias 09 de abril, 06 de julho, 14 de novembro de 2002).

Os indícios de que houve uma ampliação das oportunidades de controle social sobre o FMS nas gestões de esquerda são confirmados pela percepção da maioria dos conselheiros dos CMS de Araraquara e de São Carlos. Ao perguntarmos à conselheira representante da APAE do CMS/Araraquara, se ela acreditava que o Conselho cumpria o seu papel de controle e fiscalização do FMS, obtivemos a seguinte resposta:

Acho que o Conselho na gestão do Dr. Anuar cumpriu menos o papel de controle do que na atual gestão. Não porque não era vontade da gestão passada de que isto acontecesse, mas porque o Conselho não dispunha de meios para isso. Com a gestão da atual Secretária acho que os conselheiros tiveram mais espaço para participar e acompanhar de perto desde a prestação de contas até a elaboração do orçamento, graças à criação das comissões. (Conselheira representante da APAE – CMS/Araraquara – Gestões 1997-2000 e 2001-2004).

A mesma avaliação encontra-se na percepção de um dos conselheiros dos usuários SUS, representante da Associação de Moradores do Bairro Santa Angelina, em Araraquara:

A partir da gestão da Secretária Eliana, nós passamos a ter acesso às contas da SMS. O Conselho passou mexer na caixa preta da Secretaria e nós pudemos entender melhor cada um dos gastos (...) em relação ao acesso, está tudo à disposição, eu me preocupo muito com a prestação de contas, onde a gente sabe que pode não estar 100%. (...) Pelo menos aparentemente, vem funcionando, e se tem acesso a qualquer conta aqui. Acho que a prestação de contas melhorou bastante, embora ainda temos muito no que avançar, principalmente para deixar os balancetes mais fácil da gente entender. (Conselheiro representante da Associação de Moradores do Bairro Santa Angelina – CMS/Araraquara – Gestões: 1997-2000 e 2001-2004).

Na gestão do partido de direita (97-00), houve uma denúncia feita por conselheiro da DIR de favorecimento da Benemed e de médicos ligados ao hospital. Mediante tal denúncia, a estratégia utilizada pelo gestor foi a de solicitar a averiguação por parte de funcionários e técnicos da Secretaria (Ata do dia 07/07/98). Tal fato demonstra uma das estratégias mais utilizadas por este gestor: o não envolvimento do Conselho na investigação de casos de irregularidade. Nas atas de reunião e nas entrevistas com os conselheiros não houve registro ou menção a qualquer resultado ou manifestação por parte do Conselho e da Secretaria de Saúde. Caso similar a este aconteceu com a formação de uma comissão para a realização de uma visita na Maternidade Gota de Leite. Esta comissão foi composta por médicos ligados ao Secretário, funcionários da Secretaria e dois membros do Conselho, representantes da categoria médica (Ata de reunião do dia 12/08/98).

Também há registros de queixas e reclamações sobre o atendimento dispensado pelo serviço de Hemodinâmica da Santa Casa na ata do dia 09/09/98. Um aspecto importante a ser identificado, nestes casos, é o descaso e a despreocupação do gestor com uma fiscalização e averiguação ampliada das irregularidades apresentadas pelos conselheiros. As estratégias mais recorrentes para a neutralização das demandas dos conselheiros foram: a formação de comissões sem representação paritária de conselheiros (como já destacamos anteriormente), a prorrogação das investigações “sempre para a próxima reunião”, ausência de resultados efetivos e retornos satisfatórios para os conselheiros.

Outro episódio emblemático da presença de procedimentos unilaterais da Secretaria de Saúde de Araraquara encontra-se no caso dos incentivos aos hospitais conveniados para as áreas de maternidade e de cirurgias eletivas (ata de reunião do dia

15/04/98). Houve pressão por parte dos representantes da classe médica para que acontecesse o debate com o Conselho, entretanto, o gestor decidiu unilateralmente o aumento na destinação de verbas para estas instituições, justificando que esta era uma decisão que caberia à Secretaria de Saúde tomar juntamente com os seus técnicos, devido a dimensão técnico-contábil, ou seja, o “cálculo e avaliação do custo operacional da modificação nos valores de tais serviços”.

A partir destes casos, percebemos que o gestor do referido período utilizou-se largamente de mecanismos e estratégias discursivas que aparecem como obstrutores do diálogo acerca dos problemas apresentados pelos conselheiros nos CMS. Expressões do jargão técnico, administrativo e político, como por exemplo, a expressão “cálculo e avaliação do custo operacional da modificação dos valores de tais serviços”. Tais discursos demonstram o uso da linguagem técnica como um ardil que fecha as possibilidades de interlocução democrática, truncando o diálogo.

Diante de um técnico competente, dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista, pois como lembra Chauí (1993:11) “a condição para o prestígio e para a eficácia da competência como discurso do conhecimento depende da afirmação tácita e da aceitação tácita da incompetência dos homens enquanto sujeitos sociais e políticos”.

Isso fica evidente nos registros dos conselhos, quando, em quase todos os momentos de fala dos usuários registrados em ata, havia dois tipos de respostas (a) não havia interlocução (pelo menos registrada) em relação ao que era por eles colocado, (b) respostas que utilizam fortemente o jargão técnico-científico ou político-administrativo, de modo que é o próprio discurso competente que coloca o outro no lugar do silêncio.

Entendemos que tanto a participação quanto o controle social se fazem mediante determinado tempo para tomada de decisões, necessário para que todos fiquem cientes e optem por uma ou por outra proposta. Nas reuniões parecia haver tensão entre o tempo necessário para eleger uma proposta, e a solicitada e constante urgência (eficácia) para tomada de decisões, principalmente por parte do segmento governamental. Por isso, o gestor e parte do corpo de funcionários e profissionais ligados à saúde fazem esclarecimentos que se valem de uma explicação apoiada na questão político-administrativa, de difícil compreensão, e se utilizam de termos com um apelo de fundo emocional, como “benefícios para as áreas sociais, perfil da comunidade, população desassistida, voto de confiança”, para persuadir e mobilizar os conselheiros para a adesão de propostas de seu interesse. Mediante esta linguagem e especificamente determinados termos contundentes, carregados de sentido ideológico, se conseguia o consentimento dos conselheiros.

O jargão técnico junto com a “urgência em cumprir os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde”, foi inúmeras vezes utilizados para silenciar o conselho e se deu por várias vezes na apreciação das contas do Fundo Municipal de Saúde. No momento em que as contas passavam pelo conselho, sempre havia uma solicitação de urgência devido aos prazos governamentais e era então solicitado um voto de confiança dos conselheiros em relação às contas para que fossem aprovadas imediatamente, sem que, de fato, fossem verificadas adequadamente.

Se levarmos em conta, ainda , que além de Secretário de Saúde do Município, o presidente destes Conselhos em muitos casos é médico (como no caso estudado), isso poderia aumentar ainda mais esse monólogo do governo com os demais participantes, pois se considerarmos o lugar de autoridade que ocupa esse profissional, sua fala tende a soar

como a palavra final, em muitos assuntos para os quais seria necessário o diálogo. O uso de termos técnicos, em grande parte do jargão administrativo da área da saúde, tem aqui um uso ideológico e faz parte da competência do discurso. Competência criada para fazer com que falem alguns e com que se caleem outros.

Quando perguntamos aos conselheiros se houve algum tipo de dificuldade do Conselho para o cumprimento do seu papel de fiscalização sobre o FMS, constatamos que há um consenso entre os conselheiros de que a linguagem pouco acessível das tabelas e dos demonstrativos financeiros constituíram-se no principal obstáculo para a concretização do controle social, tanto na gestão do período de 1997-2000 quanto na gestão de esquerda (2001-2004).

Da prestação de contas aos recibos, sempre fica alguma coisa, se você for aprofundar fica difícil (...) A gente vê por aí essas prefeituras apresentarem tudo bonitinho e você sabe que, por baixo... Espero que aqui não tenha acontecido isto, mas fica difícil da gente acompanhar porque a gente não tem condições de entender todos os números apresentados pelo Secretário. (Conselheiro representante da Associação de Moradores do Bairro dos Machados – CMS/Araraquara - Gestões: 1997-2000 e 2001-2004).

Mesmo com todo o apoio que a Secretária Eliana nos deu nas comissões às vezes fica difícil de entender os dados técnicos da planilha de gastos. Foi aí que nós tivemos a idéia de prestar as contas de maneira diferente. Em uma coluna colocamos a receita, e a despesa em outra. Essa forma a gente aprendeu com um técnico da prefeitura que achamos mais viável (...) Sem dúvida, as comissões foram muito importantes para que o Conselho melhorasse muito o acompanhamento da prestação de contas. (Conselheiro representante do SindSaúde – CMS/Araraquara – Gestão 2001-2004).

Nas gestões do período de 2001-2004 de Araraquara e São Carlos percebemos algumas dificuldades também relacionadas ao problema da larga utilização do jargão técnico-contábil da área de saúde. Esta dificuldade se expressou logo nos primeiros anos das gestões, especificamente no processo de prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde. Por meio da consulta às atas de reunião identificamos vários registros de reclamações e descontentamentos por parte dos conselheiros das categorias médica e da enfermagem. Eles apontaram a falta de tempo para análise e as dificuldades com os termos técnicos da contabilidade da saúde e a grande quantidade de informações como os principais obstrutores de uma participação ampliada.

A postura mais aberta dos Secretários de Saúde, deste período, mediante tais dificuldades, influenciou positivamente a adoção de um método de prestação de contas mais acessível aos conselheiros: a presença de técnicos das Secretarias para prestar contas e esclarecimentos sobre a aplicação dos recursos dos respectivos Fundos Municipais de Saúde, nas reuniões dos CMS a convite dos gestores (Depoimento de conselheiro representante da APM/ São Carlos – gestão 2001-2004).

Tal procedimento possibilitou um contato direto com os responsáveis pela organização e gerenciamento das informações contábeis dos respectivos Fundos Municipais de Saúde. A avaliação de conselheiros de Araraquara e de São Carlos retrata os benefícios trazidos por esta prática:

“Antes ficava mais difícil da gente entender todas aquelas tabelas e informações de contabilidade. Eu participei da gestão anterior, e a gente percebia que tinha gente, contadores, médicos, enfim, gente da área que também tinha dificuldade em entender tudo aquilo. Agora ficou mais fácil, a gente ainda tem dificuldades mas temos a oportunidade de esclarecermos nossas dúvidas com os técnicos da Secretaria.”

(Depoimento de conselheiro representante de Usuários do CMS/Araraquara – gestões de 1997-200 e 2001-2004).

É interessante notar na fala acima do conselheiro como a dificuldade de compreensão da prestação de contas na gestão de 1997-2000, quando o procedimento inexistia, estendia-se à conselheiros com formação técnica na área, como no caso de conselheiros com formação em contabilidade.

Em São Carlos, onde o mesmo procedimento também foi utilizado na prestação de contas, a avaliação do conselheiro representante de usuário indica a melhoria neste processo:

“A inovação foi dar espaço para os conselheiros interagirem diretamente com os técnicos da Secretaria (...) Sem dúvidas é um aprendizado muito difícil, mas necessário, de tradução daqueles termos técnicos que somente quem trabalha na área conhece. Esta proximidade com quem elabora as contas a ser apresentadas no CMS provoca uma maior transparência e maior diálogo entre Secretaria e conselheiros, abrindo espaço para uma maior fiscalização do dinheiro da saúde” (Depoimento de conselheiro representante de usuário – CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

Nos conselhos, é fundamental que o tempo não seja um fator impeditivo para a realização de reuniões, ou para visitas de acompanhamento, ou para leitura de documentos. Por isso, além da presença de técnicos nas reuniões, o envio com um mês de antecedência do balancete de prestação de contas constituiu-se como um outro procedimento importante para o aperfeiçoamento do controle social por parte dos conselheiros.

Outro procedimento importante no sentido de imprimir maior transparência na prestação de contas consistiu na realização de audiências públicas trimestrais na Câmara Municipal de Vereadores. Esta prática foi muito utilizada pelos gestores do período de 2001-2004, totalizando o número de 5 audiências públicas em Araraquara e 6 audiências

públicas em São Carlos. Não há qualquer registro ou menção por parte dos conselheiros entrevistados nas gestões do período de 1997-2000 sobre a realização periódica de audiências públicas durante a gestão.

Nas percepções de alguns dos conselheiros dos CMS de Araraquara e São Carlos, entrevistados verificamos a satisfação deles com este procedimento inaugurado pelos gestores do segundo período da análise, inclusive sendo possível percebermos o reconhecimento por parte destes conselheiros da correlação positiva entre orientação política favorável à participação e o aperfeiçoamento de mecanismos institucionais participativos.

“As audiências públicas são muito importantes porque mostram em primeiro lugar, o quanto o governo e o Conselho estão comprometidos com o controle social. Não conseguimos, de repente, uma participação de todos os segmentos mas conseguimos o reconhecimento de que o Conselho funciona, é sério e trabalha em prol de uma maior fiscalização e transparência dos recursos públicos” (Depoimento de conselheira representante da EAPA do CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

O maior mérito da realização das audiências públicas, em São Carlos, parece ter sido o reforço à legitimidade das ações do CMS e o reconhecimento da regularidade das ações dessa instância, de acordo com a percepção da conselheira representante de uma entidade filantrópica prestadora de serviços conveniada com o SUS. Lembrando que o CMS de São Carlos apresentou um funcionamento irregular e precário, com pouca visibilidade até a gestão de 2001-2004.

Em Araraquara, o reconhecimento da importância das audiências públicas também foi expresso no depoimento de um conselheiro representante de usuário:

“O que a gente vê é o descaso com o público no Brasil. O dinheiro do povo é sagrado (...).As audiências públicas vão contra tudo isto. Elas dão oportunidade para melhorar o trato com o dinheiro público na medida que abre as contas do governo para a população e para os vereadores” (Depoimento de conselheiro representante de usuário do CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

A partir dos depoimentos e da análise das atas de reunião podemos verificar como as gestões do período de 2001-2004 atuaram como uma espécie de anfitrião institucional (Tendler, 1998), ou seja, o incentivador de práticas, procedimentos e mecanismos institucionais que inovam e ampliam as oportunidades de participação e controle social, principalmente para os segmentos dos usuários. Entre os principais mecanismos e procedimentos verificados em nosso estudo, destacamos as comissões, a realização de Plenárias Regionais da Saúde e a criação dos conselhos gestores das Unidades Básicas de Saúde.

As comissões exerceram um papel importante na ampliação das oportunidades de acompanhamento e participação da prestação de contas dos Fundos Municipais de Saúde. Em setembro de 2004, o CMS de São Carlos conseguiu aprovar uma lei que institui como obrigatória a constituição de comissões fiscais, de acompanhamento da elaboração da peça orçamentária, de avaliação de contratos, credenciamentos e convênios. Esta medida foi considerada pelos conselheiros entrevistados como uma conquista fundamental para a consolidação do controle social sobre os recursos públicos da saúde.

A constituição das comissões permanentes é imprescindível para o funcionamento do Conselho. Essas comissões não têm poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho, os quais se aprovados poderão ser transformados em resoluções. São exemplos dessas comissões as de

fiscalização, acompanhamento ao processo orçamentário, controle e avaliação, mobilização e articulação e acompanhamento do plano municipal.

Em Araraquara, apesar de não haver uma legislação específica para a instituição obrigatória das comissões, os conselheiros do CMS também tiveram a oportunidade de lançar mão destes mecanismos de aperfeiçoamento do controle social. Verificamos um grande número de prestações de contas aprovadas com o aval de comissões fiscais, bem como na grande maioria das solicitações de convênios, credenciamentos e destinação de verbas para os prestadores particulares de serviço.

“A ampliação das oportunidades de participação e acompanhamento dos novos contratos, convênios, solicitações, sem dúvida foi uma marca importante da gestão do PT na saúde. Porém, o sucesso destes instrumentos, na minha avaliação, depende da ocupação efetiva destes espaços por parte, principalmente dos conselheiros usuários do SUS (...) Quero dizer que nem sempre as comissões chegaram a resultados satisfatórios (...) Em casos em que a resolução das comissões chocavam-se com os interesses do governo, este logo dava um jeitinho de neutralizar a comissão, chegando individualmente em cada membro da comissão” (Depoimento da conselheira representante da ABEN do CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

O argumento favorável às comissões presente no depoimento da conselheira da ABEN revela as contradições entre a orientação política do gestor que a instituiu e práticas conservadoras por parte do mesmo no sentido de coibir as comissões quando elas apresentaram resultados contrários aos esperados pelo gestor.

Um fato importante que demonstra a força destas comissões e as contradições presentes na atuação dos gestores de orientação política favoráveis à participação, em Araraquara e São Carlos, foi a descoberta, por parte da comissão de acompanhamento de

finanças, da contratação irregular de uma empresa especializada em gestão da saúde para a prestação de um serviço de consultoria na reorganização da rede pública de saúde.

Segundo o depoimento de um conselheiro representante de Associação de Pais e Mestres da Escola Lysanias:

“Ao meu ver, a Secretária incentivou a criação destas comissões pensando que iria conseguir manipular o conselho e deixar passar irregularidades como foi o caso da contratação da empresa de consultoria (...) A contratação ocorreu sem envolver a comissão de finanças instituída pela própria Secretaria e achou que depois íamos deixar tudo bem, aprovar (...) O parecer final da comissão se deu por meio de um repúdio à maneira como a Secretaria fechou tal contrato, mas por fim aprovamos as contas e exigindo o acesso ao contrato e aos demonstrativos financeiros dos recursos aplicados neste contrato de consultoria” (Depoimento de conselheiro representante da Escola Lysâneas do CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

Os aspectos destacados no funcionamento das comissões revelam que o processo de ampliação da participação por parte das gestões de orientação política comprometida com esta ampliação não aconteceu de forma linear e progressiva, mas constituem-se como experiência marcada por conflitos e contradições, revelando a disputa pela direção deste processo. As comissões são exemplos de como o incentivo à ampliação da participação no sentido de uma maior partilha de poder apresentaram-se como um espaço aberto cuja direção do processo, na grande maioria dos casos, foi permeada por conflitos entre as posturas dos gestores e os resultados destas comissões.

Podemos citar o caso da comissão fiscal do CMS de Araraquara que reprovou as contas do primeiro semestre de 2003 devido a constatação de irregularidades na contratação de agentes comunitários pela Secretaria Municipal de Saúde. Na ocasião, os conselheiros da comissão fiscal identificaram que o gestor cometia uma grave

irregularidade ao contratar profissionais que não faziam parte da equipe dos agentes comunitários. A Secretaria tentou neutralizar as conclusões da comissão fiscal afirmando que os resultados das apurações possuíam um “viés político-eleitoral”, claramente orientado para desmoralizar a gestão (ata do dia 08/08/2003). Por fim, a Secretaria conseguiu que o Conselho aprovasse as suas contas mas teve que demitir todos os funcionários contratados irregularmente, tal como apontava a comissão fiscal. Este episódio demonstra que o fato das comissões terem sido incentivadas pelos gestores não significa que elas funcionaram como instrumentos de legitimação das decisões do governo, tampouco, foram completamente controladas por ele.

Todos os conselheiros entrevistados reconheceram a importância das comissões de fiscalização no processo de prestação de contas. Apenas para um conselheiro, a forma como o gestor de esquerda apresenta suas contas foi considerada insatisfatória.

As comissões ainda tem muito o que melhorar. O que tem que melhorar, na verdade, é o péssimo hábito da atual gestão de querer adivinhar as nossas decisões. Por mais que haja as comissões, isso não garante, que as contas do governo se encontram pré-aprovadas pelas comissões; ultimamente aconteceu isso. (Conselheiro representante da Associação de Pais e Mestres da Escola Lysânias – CMS/Araraquara – gestão 2001-2004).

Embora as comissões signifiquem um espaço importante aberto pelo gestor de esquerda, elas por si só não garantem a transparência e fiscalização sobre a movimentação do FMS. De um mecanismo com o potencial de ampliação da participação elas podem se tornar também um instrumento de legitimação das decisões do governo se não houver a qualificação dos conselheiros para que ocupem autonomamente estes espaços. O depoimento da conselheira representante da UFSCar evidencia aquilo que ela mesma denominou de participação regulada nestas comissões. Esta participação consiste em uma

extensão incompleta da possibilidade dos conselheiros participar da prestação de contas, já que as condições para isso se encontrem completamente asseguradas.

A despreocupação muitas vezes da Secretaria em colocar técnicos despreocupados em apresentar as contas de uma forma mais simples para os conselheiros nas comissões prejudicou bastante o cumprimento desta tarefa por parte dos conselheiros. (Conselheiro representante da UFSCar – CMS/São Carlos – Gestão 2001-2004).

A questão é, neste caso, como garantir a qualidade da participação para os representantes da sociedade civil nestes mecanismos de participação? Trata-se de viabilizar também condições, instrumentos e conhecimentos que permitam a discussão e o debate mais informado sobre os gastos em saúde. Com relação aos representantes do governo, a participação nestas comissões integra suas atribuições profissionais remuneradas e o custo da participação é em geral muito menor do que para os representantes das entidades da sociedade civil, para as quais é difícil responder de imediato à demanda de qualificação.

Assim, a abertura de espaços e a inovação institucional, ainda que indispensáveis, não são suficientes para uma efetiva participação. Esta exige também a qualificação dos atores envolvidos e a democratização das informações a respeito do detalhamento dos gastos, para que eles possam efetivamente ocupar os novos espaços e para que a falta de qualificação não se transforme em entraves para um melhor desenvolvimento e aprimoramento destes mecanismos participativos internos.

Vejamos a seguir se este aspecto da falta de qualificação afetou o desempenho das comissões de fiscalização da alocação de recursos públicos no setor privado.

b) Fiscalização sobre a alocação de recursos públicos do FMS no setor privado.

Os Conselhos Municipais de Saúde não somente têm a atribuição legal de interferir e fiscalizar a movimentação dos Fundos Municipais de Saúde pelas Secretarias Municipais de Saúde, como também a atribuição de acompanhar de perto a aplicação do dinheiro público nos serviços privados contratados ou conveniados. E o instrumento para o cumprimento de tal tarefa é a constituição de comissões de acompanhamento dos serviços hospitalares e ambulatoriais.

Por isso, analisamos se houve ou não iniciativa, por parte dos gestores das gestões com diferentes orientações políticas analisadas, de constituir comissões de acompanhamento dos serviços privados conveniados. Por meio da análise das atas de reuniões dos CMS de Araraquara e São Carlos, pudemos observar que somente os gestores de partidos políticos de esquerda, com orientação política comprometida com a participação, tomaram a iniciativa de criar estas comissões, garantindo a participação de todos os segmentos representados nos Conselhos.

Além de não constituírem comissões de acompanhamento dos serviços conveniados, as gestões de partidos políticos de direita, do período de 1997-2000, em nenhum momento, de acordo com a análise das atas e com as entrevistas, apresentaram qualquer tipo de preocupação em acompanhar a qualidade da prestação destes serviços.

As gestões de esquerda, além de incentivarem a formação das comissões, tomaram outros tipos de iniciativas no sentido de fomentar a ampliação da fiscalização dos conselheiros sobre os serviços privados prestados. Por exemplo, em São Carlos, o gestor patrocinou a viagem de alguns conselheiros para outras cidades, a fim de que pudessem conhecer outras experiências de participação; como também incentivou a realização de uma

pesquisa sobre o horário de visitação dos hospitais da região para comparar com o procedimento adotado pela Santa Casa. Em Araraquara, o gestor reservou uma parte do curso de capacitação aos conselheiros para a reflexão e construção de indicadores para a avaliação dos serviços hospitalares.

As comissões de acompanhamento dos serviços dos CMS de Araraquara e São Carlos, durante as gestões de esquerda, apresentaram resultados importantes que implicaram em mudanças na prestação dos serviços privados prestados. Na ata da reunião do CMS/São Carlos do dia 12 de novembro de 2003 verificamos que os resultados da comissão de acompanhamento dos serviços prestados pela Santa Casa de São Carlos apontaram irregularidades no atendimento ao paciente do SUS. A contrapartida do convênio entre Santa Casa e Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos consiste na disposição de 60% dos leitos hospitalares do hospital para os usuários do SUS, e na eventualidade do esgotamento de vagas para o usuário do SUS, a Santa Casa deve imediatamente disponibilizar leitos da Unimed e do plano de saúde do próprio hospital. A comissão de avaliação identificou que os pacientes que passavam pelo serviço de pronto-atendimento eram colocados em macas e deixados nos corredores do hospital, uma vez que o procedimento previsto na lei determina que os pacientes em observação devem permanecer nos quartos destinados aos usuários do SUS.

O conselheiro representante dos usuários da Vila São José afirmou que este procedimento de “colocar os pacientes do SUS em macas foi “um modo que a Santa Casa encontrou para criar dificuldades para vender facilidades, ou seja a Santa Casa colocava os pacientes do SUS em macas para depois oferecer os leitos particulares para aquelas famílias que podiam pagar pelo serviço”. Tal procedimento imensamente repudiado pelo Conselho e pela Secretaria de Saúde e a comissão junto com o Conselho exigiu dos prestadores e da

Secretaria a reparação do grave erro no procedimento do pronto-atendimento da Santa Casa. E em aproximadamente no prazo de dois meses, conforme observamos por meio de depoimentos de conselheiros e dos registros em ata, a comissão de avaliação identificou a melhoria e correção no procedimento de pronto-atendimento da Santa Casa.

Outro resultado satisfatório da atuação da comissão de avaliação e acompanhamento dos serviços conveniados foi a constatação da existência de filas e entradas diferenciadas para os pacientes do SUS e usuários dos convênios particulares, no Centro de Diagnósticos e Imagens, uma OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, gerida pela Santa Casa, e imediatamente essas denúncias foram comunicadas ao CMS que advertiu a Santa Casa das sanções cabíveis, caso não fossem regularizados os serviços. Segundo a comissão, havia placas indicando a entrada diferenciada entre usuários do SUS e usuários particulares. A partir das denúncias, a Santa Casa e a Secretaria de Saúde corrigiram essa diferenciação acabando com as entradas diferenciadas para pacientes tanto do SUS quanto particulares. Este fato indica como a comissão de avaliação e acompanhamento dos serviços privados constitui-se num efetivo instrumento de controle social e de combate à apropriação privada dos recursos públicos.

Em Araraquara, a comissão, além de identificar irregularidades, constatou a falta de vagas e a precariedade de leitos destinados ao SUS. Após a apresentação dessas constatações feitas pela comissão ao CMS, os conselheiros exigiram medidas reparatorias da SMS.

Outro indicador importante na avaliação do controle social dos CMS sobre os FMS é a forma pela qual os convênios com prestadores privados foram aprovados. A intervenção dos Conselhos no processo de contratação de novos contratos e convênios e na

renovação dos mesmos, é de fundamental importância para imprimir parâmetros mais públicos na prestação desses serviços. Entendemos que a efetivação do papel fiscalizador depende das oportunidades criadas pelos CMS para que os conselheiros possam debater, estudar, avaliar e estabelecer mecanismos de avaliação das contrapartidas para a priorização dos usuários SUS. Para a análise desse papel, classificamos as formas de aprovação dos convênios com prestadores privados em: aprovados sem comissão de análise, aprovados sem comissão mas com questionamentos e discordâncias, aprovados com comissão de análise e com questionamentos e discordâncias, e reprovados.

Os dados da tabela 19 indicam que na gestão de esquerda, do período de 2001-2004 a quantidade de aprovações de propostas de convênios com o setor privado acompanhadas por análise, estudos, debates, discussões e questionamentos entre os conselheiros de CMS de Araraquara, foi superior à quantidade ocorrida na gestão de partido de direita, do período de 1997-2000. Esse resultado se deve ao fato de que o gestor de esquerda incentivou os debates e os estudos mais acurados das propostas no Conselho, antes de submetê-las à aprovação. Porém, como já destacamos anteriormente, essa constatação do aumento do controle social sobre os convênios com o setor privado nas gestões de esquerda, não se apresentou como um processo linear e tranquilo. Esse processo foi permeado por revezes, tensões e contradições, presentes em alguns momentos específicos, nas condutas desses gestores, principalmente quando se tratou de temas muito polêmicos que pudessem comprometer sua “boa relação” com os prestadores.

Tabela 19 Forma de aprovação dos convênios do SUS com o setor privado aprovados no CMS – Araraquara por gestão (1997-2000 e 2001-2004).

Convênios com o setor privado	Nº e (%)	
	1997-2000	2001-2004
Aprovados sem comissão de análise	4 (44%)	2 (14%)
Aprovados sem comissão mas com questionamentos e discordâncias	2 (22%)	3 (21%)
Aprovados com comissão de análise e sem questionamentos e discordâncias	0 (0%)	3 (21%)
Aprovados com comissão e com questionamentos e discordâncias	2 (22%)	4 (28,5%)
Reprovados	1 (11%)	2 (14%)
Total	9 (100%)	14 (100%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de Araraquara.

A tabela 20 apresenta os dados referentes à forma como ocorreram as aprovações das propostas de convênios nas gestões de diferentes períodos do CMS/São Carlos. Podemos notar que na gestão do período de 1997-2000 poucas foram as propostas de convênios que passaram pela aprovação do Conselho e mesmo as duas únicas apresentadas ao Conselho foram aprovadas sem estudo, análise, debates e questionamentos, pelos conselheiros.

Tabela 20 Forma de aprovação de convênios do SUS com o setor privado aprovados no CMS – São Carlos por gestão (1997-2000 e 2001-2004).

Convênios com o setor privado	Nº (%)	
	1997-2000	2001-2004
Aprovados sem comissão de análise	2 (100%)	4 (44%)
Aprovados sem comissão, mas com questionamentos e discordâncias.	0 (0)	3 (33%)
Aprovados com comissão de análise e com questionamentos e discordâncias	0 (0)	0 (0)
Aprovados com comissão e sem questionamentos e discordâncias	0 (0)	3 (33%)
Reprovados	0 (0)	0 (0)
Total	2 (100%)	9 (100%)

Fonte: Atas de reunião dos CMS de São Carlos.

Este quadro se transforma a partir da gestão de esquerda (2001-2004), quando o gestor cria melhores condições para que os conselheiros possam avaliar de forma mais qualificada as propostas apresentadas pelos prestadores de serviços privados, por meio das comissões de estudo. Como podemos observar na tabela 25, 66% das propostas de convênios com o setor privado foram aprovadas sob intensos debates e discussões entre os conselheiros, conforme constatamos na consulta das atas de reuniões.

Um fato importante que apontou para uma mudança na forma da contratação de novos convênios e da habilitação de novos serviços por prestadores particulares consistiu na formação de comissões de estudo e avaliação das solicitações. Podemos citar o episódio de uma solicitação de habilitação do serviço de ultrassonografia do Centro de Diagnósticos e Imagem, OSCIP gerida pela Santa Casa. Devido a constatação de irregularidades (anteriormente relatadas) de diferenciação entre usuários SUS e particulares, o CMS não aprovou a habilitação deste serviço tendo em vista que outros prestadores já realizam de forma satisfatória este serviço para o SUS. Além disso, o CMS julgou como não prioritária a habilitação deste serviço para a rede pública de saúde.

Outra medida importante dos gestores com orientação política favorável a participação que contribuiu para a ampliação dos canais de fiscalização na gestão da saúde consistiu na criação dos Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde. Considerando-se a importância de tais Conselhos, os gestores de Araraquara e São Carlos estimularam a sua organização e o efetivo funcionamento nos serviços primários do SUS, as Unidades Básicas de Saúde, consideradas como porta de entrada do sistema. A importância destes Conselhos Gestores circunscreve-se na atribuição na fiscalização do atendimento, do emprego eficiente dos recursos públicos, na distribuição regular de medicamentos e outros procedimentos. Estes Conselhos Gestores foram incorporados à

estrutura legal dos CMS das duas cidades por meio de lei específica que especifica suas principais atribuições na gestão participativa das UBS.

Ainda que os Conselhos Municipais de Saúde de São Carlos e Araraquara não tenham conseguido acompanhar regularmente as atividades destes Conselhos Gestores, pudemos identificar o encaminhamento de várias demandas destas instâncias à Plenária do Conselho. Como exemplo, a denúncia de um conselheiro da Unidade Básica do bairro Yolanda Ópice, de ausência de medicamentos e atendimento precário à população usuária da UBS, encaminhada ao CMS de Araraquara (ata dia 18/07/04). Assim que o Conselho tomou o conhecimento da denúncia, por iniciativa da Secretária de Saúde foi constituída uma comissão para avaliar tais irregularidades e o parecer dos seus membros confirmou erro na distribuição dos medicamentos por parte de funcionários da UBS. Após o reconhecimento dos problemas, os conselheiros redigiram um ofício requerendo explicações por parte da diretoria desta unidade, tendo sido atendido antes do prazo exigido pelo Conselho.

Para cumprir todas as essas novas funções, os conselheiros de saúde têm que estar bem informados, dispostos a discussões polêmicas e disponíveis para participações fora das reuniões ordinárias, comissões e outras atividades imprescindíveis.

O conselheiro não tem função executiva. Ele participa da formulação da política de saúde, acompanha e fiscaliza a sua implantação, incluindo-se aí o encaminhamento das denúncias. Para isso precisa ser capacitado para exercer efetivamente a função de controle social.

As gestões do período de 2001-2004 se preocuparam com a questão da capacitação dos conselheiros promovendo em parceria com o Ministério da Saúde, no de Araraquara, e com a Universidade Federal de São Carlos, no caso de São Carlos, cursos de

capacitação dos conselheiros, com base em problemas e vivências do cotidiano dos conselhos de saúde e dos seus membros. Este treinamento acrescentou conteúdos técnicos ao saber e à experiência de cada conselheiro, respeitando as diferenças no nível de escolaridade dos participantes.

Em São Carlos, o curso teve duração de dois meses não tendo nenhuma desistência de conselheiros durante o seu desenvolvimento. O conteúdo do curso incluiu os seguintes temas: 1. Os conselheiros de saúde e suas realidades; 2. Os problemas de saúde da população e políticas públicas; 3. O Sistema Único de Saúde e Controle Social; 4. Participação e Controle Social; 5. Planejamento em saúde: agenda, plano de saúde e quadro de metas; 6. Planejamento em Saúde: orçamento, financiamento e prestação de contas; 7. O controle das políticas públicas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização; 8. Agenda dos Conselhos de Saúde (Apostila do curso de capacitação dos conselheiros de saúde de São Carlos – UFSCAR, 2003).

O curso foi avaliado pelos conselheiros como *“um poderoso instrumento que ajudou na compreensão das funções e atribuições do Conselho”* (Conselheiro representante de usuário do CMS/São Carlos – gestão 2001-2004). Conforme depoimento da conselheira representante da EAPA:

“A iniciativa da Secretaria de fazer uma parceria com a Federal de São Carlos para nos proporcionar um curso veio de encontro ao problema que mais nos aflige: a falta de competência para atuar junto com o governo na gestão da saúde (...) A avaliação que faço é que todo conselheiro de todos os Conselhos deveriam fazer para se preparar melhor pois o curso nos ofereceu uma grande oportunidade para aprendermos um pouco a respeito de nossas atribuições (...) Fomos ao curso e saímos dele com maior

capacidade para agirmos e entendermos melhor a prestação de contas, enfim, o controle social” (Conselheira representante da EAPA do CMS/S.Carlos – gestão 2001-2004).

A conselheira representante da ABEN, uma das coordenadoras do curso, a apontou a parceria entre a Secretaria e a Universidade como um dos feitos mais importantes desta gestão:

“Com todos os problemas que tivemos com relação à frustração de expectativas da gestão petista, posso dizer que um dos avanços mais significativos desta gestão foi ter incentivado o curso de capacitação. Aqueles conselheiros que participaram gostaram muito, ou seja, saíram muito satisfeitos e mais capazes de desempenhar suas funções, principalmente aquelas relacionadas diretamente com o controle social”.

A frustração de expectativas com relação à gestão petista refere-se às contradições presentes em determinadas práticas contrárias aos princípios da participação defendidos por este gestor, anteriormente ressaltados. Apesar do sentimento de frustração, a conselheira reconhece a importância que a parceria entre Secretaria e Universidade teve na qualificação dos conselheiros para o desempenho de suas funções. O curso foi exemplo de como as parcerias entre Governo e instituições acadêmicas podem contribuir para o aperfeiçoamento da gestão participativa via Conselhos.

A introdução de novas práticas e procedimentos pelos gestores de esquerda parece ter influenciado positivamente a percepção dos conselheiros sobre a participação:

“Acredito que depois de participar das comissões, das discussões, das audiências públicas e principalmente, com os cursos de capacitação, os conselheiros de uma maneira geral, tiveram a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre a gestão do SUS (...) O curso de capacitação, sem dúvida, foi importantíssimo para a gente conhecer um pouco mais sobre os mecanismos de controle e fiscalização do Fundo de Saúde e sobre a organização do SUS” (Conselheira representante da UBS – Cidade Aracy – CMS/São Carlos – gestão 2001-2004).

A construção de um projeto de capacitação continuada para possibilitar o aprendizado de novos temas, o aprofundamento de outros e a socialização do aprendizado com os outros conselheiros titulares, conselheiros suplentes e com os membros dos Conselhos Gestores constitui mais um desafio para todos na perspectiva do fortalecimento do controle social.

Influir na formulação das políticas de saúde e acompanhar de perto sua implementação, fiscalizando ações, obras e gastos, são tarefas do conselheiro de saúde e do cidadão consciente e preparado para exercer suas funções deliberativas, fiscalizadora e avaliadora.

O conselheiro deverá participar da participação no processo de planejamento em saúde, interferindo positivamente na construção da Agenda da Saúde, no Plano de Saúde, no Quadro de Metas e na elaboração do Orçamento da Saúde, além de analisar e avaliar o relatório de gestão e acompanhar a execução das ações definidas no Plano de Saúde.

Familiarizar-se com esses documentos é parte das habilidades técnicas que os conselheiros precisam adquirir, para o exercício de sua função. Ser conselheiro é, antes de tudo, uma função política, e 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, perseverança, para desmontar as armadilhas políticas e burocráticas e perseguir negociações, em nome da obtenção de resultados consensuais que tornarão os Conselhos mais produtivos.

E neste sentido, os cursos de capacitação indicaram a preocupação dos gestores de orientação política favorável a participação em mitigar as dificuldades de compreensão por parte dos conselheiros, advindas da complexidade da gestão da saúde. E a análise do impacto das iniciativas de capacitação por parte destes gestores sobre a percepção dos conselheiros apontaram mudanças nas concepções dos conselheiros a respeito da participação e do controle social.

Pode-se imaginar a dificuldade dos conselheiros em controlar os gastos sempre crescentes, muitas vezes superfaturados, dos serviços prestados por terceiros (alimentação, limpeza e outros) ou na compra de equipamentos e medicamentos. Os cursos de capacitação contemplaram em seus conteúdos, a explicitação de mecanismos e procedimentos de controle e acompanhamento que auxiliaram os conselheiros a paulatinamente, a criar uma rotina para o acompanhamento das políticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O exercício de lançar um olhar sobre as experiências de participação social na gestão pública assume relevância particular em relação aos Conselhos Municipais de Saúde. Isso porque, na Constituição de 1988, o SUS ganha legalidade e a “participação da comunidade” passa a integrar o artigo 198. Mas é com a regulamentação do SUS, na lei 8.142, que tal participação é institucionalizada por meio de duas instâncias colegiadas, a Conferência e o Conselho de Saúde, esta última com caráter deliberativo. Essa participação é concebida pelo Movimento Sanitário como controle social, na medida em que compete ao Conselho atuar na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Destaca-se aqui, o exercício da participação e controle social sobre a política de saúde, principalmente sobre os recursos a ela destinados. O controle social só se concretiza se houver um controle sobre o fundo público da saúde; de outra forma, ele é apenas formal. A sociedade, por meio de seus representantes no Conselho, deve opinar, intervir e definir sobre os gastos na saúde, direcionando-os para o atendimento às necessidades e interesses da coletividade (Correia, 1998).

Uma parte da literatura sobre o tema da participação aposta na perspectiva da sociedade civil no potencial emancipador das organizações civis para a efetivação da participação e controle social. Essa literatura partilha a convicção de que três aspectos tornam as organizações da sociedade uma força autêntica e democratizadora: sua lógica deliberativa (versus a lógica baseada em interesses), sua natureza descentralizada e seu enraizamento na vida social das comunidades e sua autonomia em relação ao Estado, aos partidos políticos ou grupos de interesses. Essas características dariam às organizações civis

uma lógica democratizadora particular que contrasta favoravelmente com a lógica tecnocrática das agências estatais.

O problema dessa interpretação acerca do papel da sociedade civil na efetivação da participação reside no reforço de uma leitura dicotômica das relações Estado (autoritária) e sociedade (democrática). No entanto, uma nova literatura sobre a sociedade civil abandonou antigas interpretações que opunham Estado e sociedade para voltar-se para uma série de temas emergentes – cidadania, novos espaços de participação, desenvolvimento local, etc.

Esta perspectiva, não deixa de destacar o novo caráter que adquire a sociedade organizada, no sentido de, através dos Conselhos, participar da gestão da coisa pública, ou de se constituir como fazedora de política (Dagnino et alii, 1998)³ Mas não negligencia o papel que os partidos políticos progressistas desempenham nas novas políticas democráticas, sustentando um ponto básico para execução da participação: os partidos políticos de esquerda no poder têm de tomar “a decisão política de abrir mão de suas prerrogativas de tomar decisão sobre determinados assuntos” (Houtzager, 2004:125).

Neste sentido, tomamos emprestado a noção de “projeto político” de Dagnino (2000:281), entendido como “aquilo que orienta a ação”, ou seja as idéias e concepções sobre a política e sobre a participação, no caso dos gestores locais, para nortear nossa investigação acerca da efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde.

Nos Conselhos estão representadas diferentes concepções que expressam interesses divergentes que se confrontam, vencendo a proposta dos setores mais articulados,

³ Como informam Dagnino et alii (1998:15), esse novo caráter representa uma concepção ampliada do espaço da política, “que extrapola os limites da política institucional configurada pela ação do Estado e dos partidos, e enfatiza o terreno da sociedade civil”.

que têm maior poder de barganha. Os conflitos se revelam também na destinação de recursos públicos, que podem ser usados para finalidades diversas: fortalecer um modelo assistencial curativo (priorizando atendimentos hospitalares de média e alta complexidade, favorecendo grupos de empresas nacionais e internacionais de insumos, medicamentos e equipamentos tecnológicos) ou fortalecer um modelo assistencial de promoção da saúde; comprar cada vez mais serviços privados da rede conveniada/contratada ou ampliar a rede pública. Enfim, é a partir da análise das diferentes concepções dos conselheiros sobre qual a finalidade da participação e do controle social, que podemos compreender qual a direção da gestão do SUS no âmbito dos municípios: se caminha para a construção e consolidação do SUS, ou se caminha para o seu desmonte, atendendo cada vez mais aos interesses particulares.

Neste contexto, desejamos com o nosso estudo compreender qual foi o peso explicativo da orientação política das gestões municipais para efetivação da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde, em contextos locais onde não há uma tradição de intensa mobilização da sociedade civil e onde há um passado marcado por relações clientelistas entre governantes e governados. Sendo assim, conduzimos nossa investigação de modo a analisar qual o peso explicativo que a orientação política das gestões municipais tiveram sobre a efetivação da participação social e controle social, e qual sua influência sobre o processo de privatização em curso nestas cidades.

Para isso, investigamos duas importantes cidades do interior paulista: Araraquara e São Carlos. As duas cidades possuem semelhanças nos indicadores de desenvolvimento econômico e social e apresentam pouca tradição associativa no campo da saúde e um passado político marcado pelo clientelismo nas relações entre Estado e sociedade. No entanto, com relação à representação da sociedade civil nos Conselhos

Municipais de Saúde dessas duas cidades, identificamos uma diferença fundamental: Araraquara possui uma quantidade de representantes maior do que o Conselho Municipal de Saúde de São Carlos. Comparamos os resultados encontrados em Araraquara e São Carlos, para verificar se o fato de Araraquara possuir uma maior quantidade de representantes da sociedade civil do que São Carlos exerceu alguma influência sobre a efetivação da participação.

Para a análise da orientação política sobre a participação comparamos duas gestões de diferentes períodos e diferentes orientações político-ideológicas sobre a participação: gestões do período de 1997-2000, com orientação política pouco favorável ou comprometida com participação, de partidos políticos à direita (PP em Araraquara, e PTB em São Carlos); e gestões do período de 2001-2004, com orientação político-ideológica favorável à participação, de partidos políticos à esquerda (PT nas duas cidades).

Trabalhamos com a hipótese de que as gestões municipais do período de 2001-2004, de partidos políticos de esquerda, foram responsáveis por mudanças no sentido da ampliação da participação nos Conselhos Municipais de Saúde, devido à orientação política favorável ao projeto participativo. Porém, relativizamos nossa hipótese adotando a perspectiva de que as experiências de participação comandadas pelos gestores de esquerda poderiam encontrar-se permeadas por conflitos e tensões de diversas naturezas.

Procuramos ao longo do estudo analisar a natureza e o efeito dos incentivos dos gestores à participação e ao controle social, assim como também nos preocupamos em desvendar os mecanismos que bloqueiam a partilha efetiva do poder nos Conselhos.

O desenvolvimento do estudo e os resultados obtidos confirmaram nossa hipótese a respeito da correlação positiva entre gestões municipais com orientação política favorável ao projeto participativo e a ampliação da participação e controle social. No

entanto identificamos também que nas gestões comprometidas com o projeto participativo e democratizante, a ampliação da participação não se realizou como um processo linear onde a participação foi sendo ampliada sem contradições e tensões.

Na medida em que identificamos que houve um maior incentivo e a criação de novas possibilidades de controle e participação social nos Conselhos Municipais de Saúde, sob as gestões de esquerda, por meio de procedimentos e mecanismos criados por esses gestores que progressivamente produziram maior participação dos segmentos representados nos Conselhos verificamos também a existência em algumas situações, de condutas e procedimentos que operaram na direção de dificultar a democratização das decisões. Identificamos que muitos assuntos polêmicos não passaram pelo debate e aprovação dos CMS, sendo apenas comunicados pelas Secretarias Municipais de Saúde. Outros aspectos contraditórios presentes nas ações dos gestores de partidos de esquerda, com orientação política comprometida com a participação, foram a despreocupação com a acessibilidade e clareza da linguagem empregada nas informações e a falta de transparência que dificulta o acesso às informações, em determinadas situações.

Neste sentido, constatamos que as experiências de participação durante as gestões municipais de orientação política pouco favorável à participação sofreram vários constrangimentos para sua efetivação. Nem mesmo o fato de Araraquara possuir uma quantidade maior de representantes da sociedade civil representou resultados significativos para a participação em comparação a São Carlos. Já nas gestões comandadas pelos gestores com orientação política comprometida com o projeto participativo, verificamos avanços significativos no processo de participação nos Conselhos, devido aos incentivos produzidos por esses gestores para ampliação de mecanismos de participação e controle social como: a formação de comissões; a realização periódica de audiências públicas, reuniões

extraordinárias; a realização de cursos de capacitação e qualificação dos conselheiros; a realização de Conferências Municipais de Saúde.

Entretanto, identificamos os conflitos e tensões de diversas naturezas que caracterizaram este processo nas gestões municipais comprometidas com o projeto participativo: as experiências de participação foram tensionadas pelo imediatismo da população, ou seja, pela pressão por uma resposta rápida para os crescentes problemas conjunturais do nosso país; e também foram tensionadas pela tradição histórica quer seja, de autoritarismo, clientelismo e paternalismo mediando tanto as relações entre os cidadãos e o Estado como as relações entre as pessoas, nos seus cotidianos. Nesse contexto, os gestores de partidos de esquerda tiveram dificuldades, em muitas situações, para romper com o padrão tecnocrático predominante na relação das administrações públicas com a população. O compromisso das gestões de esquerda, além de promover o alargamento dos canais de participação, inclui ações formativas que possibilitam uma ocupação efetiva desses espaços pelos sujeitos sociais.

Essa é uma consideração significativa com implicações potenciais para a teoria democrática e para a elaboração de políticas públicas. Implicações nos potenciais porque afirma a possibilidade de gestões de partidos com orientação política comprometida com o projeto participativo contribuírem para a inovação do modelo de gestão participativa presente nestas instâncias de participação, a partir da criação de mecanismos institucionais que impulsionem a democratização dos processos decisórios e fiscalizatórios. Neste sentido, o que os resultados do estudo sobre os Conselhos Municipais de Araraquara e São Carlos nos dizem especificamente sobre a utilidade da variável de análise “orientação político-ideológica da gestão municipal”?

Eles corroboram a hipótese de que, no caso das cidades do interior de São Paulo, há efeitos positivos das gestões municipais com orientação política comprometidas com a participação sobre a participação, no sentido de criar maiores oportunidades e condições aos conselheiros para participar das decisões dos CMS, como a criação de comissões, audiências públicas, cursos de qualificação e a criação dos Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde. Esses resultados sugerem que concentrar atenção sobre a quantidade de representantes da sociedade civil nos CMS pode levar a um caminho analítico pouco profícuo para entender as dinâmicas efetivas da participação, em localidades com as características políticas semelhantes às dos dois municípios analisados.

Sendo assim, o maior problema enfrentado pelas gestões de orientação favorável à participação que identificamos em nossa investigação diz respeito às dificuldades em fazer com que os interesses particulares dos prestadores de serviços sejam explicitados e disputados nos Conselhos. Isso comprometeu o caráter participativo e democratizante do projeto de participação nestas gestões. Por serem beneficiários tradicionais de verbas públicas pouco afeitos à prestação de contas, os prestadores privados de serviços insistem em manter com os governos relações que no mínimo não são transparentes. Mais ainda, as entidades dos prestadores de serviços são controladas por elites geralmente com posições políticas conservadoras e que não exercitam mecanismos democráticos internamente. Por um longo tempo permaneceram livres do efetivo controle público sobre aplicação dos recursos públicos nos convênios firmados com as SMS e agora, vêem-se pressionados pela exigência dos CMS de adoção de procedimentos mais transparentes e pela responsabilização pública perante a sociedade. No entanto, este processo tem sido marcado por muitas tensões e contradições devido a concessões dos gestores petistas aos prestadores, verificadas em determinadas situações, tanto em

Araraquara quanto em São Carlos e percebidas em práticas arbitrárias como a liberalização de recursos para a compra de materiais de insumos para os hospitais filantrópicos conveniados pela Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, sem consulta prévia do Conselho. Outra evidência deste aspecto, encontrado nas duas cidades, foi a contratação de assessoria pelas Secretarias Municipais de Saúde das duas cidades sem que os CMS tomasse conhecimento e aprovassem a medida. Essas e outras práticas caracterizaram-se como revezes e contradições na prática participativa durante essas gestões.

A despeito desses revezes e das contradições que permeiam este processo, desejamos chamar a atenção para o fato de que é perfeitamente possível imaginar que o governo fomente a participação social. Nos municípios em que não havia uma cultura da participação, milhares de pessoas participam todo ano das plenárias e participam das atividades diretamente relacionadas à discussão e à deliberação do orçamento anual através do Orçamento Participativo e, dentro da sua própria dimensão, dos conselhos setoriais. A mera abertura de espaço que o governo se propõe a fazer para a criação e legitimação destes conselhos já é em si um grande estímulo para que as pessoas participem.

Os resultados obtidos demonstram que a maneira como o governo se posta em relação aos Conselhos é realmente decisiva a este respeito. Neste caso, é de fundamental importância na análise das experiências de participação atentar para a postura do governo com relação aos Conselhos, atentando-se para os seguintes aspectos: dependendo da linguagem e da maneira como o governo toma decisões, ele pode desqualificar ou qualificar os espaços participativos. Ele pode assumir uma falsa postura neutra ou pode reafirmar os Conselhos como parte do seu modelo de gestão participativa, isto é, pode manter os Conselhos como apêndice de sua forma de governar, buscando aparentar uma abertura para a democracia e para a participação, quando na prática suas decisões fundamentais

continuam sendo tomadas por outros canais e em outros espaços à margem dos Conselhos, ou, por outro lado, pode incorporar os espaços dos Conselhos como parte efetiva do seu processo de tomada de decisões sobre as políticas públicas. Nesta última forma, o governo legitima os espaços de participação social e contribui para o fortalecimento dos próprios Conselhos. Neste sentido, acreditamos que nosso estudo contribuiu para mudar uma visão de que os governos podem contribuir pouco ou até mesmo se constituem como obstáculos à participação. A análise da participação torna-se mais produtiva quando orientada pelo exame da influência da orientação política da gestão municipal acerca da participação. Idéias, valores e concepções expressam-se nas práticas e condutas dos gestores e estas tanto podem contribuir quanto prejudicar o aprofundamento do projeto participativo.

Acreditamos que, a partir dos resultados obtidos em nosso estudo, temos condições de afirmar que os governos comprometidos com a participação podem também contribuir bastante na formação e capacitação dos conselheiros. Eles podem criar condições para que as pessoas não apenas participem de um Conselho, mas também ganhem referências mais sólidas a respeito dos temas tratados nele. Existem avenidas muito amplas que podem ser abertas e ocupadas pelo poder público para estimular a capacitação dos conselheiros no que se refere à participação. Isso não pode ser confundido necessariamente com aparelhamento ou doutrinação. Esses estímulos devem significar a criação de condições mais adequadas para que os conselheiros se integrem com qualidade nas discussões que são travadas nos Conselhos. É possível imaginar estruturas que possam vir a ser criadas para fortalecer, consolidar e estimular os Conselhos de Saúde sem que aconteça qualquer atrelamento? A resposta vai depender da forma como estes espaços se configuram. Se eles se configuraram como espaços de acesso livre, espaços de

concentração e difusão de informações e debates onde as pessoas possam interagir, não há atrelamento ou perda da independência.

No caso das experiências dos CMS de Araraquara e São Carlos, a análise da participação e do controle social durante as gestões de diferentes orientações políticas em relação a participação demonstrou que a introdução de novos mecanismos e práticas, como as comissões e o investimento em cursos de capacitação, inovaram a rotina de acompanhamento das políticas de saúde, ampliando a possibilidade de participar efetivamente no processo decisório nos CMS. O exemplo mais contundente neste sentido é o da criação das comissões. Apesar da constituição de comissões ter sido iniciativa na maioria das vezes, pelos gestores, isto não significou o controle deles sobre os trabalhos destas comissões.

O que a experiência das comissões demonstra é que em algumas vezes os seus resultados contrariavam posições e até mesmo questionavam medidas e práticas do próprios gestores. Exemplo disso, o caso da comissão fiscal do CMS de Araraquara que reprovou a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde devido à constatação de irregularidades na contratação de agentes comunitários.

A efetividade dos Conselhos fica a depender da vontade política e da natureza da orientação política dos governantes, nos contextos locais tais como os das cidades de nosso estudo, que de uma certa forma serve como estímulo para a participação mais efetiva da sociedade civil. Enquanto espaços de uma nova institucionalidade, eles ainda não tem identidade própria, mas estão construindo um sentimento de pertencimento a uma sociedade, um perfil de desempenho que consagra o interesse público como parâmetro de suas ações e decisões.

O peso de nossas afirmações não significa que acreditamos apenas na influência da orientação política das gestões municipais como variável para a explicação da efetivação da participação. De forma alguma não desejamos reforçar a idéia de que os Conselhos Municipais de Saúde não canalizam participação social somente quando os gestores possuem uma orientação política favorável à participação, mas desejamos contribuir para a reflexão acerca do papel que orientação política favorável à participação, presente na maioria dos partidos políticos de esquerda, possui no aprofundamento da experiência participativa, buscando contribuir para uma desatanização do Estado, na sua relação com a sociedade civil.

BIBLIOGRAFIA:

- AUGUSTO, Maria Helena Oliva e COSTA, Olavo Viana. “Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil”. In: Tempo Social – Revista de Sociologia. Usp. Volume 11, nº 2. Outubro, 1999.
- AVRITZER, Leonardo (org). A participação em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- BAQUERO, Marcello. “Democracia, cultura e comportamento político: uma análise da situação brasileira”. In: PERISSINOTTO, Renato M. & FUKS, Mário. Democracia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fundação Araucária. 2002.
- BARBOSA, Carmen Ferreira (2000). O processo de participação e de controle social dos usuários do SUS no Conselho Municipal de Campo Grande – MS. Franca, São Paulo. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social da UNESP, Câmpus de Franca.
- BRAGA, José Carlos de Souza. & PAULA, Sérgio Goes de Paula. Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1981.
- BRESSER PEREIRA, L. C. “Da administração pública burocrática à gerencial”. Revista do Serviço Público, v.120, nº1, jan-abr. 1996.
- DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, Espaços Públicos e Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DAGNINO, Evelina. “Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil”. In: PERISSINOTTO, Renato M. & FUKS, Mário. Democracia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fundação Araucária. 2002.
- DAGNINO, Evelina. “Cultura, cidadania e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana”. In: Cultura e Política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras.
- CARVALHO, Antônio Ivo (1995). Conselhos de Saúde no Brasil: participação e controle social. Rio de Janeiro, FASE/IBAM.
- CARVALHO, José Murilo de Carvalho. “Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual”. In: Dados. Revista de Ciências Sociais, v. 40, n. 2, p169-327. Rio de Janeiro, 1997.
- CARVALHO, Maria do Carmo A. A. Eppur si muove... “ Os movimentos sociais e a construção da democracia no Brasil. Campinas, 1997. Dissertação de Mestrado em Ciência Política – IFCH/UNICAMP.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. e TEIXEIRA, Ana Cláudia C. (org). *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo, PÓLIS, 2000.

CHAUÍ, Marilena. *Cultura e Democracia*. São Paulo: Moderna, 1981.

COELHO, V. S. (2002). “Política Social: o que podemos esperar da participação?” III Encontro Nacional de Ciência Política. Associação Brasileira de Ciência Política. Petrópolis. Rio de Janeiro.

COELHO, Vera S. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde em São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo (org). *A participação em São Paulo*. São Paulo. Editora UNESP, 2004.

COHN, Amélia. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo, Cortez/CEDEC. 1991

COHN, Amélia. “A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios”. In: COHN, A e ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil – Políticas e organização de serviços*. São Paulo. Editora Cortez, 1996.

CONIL, E. M. e BRAVO, M.I e COELHO, F.D. “Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática”. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo. Editora Cortez, n.º 34, ano XI, Dezembro, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.

COSTA, N, R. e SILVA, Pedro L. Barros e RIBEIRO, J. Mendes,. “A descentralização do sistema de saúde no Brasil”, In: *Revista do Serviço Público*, 50-53, junho-setembro:35-56, 1999.

COUTINHO, Carlos Nelson. *A democracia como valor universal e outros ensaios*. Rio de Janeiro, Salamandra, 1984.

DOIMO, Ana Maria. *A vez e a voz do popular: os movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilmes. *Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional*. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, vol.3, nº 6, fev. 1988.

DRAIBE, Sônia M. *As políticas sociais e o neoliberalismo*. *Revista da USP*. N.17, p37-101, mar. abr. mai. 1993.

EIBENSCHTZ, Catalina (org). *Política de Saúde: público e o privado*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996

ESCORELL, Sara. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (org). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

ELIAS, Paulo E. “Estrutura e organização da atenção da saúde no Brasil”. In: COHN, A e ELIAS, P.E. Saúde no Brasil – Políticas e organização de serviços. São Paulo. Editora Cortez, 1996.

FARIA, Marcília Medrado e JATENE, Adib (org). Saúde e Movimentos Sociais. O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993. São Paulo: Edusp.1995

FERRAZ, Ana Targina R. Conselhos Gestores em Saúde: a experiência do Espírito Santo durante a Gestão Petista. Dissertação de Mestrado em Ciência Política. Campinas, 1998.

FLEURY, S. M. Estado sem cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, S.M & GIOVANELLA, L. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GERSCHMAN, Sílvia. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Glória História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo. Ed. Loyola, 1996.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e participação social e política. São Paulo. Ed. Cortez, 2001.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. Sociedade civil e democracia: reflexões sobre a realidade brasileira. Revista Idéias. Campinas, 5(2) 6(1), 1998-1999.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. “Desafios e Possibilidades da Participação da Sociedade na Construção de uma Gestão Pública Democrática”. In: Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. Revista Idéias. Campinas, 5(2) 6(1), 1998-1999.

GUIMARÃES. Reinaldo & TAVARES, Ricardo A. W. Tavares. Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80. Rio de Janeiro: ABRASCO-Relume Dumará. 1993.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. “Esfera pública e Democracia no Brasil. In: Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. Revista Idéias. Campinas, 5(2) 6(1), 1998-1999.

HOLANDA, Sérgio Buarque. Raízes do Brasil. 17ª ed. Rio de Janeiro. José Olympio. 1984.

HOUTZAGER, Peter P; LAVALLE, Adrián G; ACHARYA, Arnab. Atores da sociedade civil e atores políticos: participação nas novas políticas democráticas em São Paulo. In:

AVRITZER, Leornado (organizador). A participação em São Paulo. São Paulo. Editora UNESP, 2004.

KERBAUY, Maria Teresa M. A morte dos coronéis: política interiorana e poder local. Araraquara: FCL. Laboratório Editorial. Unesp; São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2000.

HOUTZAGER, Peter et all. Atores da sociedade civil e atores políticos: participação nas novas políticas democráticas em São Paulo. In: AVRITZER, Leornado (organizador). A participação em São Paulo. São Paulo. Editora UNESP, 2004.

INGRAO, Pietro. As massas e o poder. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

JACOBI, Pedro. Políticas Sociais e ampliação da Cidadania. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

LAURELL, A. C. La Lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHTZ, Catalina (org) Política de Saúde: público e o privado. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996.

LAURELL, A. C.(org). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LESSA, Renato. “A teoria da democracia: balanço e perspectivas. In: PERISSINOTTO, Renato M. & FUKS, Mário. Democracia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fundação Araucária. 2002.

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

MERHY, Emerson Elias. O Capitalismo e a saúde pública. A emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papirus, 1987. Coleção Krisis.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVEIRA, Andréia Cristina de J. Clientelismo e Participação Popular. Dissertação de Mestrado em Sociologia. FCL. Unesp. Araraquara, 1998.

OLIVEIRA, Francisco. Os protagonistas do drama: Estado e sociedade civil no Brasil. In: LARANGEIRA, Sônia. (org). Classes e Movimentos Sociais na América Latina. São Paulo: Hucitec, 1990a.

OLIVEIRA, Francisco. O surgimento do anti-valor: capital, força de trabalho e fundo público. Novos Estudos Cebrap, 27, jul. 1990b

OLIVEIRA, Francisco. “Quanto melhor, melhor: o acordo das montadoras”. Novos Estudos Cebrap, n.36, jul. 1993.

OLIVEIRA, Heloísa M. J. Cultura política e assistência social: uma análise das orientações de gestores estaduais. São Paulo: Cortez, 2003.

PONTUAL, Pedro & SILVA, Carla C. R. A. As experiências de participação social nas gestões petistas. In: TREVAS, Vicente et all (org) Governo e Cidadania: balanço e reflexões sobre o modo petista de governar. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999.

PERISSINOTTO, Renato M. Participação e democracia: o caso do Conselho Municipal de Assistência Social de Curitiba. In: PERISSINOTTO, Renato M. e FUKS, Mario. (org). Democracia: teoria e pratica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, pp. 211-44. 2002.

PERISSINOTTO, Renato M; SOUZA, Nelson R.; FUKS, Mario. Participação e processo decisório em conselhos gestores de Curitiba. Trabalho apresentado no 4º Encontro Nacional da ABCP – Associação Brasileira de Ciência Política. Rio de Janeiro, 2004. extraído do site: www.cienciapolitica.org.br

QUEIROZ, Maria Isaura P. de. O mandonismo local na vida política brasileira e outros ensaios. São Paulo: Alfa-Ômega, 1976.

SALES, Teresa, Juarez B. Lopes, F. de Oliveira e Vera S. Telles – Debate sobre “Raízes da Desigualdade Social na Cultura Política Brasileira”. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.25, 1994.

SANTOS, Boaventura de Sousa. “Introdução Geral à Coleção”. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa & AVRITZER, Leonardo. “Introdução: para ampliar o cânone democrático.” In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Maria Helena de Castro. “Que Democracia? Uma visão conceitual desde a perspectiva dos países em desenvolvimento” In: Dados – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, vol. 44, nº 4, 2001, pp. 729 a 771.

SIMINIONATTO, I. e NOGUEIRA, V.M. (1994). “Políticas de Saúde – do projeto formal à prática concreta”. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Editora Cortez, n.º 34, ano XI. Abril.

TARGINA, Ana R. F. Conselhos Gestores em Saúde: a experiência do Espírito Santo durante a Gestão Petista. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP. Campinas, 1998.

TATAGIBA, Luciana. (2002). “Conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil”, In: Dagnino, Evelina (2002). Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo, Editora Paz e Terra.

TENDLER, Judith (1998). Bom governo nos trópicos – Uma visão crítica. Rio de Janeiro. 1998.

TELAROLLI, Rodolfo. A história da medicina em Araraquara. Araraquara: Editora Laboratório Editorial da FCL-UNESP/Araraquara. 1994.

TELLES, Vera. “Sociedade Civil, direitos e espaços públicos”. Revista Pólis, nº 14, 1994.

_____. “Espaço público e espaço privado na constituição do social: notas sobre o pensamento de Hannah Arendt”. Tempo Social, v.2, nº 1, 1990.

_____. “A sociedade civil e a construção de um espaço público”. In: Evelina Dagnino (org). Os anos 90: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

URBANO, Luzia. Privatização e Universalização Excludente: um desafio para a reconstrução do modelo de atenção à saúde – o caso de Ribeirão Preto - SP.

WEFFORT, Francisco. O populismo na política brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

WEFFORT, Francisco. Por que democracia? São Paulo, Brasiliense, 1984.

VILLAS-BOAS, Renata (org). Para que participação popular nos governos locais? São Paulo: Recife, Fórum Nacional de Participação Popular nas Administrações Municipais, SUDENE, Instituto Pólis, 1996.

**QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DAS PRIMEIRAS GESTÕES ANALISADAS – 1997 à 2000.**

**Pesquisa de Mestrado: Democracia e Participação Social: a experiência dos Conselhos
Municipais de Saúde no interior de São Paulo.**

Pesquisador: Alexandre Perles Gazeta.

Professora Orientadora: Doutora Evelina Dagnino.

(Programa de Pós-Graduação em Ciência Política -IFCH-UNICAMP).

Nome: _____

Segmento que
representa: _____

1. Como eram definidas as pautas de reunião do CMS? Os usuários e representantes da sociedade civil sugeriam assuntos ou os assuntos já vinham indicados pela Secretaria Municipal de Saúde?
2. Conselho Municipal de Saúde participou da elaboração do Orçamento Anual da Saúde e do Plano Plurianual de Saúde? E como participou?
3. Os representantes das organizações da sociedade civil tinham o mesmo poder de influência dos outros segmentos? Há igualdade?
4. Como as demandas, reivindicações, interesses e problemas do segmento do qual você era representante no CMS eram discutidos no interior do conselho? Havia debates e discussões sobre os temas apresentados no conselho?
5. Como os interesses e propostas foram negociados no conselho?
6. Que tipo de decisão era tomada no interior do CMS? As deliberações do CMS foram respeitadas pela SMS?
7. Como eram tratados os temas mais polêmicos nas discussões do CMS? Havia algum tipo de incentivo por parte da SMS para formação de comissões de estudo e análise sobre o tema?
8. Qual foi a importância de sua participação no CMS? Você acredita Ter influenciado na condução da política de saúde? Por que?

9. Como era a relação entre Secretaria de Saúde e os representantes da sociedade civil? Havia algum tipo de exclusão ou hierarquia no tratamento dado a algum segmento representado no CMS?
10. Você acredita que a SMS era a favor ou contra a participação no CMS?
11. Você acredita que a SMS contribuiu ou inibiu a participação dos demais segmentos da sociedade civil no CMS?
12. Os informes e as propostas da SMS eram apresentados ao CMS de forma clara e com uma linguagem acessível a todos?
13. Que tipo de acompanhamento o CMS possui sobre a movimentação do FMS?
14. A prestação de contas sobre a movimentação do FMS pela SMS é realizada numa linguagem acessível a todos e com tempo hábil para análise dos conselheiros?
15. Você acredita que o CMS cumpria o seu papel de controle e fiscalização do FMS? Como?
16. Há algum tipo de dificuldade que o CMS encontra para cumprir o seu papel de fiscalização sobre o FMS? Qual?
17. Como é relação da SMS com os prestadores de serviços privados de saúde?
18. Há transparência na prestação de serviços privados conveniados com o SUS? O CMS possui algum tipo de acompanhamento na eficiência e qualidade da prestação de serviços privados conveniados com o SUS? Qual?
19. O acesso aos contratos de convênios de prestação de serviços, e contratos de compras era facilitado ou dificultado pelo SMS?
20. Os contratos e convênios a ser firmados com prestadores de serviços privados foram submetidos com antecedência aos conselheiros para que estes avaliassem e emitissem pareceres a respeito?
21. Você acredita que a SMS era favorável ou resistente ao controle social exercido pelo CMS? Por que?

Roteiro de análise das atas de reunião.

1. Análise da frequência dos Conselheiros por segmento (Governo Local, Prestadores Privados, Profissionais da Saúde, Organizações e Movimentos da Sociedade Civil).
2. A qualidade das intervenções (intervenções por segmento): reclamações, discordâncias ou reivindicações.
3. O número de questionamentos realizados pelos conselheiros (a natureza dos questionamentos): que tipo de questões apresentaram e quais os principais problemas levantados. Se houve questionamentos solicitando explicações sobre informações financeiras ou outras quaisquer. E qual a resposta do Conselho Municipal de Saúde e do Gestor Local para as mesmas.
4. Se houve denúncias de aplicação de recursos públicos no setor privado, desvio de dinheiro público, má qualidade dos serviços, fila dupla nos hospitais (tratamento diferenciado entre usuários SUS e usuários particulares).
5. A vontade política da equipe de governo continua sendo decisiva para o a efetivação da participação e controle social nos Conselhos Municipais de Saúde?
6. O que os Conselhos Municipais de Saúde têm feito frente a apropriação privada do Fundo Municipal de Saúde?
7. Quais mecanismos institucionais expressos em termos de regras de acesso e organização interna que tornem os Conselhos Municipais de Saúde, menos vulneráveis à hegemonia dos grupos mais organizados (prestadores de serviço e profissionais de saúde) e que impedem que estes grupos utilizem os Conselhos para drenar recursos em causa própria (apropriação privada do Fundo Municipal de Saúde)?
8. Avaliar se há ou não participação dos representantes da sociedade civil na definição dos assuntos tratados nas reuniões – se houve o predomínio da dimensão burocrático-administrativo imposto pelas Secretarias de Saúde dos municípios estudados em detrimento de questões de âmbito mais geral e de interesse da sociedade civil. Verificar se houve a formação de uma Secretaria Executiva nos CMS composta por membros de todos os segmentos da sociedade.
9. Analisar se houve a participação da sociedade civil na elaboração do orçamento anual da Saúde e na definição do Plano Plurianual de Investimentos na Saúde. Este indicador é importante pois o orçamento público é um importante instrumento de justiça social e correção de desigualdades. Ao participar da definição da alocação dos recursos públicos a sociedade civil tem a oportunidade de interferir na transferência de recursos públicos no setor privado.

10. Avaliar a participação e o poder de influência dos diferentes segmentos representados nos CMS dos dois municípios no processo decisório por meio do número e qualidade das intervenções nas reuniões dos CMS. Para isso, desenvolvemos os seguintes indicadores: a) qualidade das intervenções: discordâncias, reclamações, reivindicações; b) número e natureza das propostas apresentadas: destinação de verbas para prestação de serviços particulares; convênio ou contratos de prestação de serviços; c) número de questionamentos e participação (intervenção) nos debates por segmento e explicações por parte das Secretarias de Saúde.
11. Verificar por meio das atas de reunião como acontece a apresentação e aprovação de propostas nos CMS: marcada por intensos debates, discussões e formação de comissões para avaliação de temas polêmicos, ou por estratégias de esvaziamento por parte das SMS pela ausência de conselheiros governamentais nas reuniões.
12. O principal objetivo é analisar a importância que os Governos Locais conferem à participação nos CMS e a influência no resultado da participação de cada segmento dos CMS: uma das estratégias mais comuns usadas por administrações pouco comprometidas com a participação é enviar para as reuniões dos Conselhos pessoas não preparadas para discussão e com pouco poder de decisão. Esta é a típica política de esvaziamento político dos CMS, a qual ocorre pela ausência dos conselheiros governamentais. Neste sentido, desejamos verificar se essa política foi aplicada nos CMS, produzindo um enfraquecimento dos CMS os quais não conseguem evitar que muitas decisões importantes aconteçam nos gabinetes dos altos escalões do governo, sob a influência dos interlocutores tradicionais (prestadores de serviços privados e profissionais da saúde). Já as administrações municipais comprometidas com a ampliação do controle social e com o aprofundamento da gestão participativa promovem novos procedimentos no interior dos CMS: criação de grupos e comissões de estudo e avaliação dos temas polêmicos; seminários de capacitação dos conselheiros; audiências públicas; criação de conselhos gestores das unidades básicas de saúde.
13. Analisar como ocorre a prestação de contas sobre a movimentação financeira dos recursos dos FMS pelas SMS. Se houve e como foi realizada a prestação de contas trimestral e a apresentação do Relatório de atividades, detalhado, das SMS aos CMS – se houve o detalhamento quanto ao emprego dos recursos destinados à saúde segundo a Emenda Constitucional EC 29 (como e em que são aplicados os recursos federais, estaduais e municipais). Também desejamos analisar se a prestação de contas ocorreu de forma clara e numa linguagem acessível a todos, com tempo hábil para análise dos conselheiros.
14. Analisar se houve a publicização dos resultados das avaliações realizadas pelos órgãos de auditoria do SUS, enviando relatórios par os CMS, para a imprensa e para a sociedade. Verificar também se as SMS foram favoráveis ou desfavoráveis à

divulgação dessas avaliações e quais foram as estratégias de divulgação dessas informações. Verificar os resultados das comissões de orçamentos e finanças, as comissões de avaliação de convênios e contratos e as comissões de análise de denúncias de irregularidades.

15. Averiguar que tipo de acompanhamento os CMS possuem sobre a destinação de recursos públicos para a prestação particular de serviços; se e como ocorre a prestação de contas por parte dos prestadores; se houve denúncias de irregularidades e como elas foram apuradas; e qual a influência do setor privado sobre os governos locais.
16. Se houve incentivos ao aprimoramento dos mecanismos de controle social (formação e apoio às comissões) ou ao contrário, se houve estratégias de inibição à fiscalização e resistência à prestação de contas em linguagem acessível e detalhamento dos gastos nas redes pública e privada.
17. Analisar como as SMS se comportaram frente às denúncias de irregularidades e como procederam na prestação de contas, principalmente no que diz respeito à destinação de dinheiro para o setor privado. Se as SMS incentivaram a criação de comissões de orçamento e finanças; criação de comissões de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares.