UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL

ANDRÉIA APARECIDA REIS DE CARVALHO LIPORONI

OS CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: ESTUDO DAS REALIDADES DO BRASIL E ESPANHA

FRANCA
2010

ANDRÉIA APARECIDA REIS DE CARVALHO LIPORONI

OS CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: ESTUDO DAS REALIDADES DO BRASIL E ESPANHA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para a obtenção do titulo de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração – Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Orientação: Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld

Co-orientação: Prof. Dr. Andrés Cernadas Ramos

FRANCA

2010

Liporoni, Andréia Aparecida Reis de Carvalho
Os caminhos da participação e do controle social na saúde : estudo das realidades do Brasil e Espanha / Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni. –Franca : UNESP, 2010.

Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1. Política social – Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – História – Brasil. 3. Sistema Nacional de Saúde – Espanha. 4. Participação política e social – Cidadania.

CDD – 362.1

ANDRÉIA APARECIDA REIS DE CARVALHO LIPORONI

OS CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: ESTUDO DAS REALIDADES DO BRASIL E ESPANHA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para a obtenção do titulo de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração – Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld

1º Examinador(a):_____

2º Examinador(a):_____

3º Examinador(a):_____

4º Examinador(a):_____

Franca, _____ de _____de 2010

Dedico a

Fernanda, Laura e Júlia, minhas três filhas, estrelas mais brilhantes e soberanas da minha vida.

Carlos Roberto (Bertinho) meu marido e companheiro de tantas alegrias. Sem seu apoio, estímulo, carinho e atenção nada seria possível.

Luci, minha mãe, pelo amor incondicional. Seu amor faz-me mais forte!

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld que encaminhou-me no processo de construção do conhecimento através de uma postura exigente, segura e comprometida. Nossa relação foi construída com muito respeito, afeto e carinho presente em cada encontro. Tudo isso permitiu meu crescimento intelectual e profissional e em muito contribuíram à realização deste estudo.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Andrés Cernadas Ramos, pessoa por quem tenho grande admiração e respeito. Seus profundos conhecimentos, sua generosidade, determinismos e imenso comprometimento me encaminharam no processo de elaboração deste trabalho.

Ao meus amados Bertinho, Fernanda, Laura e Júlia que aceitaram meu necessário distanciamento no momento de pesquisa e elaboração da Tese na Espanha, dando-me força e estímulo constante. Meu amor não tem tamanho!!!!!

A minha mãe que generosamente auxiliou-me no cuidado das minhas (já grandes) filhas na minha jornada fora do Brasil. Seu carinho e amor me fazem mais forte!!!!! Amo você!!!!! O agradecimento se torna extensivo a seu marido Geraldo que aceitou o posto de avô das minhas filhas.

A minha avó, Maria Eugênia, que no alto dos seus mais de 80 anos tem força suficiente para dar carinho, amor, palavras de incentivo e muitas, muitas orações.

Aos conselheiros brasileiros e espanhóis que aceitaram participar da minha pesquisa.

Aos professores da Pós-Graduação em Serviço Social. Agradeço as inegáveis contribuições junto ao presente estudo. São eles: Prof. Dr. Pe. Mário José Filho; Profa. Dra. Maria Ângela, Profa. Dra. Cleusa Santos, Prof. Dr. Jose Walter Canôas.

Aos professores que participaram da minha banca de qualificação e pelas importantes sugestões. São eles: Prof. Dr. Ubaldo e Profa. Íris Fenner Bertani.

Aos membros do grupo de pesquisa Grupo de Pesquisa Saúde Qualidade de Vida e Relações de Trabalho (Quavisss) e em especial a Profa. Íris que é uma das pessoas mais especiais que já tive prazer de conviver.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social desta instituição: Regina (Gigi); Maísa, ...e, em especial a Luzinete, que muito me ajudou em todo o processo de solicitação, implementação e finalização do processo de bolsa da CAPES.

Aos amigos (do Brasil e da Espanha) que foram solidários e prestativos.

Aos professores e alunos da Fundação de Ensino Superior de Passos/FESP/UEMG pelo incentivo e apoio.

A CAPEs pela contribuição financeira, que possibilitou condições materiais para desenvolver este trabalho de pesquisa, e crescer academicamente.

Agradeço finalmente, pela infalível generosidade de Deus.

"Há homens que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida
Estes são os imprescindíveis" ·
Bertold Brecht

"Hay hombres que luchan un día y son buenos.
Hay otros que luchan un año y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos.
Pero hay los que luchan toda la vida
Esos son los imprescindibles"
Bertold Brecht

LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde:** estudo das realidades do Brasil e Espanha. 2010. 254 f Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2010.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a questão da capacitação dos conselheiros como mecanismo para favorecer o entendimento sobre o significado/objetivo do Conselho Municipal de Saúde e a responsabilidade deste órgão institucionalizado de controle social. Os conselhos municipais de saúde são um dos mecanismos de participação democrática inaugurado no Brasil, no início da década de 1990, a partir da aprovação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas de Saúde 8080 e 8142 de 1990. Apesar de 20 (vinte) anos de funcionamento, destes espaços na elaboração, acompanhamento, monitoramento e fiscalização das decisões da esfera pública, a participação ainda se mostra incipiente. Muitos conselheiros desconhecem a sua função nestes órgãos de deliberação e, portanto o que poderia auxiliar na efetividade destes espaços é a capacitação dos conselheiros para essa importante função (conhecimento sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre a realidade local, sobre suas funções, direitos e deveres). Para avaliar a efetividade da capacitação foi necessário analisar em um primeiro momento, como é a representatividade dos conselheiros, nestes espaços. Assim, a pesquisa foi construída a partir do referencial teórico de autores que trabalham a questão da participação na democracia, sobre os conselhos de políticas públicas e, em especial, sobre o controle social na saúde. Foi adotada a abordagem quantitativa e qualitativa e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no Brasil e na Espanha, país cujo sistema de saúde apresenta muitas semelhanças com o modelo brasileiro, pautado nos princípios da universalidade, da descentralização da gestão e dos recursos, com atenção integral à saúde. No Brasil foram realizadas 12 entrevistas envolvendo 06 conselhos municipais de saúde de cidades que compõem a Direção Regional de Saúde VIII, região sanitária localizada no Estado de São Paulo. Duas questões centrais foram estudadas: a representatividade, avaliando em que medida os conselheiros captam as demandas da população e ao mesmo tempo devolvem as informações para seus representados e a capacitação dos conselheiros, que poderá qualificá-los a cerca desta representatividade. Na Espanha foram entrevistados 12 membros de um total de 06 comissões de participação cidadã, na região da Galícia. Neste país, apesar da participação estar regulada, as comissões de participação cidadã não têm capacidade de decisão, ou seja, elas funcionam como aconselhadores e não órgãos decisivos. Esta questão nos proporcionou o entendimento de como se dá a vocalização e a captação das demandas o que nos permitiu avaliar a questão da representatividade nestes espaços e trazer nuances de como realizam estas ações, o que muito contribuiu na nossa análise da participação e representatividade no Brasil.

Palavras-chaves: participação. controle social. Conselhos de Saúde. Sistema Único de Saúde do Brasil. Sistema Nacional de Saúde da Espanha.

LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde:** estudo das realidades do Brasil e Espanha. 2010. 254 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2010.

ABSTRACT

The present study had as objective to analyze the subject of the counselors' capacity as mechanism to favor the understanding about the meaning/objective of the Municipal Council of Health and the responsibility of this institutionalized organ of social control. The municipal advices of health are one of the mechanisms of democratic participation inaugurated in Brazil, in the beginning of the decade of 1990, starting from the approval of the Federal Constitution of 1988 and of the organic laws of Health 8080 and 8142 of 1990. In spite of 20 (twenty) years of operation of these spaces in the elaboration, accompaniment, monitoring and supervision the decisions of the public sphere, the participation is still shown incipient. Many counselors ignore your own function in these deliberation organs and, therefore what could help in the effectiveness of these spaces it's the counselors' capacity for these important function (knowledge on the beginnings of the Single Health Sistem (SUS), about the local reality, on your functions, rights and duties). To evaluate the effectiveness of the capacities of the counselors was necessary to analyze, in the first moment, how is the counselors' representation, in these spaces. Therefore, the research was built starting from the authors' theoretical references that works the subject of the participation in the democracy, about the advices of public politics and, especially, on the social control of health. The quantitative and qualitative approach was adopted and were accomplished semi-structured interviews in Brazil and in Spain, country whose system of health presents a lot of similarities with the Brazilian model, ruled in the beginnings of the universality, of the decentralization of the administration and of the resources, with integral attention to the health. In Brazil 12 interviews were accomplished involving 06 municipal advices of health of cities that compose the VIII Regional Direction of Health, health area located in the State of São Paulo. Two central subjects were studied: the representations, evaluating the levels of the counselors capture the demands of the population and at the same time how they return the information for their representatives and the counselors' capacity, who can qualify them based in the levels of the representations. In Spain were interviewed 12 members in a total of 06 commissions of participation citizen, in the area of Galicia. In this country, in spite of the participation is regulated, participation citizen's commissions don't have capacity of decision, in other words, they work as advisors and not decisive organs. This subject provided us the understandings of how are the vocalization and the reception of the demands which allowed to evaluate the subject of the representation in these spaces and to bring aspects of how are analyzed these actions, that contributed a lot in our analyzes of the participation and representation in Brazil.

Keywords: participation. control social. Council of Health. Single Health Sistem of Brazil. System National Health of Spain.

LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde:** estudo das realidades do Brasil e Espanha. 2010. 254 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2010.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la cuestión de la capacitación de los consejeros como mecanismo para favorecer la comprensión del significado y objetivo del Consejo Municipal de Salud y la responsabilidad de este órgano institucionalizado de control social. El Consejo Municipal de salud es uno de los mecanismos de participación democrática inaugurado en Brasil, en el inicio de la década de 1990, a partir de la aprobación de la Constitución Federal de 1988 y de las Leyes Orgánicas de Salud 8080 y 8142 de 1990. A pesar de llevar 20 años funcionando como un espacio en el que debatir la elaboración, acompañamiento, monitoramiento y fiscalización de las decisiones de la esfera pública, la participación aún se muestra incipiente. Muchos consejeros desconocen su función en estos órganos de deliberación y, por lo tanto, pensamos que la capacitación (en el conocimiento sobre los principios del Sistema Único de Salud (SUS), sobre la realidad local, sobre sus funciones, derechos y deberes) podría ayudar en la efectividad de estos espacios de deliberación fueran más efectivos y llevaran a cabo sus verdaderas funciones. Para evaluar la efectividad de la capacitación fue necesario analizar en un primer momento, como es la representatividad de los consejeros en estos espacios. Así, la investigación fue construida a partir del referencial teórico de autores que trabajan la cuestión de la participación en la democracia, sobre los consejos de políticas públicas y, en especial, sobre el control social en la salud. Fue adoptado el enfoque cuantitativo y cualitativo y fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas en Brasil y en España, país éste cuyo sistema de salud presenta muchas semejanzas con el modelo brasileño: los principios de la universalidad, de la descentralización de la gestión y de los recursos, con atención integral a la salud. En Brasil fueron realizadas 12 entrevistas abarcando 06 consejos municipales de salud de ciudades que componen la Dirección Regional de Salud VIII, región sanitaria localizada en el Estado de São Paulo. Se estudiaron principalmente dos cuestiones: la representatividad, evaluando en que medida los consejeros captan las demandas de la población y a la vez devuelven las informaciones para sus representados y la capacitación de los consejeros, que podrá calificarlos a cerca de esta representatividad. En España fueron entrevistados 12 miembros de un total de 06 comisiones de participación ciudadana, en la región de Galicia. En este país, a pesar de la participación estar regulada, las comisiones de participación ciudadana no tienen capacidad de decisión, o sea, ellas funcionan como órganos deliberativos pero sus decisiones no son vinculantes para los decidores políticos. Esta cuestión nos falicilitó la comprensión de cómo se produce la vocalización y la captación de las demandas, lo que nos permitió evaluar la cuestión de la representatividad en estos espacios y analizar los detalles de como realizan estas acciones, lo que contribuyó de forma significativa a nuestro análisis de la participación y representatividad en Brasil.

Palabras llaves: participación. control social. Consejos de Salud. Sistema Único de Salud de Brasil. Sistema Nacional Salud de España.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – As microrregiões da DRS VIII e a contagem da população dos municípios que a compõem 27
Tabela 2 – Distribuição das regiões sanitárias na comunidade Autônoma de Galícia..... 31
Tabela 3 – Cidades das províncias da Comunidade Autônoma da Galícia com maior número de habitantes..... 32
Tabela 4 – Experiências participativas no cenário internacional..... 63
Tabela 5 – Forma de criação dos conselhos no Brasil e no Estado de São Paulo 110
Tabela 6 – Periodicidade das reuniões dos conselhos municipais de saúde no Brasil e Estado de São Paulo 111
Tabela 7 – Infraestrutura dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil..... 112
Tabela 8 – Perfil dos presidentes dos conselhos por gênero 114
Tabela 9 – Perfil dos presidentes dos conselhos de saúde por faixa etária.... 114
Tabela 10 – Perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde do interior do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes 116
Tabela 11 – Criação dos Conselhos Municipais estudados 126
Tabela 12 – Organização Interna dos Conselhos Municipais de Saúde estudados 127
Tabela 13 – Ano de criação dos Regimentos Internos dos Conselhos estudados..... 127
Tabela 14 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde estudados..... 134
Tabela 15 – Paridade das representações dos Conselhos estudados..... 138
Tabela 16 – Indicadores analisados para avaliação do grau de consonância dos Conselhos Municipais de Saúde estudados com a Lei n. 8080 e n. 8142/1990 e a Resolução n. 333/2003 143
Tabela 17 – Forma de avaliação dos assuntos a serem tratados para deliberação 154
Tabela 18 – Principais diferenças estruturais entre o formato brasileiro e espanhol 166

Tabela 19 – Organização das comissões de participação das cidades espanholas estudadas.....179
Tabela 20 – Número de reuniões das comissões de participação das áreas sanitárias no ano de 2009.....185

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo 26
MAPA 2 – Comunidades autônomas da Espanha 29
MAPA 3 – Divisão territorial da comunidade autônoma da Galícia 30
MAPA 4 – Províncias da Espanha..... 170

LISTA DE SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AFEGAM	Asociación para la Formación Empresarial de Galicia
AIS	Ações Integradas de Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CCAA	Comunidades Autônomas
CC.OO	Confederación Sindical de Comisiones Obreras
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regionais
CIB	Comissão Intergestores Bipartites
CIG	Confederación Intersindical Galega
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretárias Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DRS VIII	Direção Regional de Saúde VIII
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FEGAMP	Federação Galega de Municípios e Províncias
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Assistência Social

INE	Instituto Nacional de Estatística da Espanha
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Sem Terra
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PSOL	Partido Socialista Obrero Español (Partido Socialista)
R.I.	Regimento Interno
Sergas	Serviço Galego de Saúde
SES	Secretaria de Saúde do Estado
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UGT	Unión General de Trabajadores
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA 22
1.1 O objeto e objetivos do estudo 22
1.2 Universo da pesquisa 25
1.3 A opção e o caminho metodológico 33
1.4 Pesquisa documental 33
1.5 As entrevistas 35
1.5.1 Os sujeitos da pesquisa 37
1.6 Organização dos dados e análise dos resultados 38

CAPÍTULO 2 OS SENTIDOS DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA DEMOCRACIA 43
2.1 O processo histórico da participação 44
2.1.1 A participação na contemporaneidade 51
2.2 Os avanços da participação na democracia 55
2.3 Os vários mecanismos da participação 62
2.4 Reflexões sobre os conselhos de políticas públicas enquanto mecanismos de participação democrática 67

CAPÍTULO 3 A DEMOCRACIA NO BRASIL E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 75
3.1 A democracia no Brasil 75
3.2 O sistema de saúde brasileiro 85
3.2.1 As modificações no sistema de saúde brasileiro a partir da criação do SUS 91

CAPÍTULO 4 OS CONSELHOS DE SAÚDE 103
4.1 Os conselhos de saúde brasileiros 103
4.1.1 O desenho Institucional dos Conselhos Municipais de Saúde 110
4.1.2 A estrutura e a dinâmica dos conselhos na região da DRS VIII 124
4.1.2.1 A estrutura de funcionamento dos Conselhos 125

4.1.2.2 A eleição dos representantes e a escolha dos presidentes dos Conselhos..... 134
4.1.2.3 A organização da pauta das reuniões do Conselho..... 140
4.1.3 Captação das demandas e vocalização das ações deliberadas a população ou aos segmentos organizados..... 145
4.1.4 As deliberações..... 153
4.1.5 A capacitação..... 158
4.2 As Comissões de Participação Cidadã nas áreas sanitárias da Espanha . 165
4.2.1 O sistema de saúde na Galícia 173
4.2.1.1 A estrutura e a dinâmica das comissões de participação cidadã 177
4.2.1.1.1 A estrutura de funcionamento das comissões de participação cidadã 177
4.2.1.1.2 A escolha ou eleições dos membros das comissões de participação cidadã 181
4.2.1.1.3 A dinâmica das reuniões das comissões..... 185
4.2.1.1.4 A organização da pauta das reuniões do Conselho 194
4.2.2 Captação das demandas da população 195
4.2.3 Vocalização das ações das comissões de participação cidadã 200
4.2.4 Efetividade das comissões de participação cidadã 203

CONSIDERAÇÕES FINAIS 210

REFERÊNCIAS..... 221

APÊNDICES
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 237
APÊNDICE B - TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y CLARO 238
APÊNDIDE C - Roteiro provisório para as entrevistas..... 239
APÊNDICE D - Guía provisional para las entrevistas..... 240

ANEXO
ANEXO A - Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003..... 242

INTRODUÇÃO

A escolha por um determinado tema não acontece por acaso e nem é desprovida de intencionalidade. Na presente pesquisa, a aproximação com o assunto aconteceu em função da permanência de indagações sobre o tema participação e controle social na saúde, foco de interesse e estudo durante o mestrado, por nós concluído.

Enquanto pesquisadora e Assistente Social, sentimo-nos instigada pela questão políticas públicas e pela possibilidade, instituída pela Constituição Federal de 1988, da participação da população no controle da esfera pública.

A saúde, enquanto política pública, passou a ser foco de nossa pesquisa pelo fato de que desde o início da formação profissional, trabalharmos na área da saúde privada e sempre nos questionarmos o porquê de muitas pessoas optarem por pagar plano de saúde privado apesar de terem o direito garantido de uma assistência médico hospitalar através do Sistema Único de Saúde (SUS).

A literatura aponta-nos que isso acontece devido ao investimento insuficiente na saúde pública, à atuação da mídia veiculando notícias, em rede nacional, sobre situações de precariedade explorando fatos negativos e, muitas vezes isolados, desmerecendo este sistema de saúde e propagando uma face paternalista, assistencial e descompromissada com as questões de saúde da população que atende.

Destaca-se, ainda, a pouca divulgação do SUS, enquanto direito garantido pela Constituição Federal. Muitos ainda possuem a concepção de que saúde pública é favor e serve para aqueles que não dispõem de recursos.

O governo brasileiro, com a política de Estado Mínimo, em consonância com a orientação neoliberal, designa recursos insuficientes para a eficácia do atendimento do SUS, ou seja, não fornece condições para a mudança desta situação, o que amplia e facilita a propagação e fortalecimento das empresas de medicina privada de saúde sejam elas: medicina de grupo, cooperativas de serviços médicos hospitalares, auto-gestão ou seguro saúde.

Para o assistente social, estas questões apontam para o enfrentamento, pois falar em saúde faz parte do processo histórico da profissão e da sua contribuição para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, no país.

A natureza interventiva do assistente social coloca-nos, diretamente, em contato com as contradições e conflitos da sociedade atual e com as diversas manifestações da questão social as quais se estabelecem no modo de produção capitalista. Tendo em vista nosso posicionamento ético-político, colocamo-nos como profissionais em favor da eqüidade e justiça social, com vistas a assegurar e propagar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

Enfatizam-se as ações em defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde como direito de todos e na possibilidade concreta de estimular todos a participarem do processo de elaboração e fiscalização das políticas de saúde. Portanto, este processo investigativo contribui, técnica e cientificamente, ao aprofundamento do tema, fortalecendo a profissão que necessita de um corpo teórico de conhecimento e apreensão da realidade os quais permitam, entre outras questões, corresponder às exigências cada vez mais novas, carregadas de complexidades e, por conseguinte, diversificadas para a profissão. A pesquisa aparece como indispensável, na efetivação da direção social.

A presente pesquisa dá continuidade à reflexão sobre a participação e controle social e tem, como foco principal, a capacidade dos conselhos de saúde em vocalizar as demandas da população e devolver a esta população as informações sobre as ações do conselho e em que medida a capacitação dos conselheiros auxilia, nesta função.

Para isso, partimos da premissa de que conseguiremos a efetiva participação da população no controle social quando, a nosso ver, os conselhos conseguirem criar mecanismos para se dar maior visibilidade, além de criarem mecanismos para captar as demandas da população e, por conseguinte, alimentar uma discussão permanente, seja no momento da captação das demandas da população, seja no momento da devolução ou informação sobre as ações desenvolvidas, no espaço dos conselhos. E, para isso, a capacitação seria fundamental, visto que os cidadãos conselheiros seriam orientados não só com os fundamentos do SUS, como sobre os objetivos do controle social e, por conseguinte, dos seus direitos e deveres como conselheiros, o que sobremaneira, contribuiria com a questão da sua representatividade, nesta função.

Realizamos parte da pesquisa na Espanha, país cujo sistema de saúde assemelha-se com o do Brasil, no que diz respeito à universalidade,

descentralização e participação da população, o que nos instigou a avaliar quais os mecanismos utilizados pela população para participação dos mandos públicos.

A mesma foi desenvolvida através do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior (PDEE) com concessão de bolsa de estudos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o período de estágio e pesquisa, naquele país proporcionou-nos a avaliação da participação lá, bem como uma maior reflexão sobre os avanços da participação e do controle social no Brasil.

Para facilitar a organização desta investigação, a tese ficou estruturada em quatro capítulos.

O primeiro objetivou traçar a construção da pesquisa nos dois países (Brasil e Espanha) a partir do nosso objeto e objetivos, detalhando o caminho metodológico, o cenário da pesquisa e a organização dos dados obtidos para a análise dos resultados.

O segundo capítulo intitulado Os sentidos da participação e do controle social na democracia aborda em um primeiro momento o processo histórico da participação desde a Idade Antiga, Idade Média até a fase contemporânea resgatando e esclarecendo como o processo de participação e cidadania são complexos.

Em um segundo momento, traz a questão da política e dos movimentos sociais, no contexto da democracia, na contemporaneidade, além da necessidade de avançar em novos espaços participativos, para além da democracia indireta, pois este modelo representativo vem sofrendo contínuos desgastes. Para exemplificar essa questão aborda-se as várias experiências de participação pelo mundo como os conselhos setorias (base associativa), referendum, redes informatizadas (democracia direta), os círculos de estudos, as conferências de consenso, as pesquisas deliberativas, jurados cidadãos e grupos de discussão, e as formas que conhecemos no Brasil: orçamento participativo e conselhos de políticas públicas (formatos deliberativos). Estas várias experiências são destacadas por autores como Gomà e Font (2001), Stewart (2001), Navarro Yañes (2001a; 2001b), Subirats (2001), Gomà e Rebollo (2001), Avritzer (2008)

Em seguida, é realizada uma reflexão sobre os conselhos de políticas públicas enquanto mecanismos de participação democrática, como um dos exemplos de formato deliberativo que abarca um grande número de pessoas

debatendo sobre os assuntos que interessam à coletividade e que, portanto, é o que obteve, na nossa visão, maior evolução na história da participação.

O terceiro capítulo traz a democracia no Brasil e a participação na política de saúde. Discute-se a história da democracia no Brasil, a sua manutenção e os desafios que se enfrenta a partir dos seguintes elementos: a estrutura organizativa, a participação da sociedade civil através dos movimentos sociais até a consolidação da sua institucionalização através dos conselhos de políticas públicas (entre eles o da saúde) e a globalização com suas influências e, conseqüentemente, os desafios para a efetivação de direitos adquiridos com a Constituição Federal (CF) de 1988.

Os movimentos sociais, assim como os partidos políticos, tiveram especial importância na redemocratização do país e os canais participativos também evoluíram nos últimos anos até chegarem ao formato atual dos conselhos de políticas públicas, destacando-se que com a perspectiva fiscalizatória tal qual o conhecemos, hoje, é resultado de um processo de mobilizações que tem seu início na luta pela efetivação da saúde pública universal.

Neste item, discutimos os avanços, mas também os muitos limites e desafios para a prática democrática de participar dos mandos públicos mesmo 20 (vinte) anos depois da inclusão, destes espaços participativos. Ainda no terceiro capítulo abordamos a estrutura do Sistema Único de Saúde desde a sua criação, as suas várias modificações até culminar no Pacto pela Saúde que determina como uma de suas ações o fortalecimento do controle social, através dos conselhos de saúde.

O quarto capítulo traz os dados da pesquisa realizada nos dois países trazendo em um primeiro momento o processo participativo através dos conselhos municipais de saúde, no Brasil, fazendo a análise a partir das seguintes categorias: a estrutura e a dinâmica dos conselhos na Região da Direção Regional de Saúde VIII (DRS VIII), a captação das demandas e vocalização das ações deliberadas à população ou aos segmentos organizados, as deliberações e, finalmente, a capacitação. Em um segundo momento, trazemos a experiência das comissões de participação cidadã na Espanha, fazendo análise das seguintes categorias: a estrutura e a dinâmica das comissões de participação cidadã, a captação das demandas da população, a vocalização das ações e, finalmente, a efetividade destas comissões.

O objetivo não foi fazer uma comparação dos dados, pois os dois países apresentam contextos históricos, estrutura cultural e educacional diferentes. Os sistemas de saúde são parecidos e com os mesmos princípios, mas com peculiaridades no que se refere ao controle social, diferentes. O objetivo foi trazer reflexões sobre como realizam as ações participativas, o que poderia contribuir, na nossa análise, sobre a participação no Brasil.

Finalizando, foram tecidas algumas considerações acerca dos dados apresentados e estudados no decorrer da investigação, na perspectiva de oferecer contribuições para a construção do conhecimento sobre participação, democracia, controle social não somente para o profissional de Serviço Social, mas para todos que também crêem na necessidade do fortalecimento do SUS, de práticas participativas e que acreditam e lutam pela democracia.

1 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

1.1 Objeto e objetivos do estudo

Determinamos como objeto de estudo a capacitação dos conselheiros (pessoas eleitas para representar segmentos da sociedade civil, profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde e representantes do governo) e elegemos os Conselhos Municipais de Saúde da Direção Regional de Saúde VIII (DRS VIII) como *locus* de nosso estudo em função do fato de entendermos que devemos ampliar nosso olhar para o cotidiano de espaços democráticos de participação social, em uma região administrativa, a qual comporta cidades de diferentes estruturas populacionais e de atendimento à saúde o que nos proporcionaria uma riqueza de informações maiores. Para tanto desenvolvemos este estudo tendo como objetivo geral:

- Analisar a questão da "capacitação dos conselheiros" como mecanismo para favorecer o entendimento sobre o significado/objetivo do Conselho Municipal de Saúde e a responsabilidade deste órgão institucionalizado de controle social.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar os conselhos de saúde dos municípios da DRS VIII no que se refere aos indicativos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 333/2003[1] quanto ao tempo de instituição do Conselho, ao mandato do Presidente e à eleição dos conselheiros.
- Averiguar como os conselheiros entendem a necessidade de capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde (CMS).
- Relacionar as programações de cursos de capacitação oferecidas aos conselheiros e o seu aproveitamento/eficiência.
- Identificar as medidas proporcionadas pelos conselhos das cidades da referida DRS VIII para a efetivação da participação das decisões junto à população ou fazer captações das demandas.

[1] Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, que revoga as diretrizes de ns. 33/92 e 319/2002.

- Analisar como se dá a relação do Conselho Municipal de Saúde com a administração municipal.
- Analisar os mecanismos utilizados pelos Conselhos Municipais das cidades que compreendem a Direção Regional de Saúde VIII (DRS VIII) para favorecer a captação das demandas da população e como acontece a devolutiva das ações para a comunidade.

Para tanto, partimos dos seguintes pressupostos: 1) os conselhos municipais de saúde são uma realidade, no país, há 20 (anos) com relação à participação da sociedade civil na tomada de decisões da esfera pública, porém esta participação ainda se mostra incipiente; 2) muitos brasileiros não conhecem a possibilidade de participação através desta instância de poder e em grande medida porque nem conselhos e nem governo têm canais de informação com a população e em muitos momentos sequer com os segmentos que representam; 3) os conselhos, ainda, têm dificuldades na captação e por conseguinte vocalização das demandas da população porque, na maioria das vezes, os conselheiros acabam por representar o interesse da coletividade a partir de seus próprios julgamentos; 4) muitos conselheiros são representantes, mas desconhecem a sua função, neste órgão de deliberação; 5) acreditamos que a capacitação de conselheiros deveria ser uma prerrogativa para início de cada gestão tendo em vista uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo, no ano de 2006, envolvendo 62 (sessenta e dois) municípios com mais de 100 (cem) mil habitantes e 292 (duzentos e noventa e dois) conselheiros entrevistados. Destes, 89% observaram que necessitam de capacitação para exercerem a sua função de conselheiro.

Entre o período de setembro de 2009 a janeiro de 2010, também pudemos ter contato com a experiência de participação cidadã na direção de políticas públicas em saúde da Espanha, visto que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) daquele país tem características semelhantes ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e, como tal, fundado no princípio da universalidade do direito à saúde, assim como no Brasil é o Estado o responsável pela garantia plena, deste direito.

As principais características deste sistema são: a universalidade da atenção, o financiamento público via impostos, a descentralização da gestão e dos

recursos, a atenção integral à saúde, a coordenação do Conselho Interterritorial e a participação social.

É importante esclarecer que a atenção médica é universal e, portanto, financiada pelo Estado através de impostos, e com relação aos medicamentos, existem alguns critérios que definem o seu pagamento ou não pagamento. Pensionistas e pacientes crônicos têm direito a medicamentos sem qualquer custo e os demais cidadãos contribuem com o financiamento das prestações farmacêuticas com 40% do seu custo.

Assim, como no Brasil, a participação na saúde é regulada pela Lei Geral de Saúde (*Ley n. 14 de 1986*) que, em seu artigo 14, determina que "1. Os serviços públicos de saúde se organizarão de maneira que seja possível articular a participação comunitária através das associações territoriais correspondentes na formulação da política sanitária e no controle de sua execução."[2]

O artigo 53 da mesma Lei determina que

> 1. As Comunidades Autônomas ajustarão o exercício de suas competências em matéria sanitária a critérios de participação democrática de todos os interessados, assim como dos representantes sindicais e das organizações empresariais.
> 2. Com o fim de articular a participação no âmbito das Comunidades Autônomas, se criará o Conselho de Saúde da Comunidade Autônoma. Em cada Comunidade Autônoma deverá constituir, órgãos de participação nos serviços sanitários. [3]

Na Espanha, os conselhos são um instrumento de participação cidadã no processo de tomada de decisões. Por ser um país muito descentralizado, as competências em matéria de saúde estão transferidas às Comunidades Autônomas (CC.AA), que adaptam a normativa Estatal ao âmbito autonômico, que se pode denominar de distintas formas os órgãos de participação cidadã em saúde. Na Galícia, a Comunidade Autônoma analisada, neste estudo, estes órgãos são denominados comissões de participação cidadã.

---

[2] *Los servicios públicos de salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.* (ESPAÑA, 1986, online).

[3] *1. Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales.*
2. Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios. (ESPAÑA, 1986, online).

1.2 Universo da pesquisa

Barros e Lehfeld (2000, p. 86) colocam que “[...] o universo da pesquisa significa o conjunto, a totalidade de elementos que possuem determinadas características, definidas para um estudo” e determinam que “[...] a amostra é um subconjunto representativo do conjunto da população.”

Na presente pesquisa o *locus* de nossa análise aconteceu nas cidades que compõem a Direção Regional de Saúde de Franca (DRS VIII), estado de São Paulo - Brasil, através de uma amostra intencional tendo como contexto o funcionamento de seis Conselhos Municipais de Saúde.

O Estado de São Paulo conta com 645 municípios e a partir de 2007 houve alterações na organização regional. Foi implantado o Pacto pela Saúde, um acordo com pretensão de qualificar um conjunto de entraves no funcionamento do SUS e que precisa da participação da comunidade para ser efetivado.

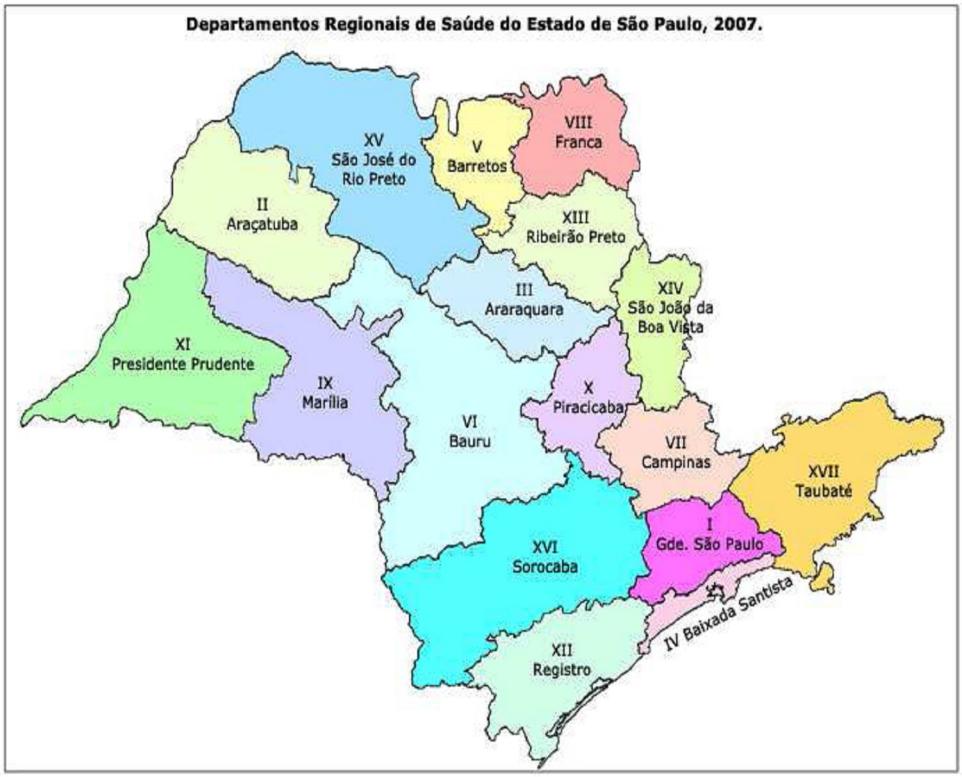
O Pacto pela Saúde está pautado nos princípios da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/1990. Foi idealizado como uma possibilidade de avanço para o SUS, e contribuir para efetivar o direito de todos à saúde de qualidade e ao fortalecimento do controle social. O Pacto tem como diretrizes três frentes de trabalho: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

Para cumprir a Portaria n. 399 GM a qual divulga o Pacto pela Saúde e aprova as suas diretrizes operacionais foram criados Colegiados de Gestão Regionais (CGR), que respeita uma das diretrizes do pacto que é a regionalização.

Cada Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde. Todos eles são formados por gestores municipais de saúde, do conjunto de municípios, e por representantes do gestor estadual. A coordenação do Colegiado de Gestão Regional é exercida pela Direção da DRS.

Como nos mostra o mapa 1, no Estado de São Paulo são ao todo 17 DRSs: DRS I - Grande São Paulo, DRS II - Araçatuba, DRS III - Araraquara, DRS IV - Baixada Santista, DRS V – Barretos, DRS VI - Bauru, DRS VII Campinas, DRS VIII - Franca, DRS IX - Marilia, DRS X - Piracicaba, DRS XI - Presidente Prudente,

DRS XII – Registro, DRS XIII - Ribeirão Preto, DRS XIV - São João da Boa Vista, DRS XV - São José do Rio Preto, DRS XVI - Sorocaba e DRS XVII - Taubaté.



Mapa 1 – Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo
Fonte: Departamento Regional de Saúde (DRS). (SÃO PAULO, 2007, online).

A escolha de nossa investigação foi a DRS VIII que compreende 22 municípios na região nordeste do Estado de São Paulo, e tem a cidade de Franca como a maior delas e, também, sua sede regional.

Esta região é dividida em três microrregiões (Alta Mogiana, Alta Anhanguera e Três Colinas) que envolvem municípios, configurando a rede de assistência estabelecida, nos níveis de complexidade.

A análise deu-se a partir de seis conselhos contemplando dois municípios de cada microrregião:

- dois Conselhos de Saúde de municípios que representam a região da Alta Mogiana;
- dois Conselhos de Saúde de municípios que representam a região da Alta Anhanguera;
- dois Conselhos de Saúde de municípios que representam a região Três Colinas.

O critério de seleção foi determinado a partir de uma amostra intencional que, segundo Barros e Lehfeld (2000), baseia-se na estratégia para que se escolha os elementos da amostra, de acordo com as características estabelecidas.

Foram escolhidos dois municípios, de cada microrregião, os quais possuem o maior número de cidadãos. Seguindo este critério e conforme o quadro, a seguir, mostra-se como está determinada e dividida a região da DRS VIII e suas microrregiões. As cidades selecionadas são: na Região Três Colinas, as cidades de Franca (319.094 moradores) e Pedregulho (15.156 moradores); Região da Alta Anhanguera, as cidades de Ituverava (38.539 moradores) e Igarapava (26.862 moradores); região da Alta Mogiana, as cidades de São Joaquim da Barra (43.703 moradores) e Orlândia (36.149 moradores).

Observa-se que foram contempladas as cidades com números diferentes de habitantes e com diferentes níveis de atenção à saúde.

Tabela 1 – As microrregiões da DRS VIII e a contagem da população dos municípios que a compõem

Municípios da DRS VIII	**Contagem da População 2007**
Região Três Colinas	
Franca	319.094
Cristais Paulista	7.005
Itirapuã	5559
Jeriquara	3.153
Pedregulho	15.156
Restinga	6.350
Ribeirão Corrente	4.014
Rifaina	3.587
São José da Bela Vista	8.173
Patrocínio Paulista	12.183
Região Alta Anhanguera	
Ituverava	38.539
Aramina	5.019
Buritizal	3.872
Guará	18.611
Igarapava	26.862
Miguelópolis	19.972
Região Alta Mogiana	
São Joaquim da Barra	43.703
Ipuã	14.344
Morro Agudo	25.390
Nuporanga	6.629
Orlândia	36.149
Sales Oliveira	8.187
Total	631. 541

Fonte: MINISTERIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO E GESTÁO (2007, online).

Conforme a Tabela 1, Franca é referência para os municípios de Cristais Paulista, Itirapuã, Jeriquara, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista e Patrocínio Paulista totalizando uma população de 384.274. Observamos ainda que as referências primárias são determinadas da seguinte maneira:

a) Franca é referência primária para Cristais Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, São José da Bela Vista e Patrocínio Paulista.
b) Pedregulho é referência primária para Jeriquara e Rifaina.
c) Patrocínio Paulista é referência para Itirapuã.

Outra microrregião é a de Ituverava, totalizando uma população 112.875. Esta cidade é referência para os municípios de Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava e Miguelópolis. Na referência primária esta microrregião organiza-se da seguinte forma:

a) Ituverava é referência para os municípios de Aramina, Buritizal e Guará.
b) Igarapava é referência para Miguelópolis.

Finalmente, temos a microrregião de São Joaquim da Barra que é referência para os municípios de Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia e Sales Oliveira. Esta comporta um total de 134.402 pessoas. Na mesma organização que as demais microrregiões, a referência primária dá-se da seguinte forma:

a) Orlândia é referência para Nuporanga.
b) São Joaquim da Barra é referência para Morro Agudo, Sales Oliveira e Ipuã.

Na Espanha, realizamos o estudo, na comunidade autônoma da Galícia, a noroeste do país, que conforme em destaque, no mapa 3, é uma comunidade autônoma da Espanha, ou seja, é uma entidade territorial que tem autonomia legislativa e competência administrativa próprias.

.

Mapa 2 – Comunidades Autônomas da Espanha
Fonte: España ([2009], online).

No país, em questão, ainda que as comunidades autônomas tenham plenas competências em matérias de saúde no seu âmbito territorial, a organização da participação cidadã na saúde regula-se de maneira geral pela Lei Geral de Saúde do Estado espanhol, de forma que as diferenças nas diversas comunidades autônomas são mínimas, neste assunto.

A região da Galícia, *locus* de nossa pesquisa, comporta um total de 04 (quatro) províncias conforme o mapa 4, sendo elas: A Coruña, Lugo, Pontevedra e Ourense. E cada uma dessas províncias possui suas comarcas (divisão territorial que engloba vários municípios) e seus municípios.

Mapa 3 - Divisão territorial da Comunidade Autônoma da Galícia
Fonte: INTEREMPRESAS..., (online).

Na área da saúde, a Galícia tem suas próprias regiões sanitárias conforme é determinado pela Lei Geral de Saúde n. 14 (ESPAÑA, 1986, online) no seu artigo 53 parágrafo 4

> 4. As áreas de saúde delimitar-se-ão tendo em conta fatores geográficos, socioeconômicos, demográficos, laborais, epidemiológicos, culturais, climáticos e de dotação de vias e meios de comunicação, assim como instalações sanitárias de área. Ainda podem variar a extensão territorial e o contingente da população compreendida nas mesmas, que deverão ficar delimitados de maneira que possam cumprir os objetivos que esta lei sinaliza. [4]

Diferentemente do Brasil, as comissões de participação cidadã, na Espanha, não existem em cada município, mas nas regiões sanitárias organizadas para o atendimento de cada região.

Assim, em toda a comunidade autônoma da Galícia existem 11 regiões sanitárias organizadas pelo Serviço Galego de Saúde (SERGAS): Ferrol, A Coruña, Cervo, Santiago de Compostela, Lugo, O Salnés, Pontevedra, Vigo, Ourense,

[4] *4. Las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.*

Monforte, Barco de Valdeorras. Esta delimitação segue os critérios geográficos, funcionais, demográficos e de acessibilidade, sendo distribuídas conforme a Tabela 2.

Destaca-se que, nesta tabela, colocamos as regiões sanitárias, separando-as por linhas horizontais demarcando as províncias que compõem a Comunidade Autônoma de Galícia.

Tabela 2 - Distribuição das regiões sanitárias na Comunidade Autônoma de Galícia

Províncias	**Regiões Sanitárias**
A Coruña	A Coruña Ferrol Santiago de Compostela
Lugo	Lugo Monforte de Lemos Cervo
Ourense	Ourense Barco de Valdeorras
Pontevedra	Pontevedra O Salnés Vigo
Total	**11 regiões sanitárias**

Realizamos uma pesquisa junto a 05 (cinco) regiões sanitárias envolvendo as 04 (quatro) províncias da Galícia, a saber:

- Província de A Coruña – região sanitária de Santiago de Compostela.
- Província de Lugo – região sanitária de Lugo
- Província de Ourense – região sanitária de Ourense
- Província de Pontevedra – regiões sanitárias de Pontevedra e O Salnés.

Os critérios para seleção não foram iguais aos do Brasil por causa das diferenças destacadas. Como queríamos envolver todas as províncias da Galícia e avaliar regiões de diferentes tamanhos populacionais utilizamos os seguintes critérios:

a) a partir das quatro províncias da Galícia avaliar duas regiões sanitárias envolvendo os municípios de maior número de habitantes. Para tanto verificamos junto ao Instituto Nacional de Estatística da Espanha (INE)

as cidades de cada uma das províncias que tivessem o maior número de habitantes, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Cidades das províncias da Comunidade Autônoma da Galícia com maior número de habitantes

Província	**Município**	**Total habitantes/município**
A Coruna	A Coruña Santiago de Compostela Ferrol	245.164 94.339 75.181
Lugo	Lugo Monforte de Lemos Viveiro	95.416 19.546 16.238
Ourense	Ourense Verín El Barco de Valdeorras	107.057 14.237 14.040
Pontevedra	Vigo Pontevedra Vila Garcia de Arousa	295.703 80.749 37.329

Fonte: España (online).

b) Em seguida, escolhemos, por sorteio, as maiores cidades por província que também fossem as maiores cidades de cada uma das regiões sanitárias. Deste modo, participam as cidades de Lugo e Ourense das províncias de mesmo nome.
c) Determinamos também que avaliaríamos duas regiões sanitárias envolvendo os municípios que teriam o segundo maior número de pessoas e o mesmo critério anterior, recaindo o sorteio nas cidades de Santiago de Compostela e Pontevedra.
d) E, finalmente, uma cidade que tenha o terceiro maior número de habitantes, sendo sorteada a cidade de Vila Garcia de Arousa que é a maior cidade que compõe a região sanitária de O Salnés.

Isto nos faz observar que se atinge quase a metade das regiões sanitárias de Galícia (45,45%). A nível territorial abarcamos as quatro províncias e na mostra populacional estamos cobrindo cerca de 50% de toda a população de Galícia.

1.3 A opção e o caminho metodológico

A opção metodológica foi construída objetivando a maior apreensão das coerências e das contradições na implementação e na efetivação do controle social proposto pelo SUS. Desta forma, utilizamos a abordagem da pesquisa qualitativa e também a quantitativa embasada na necessidade de um aprofundamento dos dados, na busca de desvendar a ação dos Conselhos Municipais de Saúde da DRS VIII

Segundo Lehfeld (2003), esta abordagem orienta a ação, permite maior compreensão sobre a realidade social, auxilia na definição e seleção de diretrizes de atuação medindo os impactos e os resultados.

Aliado a isso, através da mostra quantitativa, poderemos verificar o número de vezes em que ocorre cada situação bem como a sua intensidade. A associação destas duas abordagens possibilita o aprofundamento da análise do objeto estudado.

Os caminhos percorridos foram os de praxe em qualquer pesquisa científica: autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisa e autorização prévia dos entrevistados através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para atingirmos os objetivos propostos fez-se necessário trabalharmos a partir de duas etapas:

- Pesquisa Documental
- Entrevistas

1.4 Pesquisa documental

Nessa etapa, nosso objetivo foi caracterizar os Conselhos de Saúde da DRS VIII através da amostra intencional no que se refere aos indicativos da Resolução n. 333/2003 (BRASIL, 2003, online) quanto ao tempo de instituição do Conselho, mandato do Presidente, paridade, o que nos possibilitará delinear como funcionam os conselhos instituídos da DRS VIII.

A Resolução n. 333/2003 define como diretrizes que os Conselhos de

Saúde devem ter seu funcionamento e organização estabelecidos pelo Regimento Interno local, de preferência, com mandato de dois anos sendo gestão diferente da Administração Municipal e o seu presidente deve ser escolhido em votação, não sendo, preferencialmente, Secretário de Saúde.

A mesma Resolução segue os princípios constitucionais e das Leis Orgânicas da Saúde, Leis n. 8.080 e n. 8.142 de 1990, e prevê a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos. O Conselho deve ser composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do Governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo formado por 50% de representantes de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde e 25% de representantes do governo, entidades ou instituições de serviços públicos, filantrópicos e privados. Esclarece-se que estas Leis determinam a questão do formato e paridade, já que o número de conselheiros que constituirão cada conselho é determinado pela legislação de cada município.

Nossa análise foi baseada em questões, levando-se em consideração que os conselhos são órgãos de caráter deliberativo e fiscalizatório da política de saúde e que os representantes devem estar em consonância com os interesses coletivos.

Para tanto, fez-se necessário conhecer suas estruturas e funcionamento. Este conhecimento deu-se pela análise dos dados coletados quanto às Leis que instituem os Conselhos Municipais e seus respectivos Regimentos internos, nos municípios selecionados através da amostra intencional.

O levantamento minucioso dos materiais coletados foi organizado segundo os objetivos da investigação proposta.

Na Espanha, verificamos a documentação da Legislação vigente bem como o decreto de nomeação dos membros das comissões de participação, mas como a abordagem é diferente do formato brasileiro estas comissões são consultivas.

Nossa análise, a partir de perguntas pertinentes, levou em conta que como comissões consultivas, o poder executivo tem a obrigação de convocá-los, escutá-los, mas os acordos adotados, nestas reuniões, não são vinculantes, ou seja, o poder executivo não está obrigado a respeitar ou implementar qualquer decisão destas comissões de participação cidadã.

1.5 As entrevistas

A caracterização do funcionamento dos Conselhos foi obtida por meio da pesquisa documental. Entretanto, foi necessário conhecer outros meandros da organização destes conselhos e como pensam seus representantes. Desta forma, também foram realizadas entrevistas com conselheiros.

No Brasil, foram entrevistados 02 (dois) conselheiros de saúde de cada conselho estudado. Nossa proposta inicial era realizar as entrevistas com os presidentes dos conselhos, visto que, comumentemente, o Presidente do Conselho conhece a organização, o funcionamento, a dinâmica e todas as medidas realizadas. Portanto, torna-se a pessoa mais indicada para contribuir com a pesquisa sobre como a participação e o controle social acontecem nos respectivos municípios. Entrentanto, observamos que nos conselhos estudados a maioria dos presidentes dos mesmos eram representantes do governo sendo que em dois dos municípios quem exerce a figura do Presidente do Conselho é o próprio Secretario Municipal de Saúde local e em um deles, o próprio, é um prestador de serviços. Assim, para se evitar viés nas questões, nos conselhos onde o secretário de saúde ou outro conselheiro que representar o governo fosse o presidente do Conselho, foi aplicada outra entrevista oportunizando que a fala do usuário também aparecesse.

As entrevistas foram realizadas através de um roteiro de entrevistas semi-estruturado, aplicado a partir de perguntas abertas onde o entrevistado teve total liberdade para responder de acordo com a sua compreensão. Minayo (2007, p. 189) coloca que “[...] o roteiro deve apresentar-se na simplicidade de alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade.” e Barros e Lehfeld (2000, p. 90) “[...] pode possuir perguntas fechadas ou abertas e ainda a combinação dos dois tipos.”

O roteiro de entrevistas teve como objetivo, conseguir o maior número de informações ligadas ao objeto de estudo, o que poderia, posteriormente, indicar elementos que pudessem conduzir à construção das categorias empíricas.

As entrevistas foram pré-agendadas junto aos entrevistados com hora, local e data determinadas para realização de acordo com a preferência e disponibilidade dos entrevistados. Destaca-se ainda que cada entrevista foi realizada na cidade dos conselhos estudados e nos locais indicados pelos sujeitos. Apenas uma delas foi realizada no local de trabalho do entrevistado. As demais foram

realizadas na sede da Secretaria de Saúde de cada município, inclusive as entrevistas com os conselheiros representantes dos usuários.

O roteiro de entrevista foi composto por 15 (quinze) questões que foram coletadas através do uso do gravador depois de devidamente autorizado pelos entrevistados. Os depoimentos colhidos, posteriormente, foram transcritos e finalmente foram realizadas a análise e a interpretação dos dados obtidos.

Na Espanha, a forma de representação, é diferente do brasileiro, por isso optamos por entrevistar representantes de todas as áreas ou coletivos:

- Representantes das entidades locais compreendidas nas áreas sanitárias. Geralmente são os *alcades* (a figura dos executivos locais como a figura do prefeito no Brasil) e os *consejales* (como a figura dos vereadores municipais).
- Associações *vecinais* (associações de moradores) com atuações na área sanitária.
- Organizações empresariais que representam os serviços privados.
- Diretor, gerente ou representante de equipe diretiva de áreas sanitárias (são cargos de Gerentes dos Hospitais Públicos e da área de gestão da Saúde Pública).
- Sindicatos.
- Associações de pacientes.

O roteiro de entrevista composto para entrevistar os membros das comissões de participação foi composto de 12 questões.

No decorrer da análise, as falas dos entrevistados, conforme Minayo (2007, p. 109)

> [...] é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas, e culturais específicas.

Assim, no decorrer da análise das falas dos entrevistados optamos por referirmos a eles por nomes, obviamente trocando seus nomes originais e mantendo o sigilo de sua identidade. Optamos por esta forma porque acreditamos que tratar as pessoas entrevistados por nomes daria mais ênfase às suas representações do que simplesmente tratar-lhes por números ou códigos.

1.5.1 Os sujeitos da pesquisa

No Brasil, a seleção dos entrevistados que não são presidentes dos conselhos deu-se a partir de sorteio e, consequentemente, da aceitação do convite para participar da entrevista do nosso projeto de pesquisa. A princípio gostaríamos de ter entrevistado aqueles conselheiros que participaram de algum curso de capacitação no colegiado, tendo em vista que desde a implantação dos conselhos, ocasionalmente, ocorrem cursos de capacitação para conselheiros promovidos pelo próprio Estado. Entretanto, no nosso universo pesquisado, apenas um conselheiro participou do ultimo curso de capacitação realizado, no ano de 2004, e que está atualmente, como conselheiro. Ao todo foram entrevistados 12 (doze) conselheiros de saúde das cidades citadas.

Todos os entrevistados mostraram receptividade quanto à pesquisa, proporcionando-nos os dados não só em relação as suas falas, mas também quanto aos documentos da Lei de criação do Conselho Municipal local e o Regimento Interno. Houve muita preocupação (de todos os conselheiros) em deixar claro também que o conselho, onde representam, tem suas atribuições respeitadas conforme determina a lei. Desta maneira, ficaram assim determinados os sujeitos, no decorrer da pesquisa:

- 05 (cinco) representantes da sociedade civil,
- 01 (um) representante dos prestadores de serviço,
- 01 (um) representante dos profissionais de saúde
- 05 (cinco) representantes do segmento dos gestores.

Na Espanha, entrevistamos todos os segmentos que têm representantes. Como critérios utilizamos:

a) entrevistar um representante dos moradores de cada uma das províncias (A Coruña (área Sanitária de Santiago de Compostela)), Lugo (área sanitária de Lugo), Ourense (área sanitária de Ourense), Pontevedra (uma das duas áreas sanitárias estudadas – Pontevedra e O Salnés) tendo em vista que acreditamos serem os usuários os que, necessariamente, deveriam trazer as demandas da população para discussão no interior destes órgãos de representação.

b) Entrevistar todos os representantes da área do governo para possibilitar a compreensão de como o Estado aceita este órgão de participação. De todos os três cargos representantes deste segmento (Presidente, Vice Presidente e Secretário) tivemos o cuidado de proporcionar a fala de dois secretários de diferentes províncias tendo em vista que estes têm a função de sistematizar toda a organização da comissão de participação e que, na nossa visão, é a pessoa do governo que tem mais envolvimento burocrático com este órgão de representação.
c) Entrevistar, finalmente, um representante de cada um dos restantes dos segmentos envolvidos.
d) Uma vez que foi determinado o número de pessoas a serem entrevistadas, o critério utilizado para seleção do entrevistado foi o sorteio.

Assim, entrevistamos ao todo:

- Entidades locais: 01 *alcade* (prefeito) e 01 *concejal* (vereador)
- Entidade empresarial: 01 representante
- Sindicatos: 01 representante
- Associações de moradores (*vecinais*): 04 representantes
- Representantes governamentais: 01 Presidente, 01 Vice Presidente e 02 secretários.

1.6 Organização dos dados e análise dos resultados

Para organização dos dados empíricos, priorizamos o uso da técnica de análise de conteúdo, a qual, segundo Minayo (2007), aparece como um conjunto de técnicas, contemplando algumas etapas como: pré análise quando se define as idéias iniciais, plano de análise através do material coletado na pesquisa de campo, exploração do material com a definição das categorias temáticas e, finalmente, o tratamento dos resultados analisando através do processo de decodificação das falas a interpretação dos dados. Estas etapas utilizam procedimentos sistemáticos e

objetivos de descrições de conteúdo das mensagens o que possibilita descobrir os sistemas de relações, as regras, o desencadeamento e as associações, nas falas dos sujeitos.

A identificação das categorias empíricas foi realizada a partir da seguinte questão: quais são os aspectos ou elementos que podem fazer com que os conselheiros desenvolvam da melhor forma possível as funções que consideramos mais relevantes em nosso estudo como: captação das demandas, discussão, defesas e monitorização dos interesses da coletividade e vocalização das ações desenvolvidas no espaço dos conselhos.

Nossa hipótese inicial diz respeito ao fato de que os conselhos poderão conseguir uma maior participação quando os conselheiros estiverem capacitados para essa função, partindo do pressuposto que muitos conselheiros ainda encontram dificuldades para entender a sua própria função.

Entendemos que a institucionalização da participação através dos conselhos significa fiscalizar, deliberar sobre a formulação de estratégias e de controle da execução da política de saúde (incluindo os aspectos econômicos e financeiros), ou seja, as pessoas que estão ali representando os vários segmentos (governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários) têm que estar preparados ou capacitados para tão importante função.

Quando abordamos o termo capacitação, não estamos abordando este tema como a capacidade formal de níveis educacionais, mas sim como:

- Conhecer os princípios do SUS
- Conhecer a realidade local
- Conhecer as funções de conselheiro, no que diz respeito a propor, monitorar, fiscalizar e deliberar sobre as ações do governo.
- Conhecer seus deveres e direitos enquanto conselheiro.

Na nossa concepção, os conselheiros ao deliberarem no espaço dos conselhos devem fazê-lo em nome da coletividade e para tanto deveriam captar as demandas da população ou discutir com os seus representados os assuntos que serão tratados, no conselho. E, enquanto representantes devem também saber que uma de suas funções é transmitir aos seus representados todos os assuntos que foram tratados, discutidos e deliberados. Essa prática traria maior expressão para os Conselhos e, consequentemente, maior envolvimento de toda a população.

Com isto, para avaliar a efetividade da capacitação na melhoria da participação dos conselhos, trazemos duas questões centrais a nosso ver:

- A representatividade e,
- A capacitação dos conselheiros

Para analisar a representatividade avaliamos em que medida os conselheiros captam as demandas da população e em um segundo momento como devolvem as ações deliberadas, para a coletividade e, conseqüentemente, seus representados, nos conselhos de saúde.

A nosso ver a eficiência dos conselhos, além de outros aspectos, está ligada a estas duas variáveis, tendo em vista que uma vez eficaz na representatividade, os conselheiros poderão desempenhar melhor a sua função.

Ao mesmo tempo, esta questão nos leva à capacitação dos conselheiros, que, a nosso ver pode qualificar os conselheiros a cerca desta representatividade.

Para medir esta variável verificamos com os conselheiros em que medida a capacitação poderia favorecê-los na sua representatividade junto aos conselhos de saúde.

Assim, estruturamos nossa análise, nas seguintes categorias:

- A estrutura e a dinâmica dos conselhos da DRS VIII, visto que entendemos que é necessário analisar como estão estruturados e como é a dinâmica em cada um destes espaços colegiados que podem ou não favorecer a representatividade dos conselheiros.
- Captação das demandas e vocalização das ações deliberadas à população ou aos segmentos organizados. Esta análise pode nos trazer os indícios de como acontecem a interação entre conselheiros e seus representados.
- A deliberação, como já abordamos anteriormente, significa reflexão, debate e tomada de decisões. Neste aspecto, é importante saber como nossos conselheiros realizam as deliberações o que nos dará suporte também para traçar a representatividade de cada um dos conselhos.
- A capacitação, onde será avaliado juntamente com os conselheiros em que medida esta capacitação poderá favorecê-los em seu processo de representação.

A partir da experiência vivenciada na Espanha, trazemos também os dados da pesquisa realizada, neste país, ao verificar como os membros das comissões de participação cidadã realizam a captação das demandas da população e a devolução destas ações aos seus representados.

O objetivo não é trazer dados comparativos tendo em vista que os dois formatos de participação são distintos, mas trazer nuances de como realizam estas ações. Isto poderia contribuir na nossa análise da participação no Brasil.

Assim, construímos as seguintes categorias de análise:

- O sistema de saúde da Galícia, trazendo uma panorâmica de como acontecem a participação através das comissões de participação cidadã na CC.AA de Galícia. Como já abordado anteriormente, o sistema participativo na saúde é elaborado pela *Ley Geral de Saúde* n. 14 (ESPAÑA, 1986, online) e entre as CC.AA existem diferenças mínimas de acordo com a Lei de Saúde de cada CC.AA. Assim, ao estudarmos Galícia, entende-se que compreendemos o formato de participação cidadã da Espanha.
- Captação das demandas da população. Trouxemos a análise de como existe a captação das demandas dos representados para discussão nestes espaços de participação. É importante destacar que, na Espanha, existem formatos de representação, principalmente, por parte da população chamado movimento "*vecinal*" ou movimento de moradores. E estes estão organizados em associações de moradores, semelhante ao formato brasileiro de associações comunitárias. Mas também, neste país, as várias associações comunitárias podem associar-se em Federações e estas em Confederações, o que, sobremaneira, podem incrementar e qualificar esta participação e representatividade.
- Vocalização das ações das comissões de participação cidadã onde focalizamos como os vários segmentos ali representados dialogam com seus representados encaminhando as ações discutidas que envolvem a coletividade representada e também os assuntos discutidos nos espaços das comissões de participação cidadã da saúde.

- Efetividade das comissões de participação cidadã onde trazemos o que os representantes sentem com relação a estas comissões de participação.

Enfim, independentemente destas categorias estarem e serem abordadas separadamente, estão integradas e interligadas no processo de entendimento da participação e do controle social nos mandos públicos. No decorrer da análise, foram utilizados depoimentos dos entrevistados para melhor ilustrar o sentido atribuído por eles.

CAPÍTULO 2 OS SENTIDOS DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA DEMOCRACIA

> Controle social é a forma da participação da sociedade através de segmentos públicos dos usuários pra poder estar acompanhando, monitorando, controlando a política pública. (Vera, representante dos usuários)..
>
> Controle social é a participação, né, do usuário nos serviços. [...] o usuário tem voz ativa. Tá caminhando pra isso, né. Todo usuário tem que ter a conscientização de que ele é participante desse sistema, né. (Vanessa, representante governamental)
>
> São as pessoas que tá disposto. Vai nas reuniões. Ninguém ganha nada. Vai por amor ao município e amor à população que é a vontade de fazer alguma coisa para o próximo. (Geraldo, representante dos usuários)

As pessoas entrevistadas entendem o controle social como a participação da sociedade, na gestão governamental. A idéia de controle social está, intimamente, ligada ao termo participação e à necessidade da população conscientizar-se da sua importância nos processos de decisão e com o termo democracia.

Ao avaliarmos o depoimento da entrevistada Vanessa enfatizando o acompanhamento, monitoramento e controle da política pública percebe-se que a emergência da democracia deliberativa faz-se presente, principalmente, no que diz respeito ao debate dos cidadãos sobre as políticas públicas e, conseqüentemente, o controle desta pela população o que faz inevitável entender a necessidade da renovação da democracia.

Neste capítulo, destaca-se a história da participação uma vez que não há como desvinculá-la da questão política e dos movimentos sociais no decorrer da história. Aliado a isso, citamos já, no século XX, as várias formas de participação com destaque para os conselhos de políticas públicas, como um dos mecanismos adotados de participação da sociedade atual.

A participação tal qual nos referimos tem uma conotação jurídica, no mundo contemporâneo, visto que em muitos países aparece como requisito legal nos assuntos públicos e também traz à tona conceitos como democracia, sociedade civil, empoderamento ou *empowermet*.

É importante destacar, entretanto, que a participação dos cidadãos é muito mais antiga e tem na Grécia antiga o seu legado. É uma historia bonita, de conquistas, mas também com limites e resistência à participação dos cidadãos e a conseqüente primazia do poder.

A democracia ateniense chegou ao seu fim, em 322 a. C, com o ressurgimento do governo democrático, mas agora representativo cerca de dois milênios depois. É esta forma de democracia que presenciamos nos dias atuais.

A partir desta informação e com o objetivo de também sintonizar os períodos históricos e esclarecer como o processo de participação e cidadania é complexo identificaremos as fases desde a Idade Antiga, passando pela Idade Média e chegando à fase contemporânea.

2.1 O processo histórico da participação

A democracia direta começa em Atenas no ano V a.C, onde as assembléias decidiam o que melhor seria para toda a população. Existia a ampla participação de toda a sociedade, embora fossem excluídos as mulheres, crianças, estrangeiros e os escravos.

Ganuza Fernández e Alvarez Sotomayor (2003, p. 15) falam que descontando os excluídos e aqueles cidadãos que não queriam ou não podiam dedicar-se aos assuntos públicos e tendo em vista a enorme população de escravos, a participação direta também tinha suas limitações.

Nas palavras de Coutinho (1999, p. 43) sobre a cidadania grega:

> Aristóteles definiu o cidadão: para ele, cidadão era todo aquele que tinha o direito (e conseqüentemente, também o dever) de contribuir para a formação do governo, participando ativamente das assembléias nas quais se tomaram as decisões que envolviam a coletividade e exercendo os cargos que executavam essas decisões.

Com efeito, desde os tempos dos antigos gregos, a participação constituiu, idealmente, no encontro de cidadãos livres debatendo, publicamente, e votando sobre decisões de governo, mas que diante dos limites impostos não era universal.

Não era universal, mas, definitivamente, era um avanço tendo em vista que antes deste modelo ateniense o que predominava era a prática política comandada por realezas que conforme Chauí (1993, p. 372 apud LUIZ, 2006, p. 17, grifo do autor)

> [...] a vontade do governante era o parâmetro para a ocorrência da guerra, da paz, da vida ou da morte, da justiça ou da injustiça. Esta prática política despótica existia, através das realezas micênicas e cretenses, nos territórios onde posteriormente se formaria a Grécia; e também onde viriam a se formar Roma, com as realezas etruscas, assim como nos grandes impérios orientais – Pérsia, Egito, Babilônia, Índia, China – vigorava o **poder despótico** ou **patriarcal**.

Com o surgimento do mundo grego-romano, houve alteração no sistema de poder tendo como parâmetro as leis. O poder não ficava mais centralizado em uma única figura, mas no coletivo.

Segundo Luiz (2006, p. 19)

> [...] uma característica importante da sociedade greco-romana foi a sua organização comunitária, que ecoou na questão da cidadania. Por um lado, para os gregos aquele sujeito que não nascia na cidade-estado (polis), não era tido como um cidadão, porque “A cidadania antiga transmitia-se, idealmente, por vínculo de sangue passado de geração para geração”.(GUARINELLO, 2003, p. 34).

E segundo Luiz (2006, p. 19)

> [...] quando Roma se expandiu para a Itália antiga - durante o século III a.C., os romanos concederam cidadania a outros povos com a intenção de cooptá-los. Por esse motivo, “a concessão de cidadania a aliados era um fator importante para a acomodação das elites nos territórios conquistados” (FUNARI, 2003, p. 56).

Outra questão que merece destaque para o legado do mundo grego-romano são os fundamentos de instituições que contribuíram para a construção de práticas democráticas.

Conforme Luiz (2006, p. 20)

> [...] por volta do século VI e início do V a.C., após o domínio da realeza etrusca, surgiu a República oligárquica, que, por um lado, era governada pelos grandes senhores de terras, os chamados patrícios e, por outro, havia também a participação da plebe (que era constituído pelos não-proprietários ou pobres). Num primeiro momento, somente os patrícios eram tidos como cidadãos com plenos direitos, uma vez que, ao se constituírem numa oligarquia rural, “mantinham o monopólio de cargos públicos e mesmo dos religiosos”. (FUNARI, 2003, p. 50).

Este autor também aponta que a partir da República, por dois séculos (V e IV a.C.) os plebeus lutaram contra os patrícios visando assegurar igualdade de direitos e “[...] em 494 aC., o povo conseguiu que fosse instituído o Tribunal da Plebe, magistratura com o poder de veto às decisões dos patrícios. Os plebeus puderam criar suas próprias reuniões, ‘os concílios da plebe’ ... os plebiscitos” (FUNARI, 2003, p. 53 apud LUIZ, 2006, p. 20).

O ano 476 a.C é marcado pelo fim da Idade Antiga com a queda do Império Romano e inicio da Idade Média.

Conforme Luiz (2006, p. 20) “Na Idade Média, com advento do modo de produção feudal, a cidadania teve dificuldades para existir, havendo inúmeros aspectos de ordem sócio-econômico-cultural que inviabilizaram a sua existência.” A sociedade era dividida entre sacerdotes, guerreiros (nobres) e camponeses sendo que esta hierarquia medieval se nutria de valores e crenças de cunho religioso: para sermos mais precisos, ela era resultante - segundo a crença dos medievais - da vontade de Deus.

No Renascimento (entre os séculos XIV e XVI), o mesmo autor define que ocorre uma profunda transformação nesta visão de mundo do período medieval onde os homens eram “servos obedientes a Deus e submissos às regras do feudo”. Uma das características mais marcantes desse período é o surgimento da concepção individualista que dará fundamento à “[...] *visão burguesa*, que iria repercutir na moderna concepção a respeito do homem.” (LUIZ, 2006, p. 24, grifo do autor).

Para isso, a base material foi o surgimento de atividades comerciais em cidades independentes como Florença, Veneza, Milão entre outras e também o questionamento sobre a valorização do universo teológico enaltecido pela época medieval. Neste período, as cidades queriam independência, fruto de reivindicações políticas, organizadas pela nascente classe burguesa comercial a qual defendia seus interesses da nobreza feudal, uma vez que objetivavam total autonomia. (LUIZ, 2006, p. 24).

A cidadania preconizada pelos renascentistas estava, intrinsecamente, ligada aos interesses da classe dominante e conforme Singer (2003 apud LUIZ, 2006, p. 25) para a grande maioria da população, a participação não existia

> [...] em função da ausência de direitos políticos ou pelas péssimas condições de sobrevivência do povo, resultado da generalizada falta de trabalho ocorrida a partir do século XVI, das inúmeras guerras religiosas, pelas oscilações da produção, pela existência de baixos salários, entre outros.

Já a concepção individualista, destacada como um dos grandes legados desta época, é que dá surgimento e está presente na concepção liberal.

Nos primórdios do capitalismo (século XV) a burguesia comercial estava se formando, mas possuía muitos problemas (condições das estradas, saques e roubos, ausência de regras entre outras questões) que dificultavam a dinâmica do comércio. Segundo Luiz (2006, p. 25, grifo do autor) esses problemas "[...] existiam em função da *ausência* de um poder hegemônico na sociedade: o Estado."

Assim, no século XV, surge o Estado absolutista fruto da aliança entre o Rei e a burguesia com vistas a melhorias no sistema comercial, mas com total ausência de qualquer tipo de participação. O próprio regime já o diz. A figura do Rei era soberana e os súditos deviam obrigação e obediência a ele.

Para Luiz (2006, p. 26)

> [...] o burguês concebeu o poder do Estado Absoluto como injusto, irracional e ilegítimo. Inconformada com tal situação, por financiar economicamente o Estado Absolutista, a burguesia procurou criar mecanismos para que pudesse ter acesso ao poder político. É nesse contexto que eclodiu a Revolução Inglesa (Revolução Gloriosa) de 1640 até 1688, que, como sabemos, foi uma revolução burguesa, visando a conquista do poder político do Estado pelos burgueses.

Cem anos depois (1789) acontece a Revolução Francesa com a tomada do poder pela burguesia e a instituição do modelo de Estado liberal, trazendo para os cidadãos do século XVIII os direitos civis que "[...] estavam em sintonia com os princípios e interesses burgueses: individualismo, igualdade (formal) e liberdade". (LUIZ, 2006, p. 29).

Para Rouanet (1994, p. 25 apud LUIZ, 2006, p. 29), esta liberdade "[...] serviu de moldura para centenas de lutas sociais que redundaram na efetiva melhoria das condições da classe operária de desfrutar de fato seus direitos civis e políticos."

Nos fins do século XIX, na Europa, a cidadania também passa a conter os chamados direitos políticos. E conforme destaca Luiz (2006, p. 29)

> Sabemos que os direitos políticos eram freqüentemente negados para a grande maioria dos trabalhadores, à medida que o direito ao voto era facultado apenas aos proprietários. Os sindicatos, nos governos liberais, eram proibidos e os partidos de massa não legalizados. Desta forma, os direitos políticos eram o resultado de incessantes lutas das classes trabalhadoras.

Em resumo, a partir do ideal de democracia preconizado pelos Atenienses em V a.C. e avaliando todas as mudanças que ocorreram até o século em questão, destaca-se as privações e os limites que a massa da população sofreu tendo em vista que a primazia do poder da classe burguesa ou daqueles que possuíam riqueza eram incontestáveis.

A evolução histórica levou a mudanças no sistema de governo conforme destacam Ganuza Fernandez e Álvarez Sotomayor (2003, p. 15). Com estas mudanças estruturais no sistema, a revolução industrial e a própria idéia de revolução burguesa seria difícil manter as assembléias atenienses mesmo mantendo as restrições e exclusões de parte da sociedade. “A contínua consulta levaria a processos complexos e lentos que fariam inviáveis a governabilidade” e assim aparece a figura da representação através de eleições estabelecendo os sistemas de partidos.

Este sistema é um processo democrático que determina um método político para se chegar a decisões políticas e administrativas transformando-as em um método para constituição de governos através de um conjunto de regras.

Elster (2001, p. 130) coloca que a democracia é como qualquer tipo de controle efetivo e formalizado por parte dos cidadãos sobre os dirigentes e as políticas: efetivo a fim de excluir rituais formais de participação e formalizado para excluir a rebelião como meio de controle.

Democracia, origina-se da palavra “demos” cuja definição é povo, significa no princípio democrático que é o povo quem detém o poder soberano. Uma das suas principais diretrizes é a defesa da liberdade de expressão, de religião, o direito à proteção legal, participação na vida política, econômica e cultural da sociedade.

Neste sistema, segundo Cohen (2001, p. 235) a legitimidade da democracia está no fato de que o poder estatal é autorizado a partir de decisões coletivas de todos os cidadãos e neste aspecto emprega o uso da palavra soberania.

Diante da questão da soberania do povo, cabe uma pergunta: é possível de fato que o povo governe nos tempos atuais?

Santos e Avritzer (2008, p. 17) respondem a essa questão a partir da reflexão de dois autores: Shumpeter (1942) e Bobbio (1979). A partir da obra do primeiro, intitulada *Capitalism, socialism and democracy* enfatiza-se que o procedimento democrático determina um método político para se chegar a decisões políticas e administrativas transformando-a em um método para constituição de governos. Ou seja, para Shumpeter, o povo é soberano somente na capacidade de votar e eleger seus representantes.

Através da obra de Bobbio, intitulada *Marxismo e Estado*, escrita em 1979 coloca-se que a democracia constitui-se em um conjunto de regras entre as quais se destaca o peso igual dos votos e a ausência de distinção econômica, social, religiosa e étnicas na constituição do eleitorado. Outro estudo de Bobbio, intitulado *O futuro da democracia* escrito em 1986, segundo Santos e Avritzer (2008, p. 17) determina que a participação acaba ficando sem incentivos em função da complexidade da sociedade nas democracias modernas.

Neste sentido, concordamos com os autores quando avaliam que houve redução da soberania à passagem da identificação desta como regras para o processo eleitoral.

Para Boaventura Souza Santos e Leonardo Avritzer (2008, p. 11) a democracia

> [...] assumiu um lugar central no campo político durante o século XX e se tornou um processo hegemônico ao final da segunda guerra mundial, mas que implicou em restrição das formas de participação e soberania em torno de um processo eleitoral para a formação de governos.

Para Oliveira (2005, p. 13)

> A democracia moderna desde logo já não correspondia exatamente ao governo de todos. O caráter intrinsecamente concentrador do novo sistema propõe imediatamente uma assimetria de poder entre os cidadãos que dificilmente traduz um governo de todos. E a separação que o liberalismo operou entre o poder político e o poder econômico, revolucionária para um mundo saído do feudalismo, cria um poder privado, o econômico, cuja gestão é retirada do cidadão comum.

Os países centrais consolidaram a concepção hegemônica de democracia liberal, como modelo único e universal, aproveitado ou consagrado pelo Banco

Mundial e Fundo Monetário Internacional, principalmente, ao transformá-la em condicionalidade política[5] para a concessão de empréstimos ou ajuda financeira. Santos e Avritzer (2008, p. 32) apontam que o modelo de democracia liberal procura "[...] estabilizar a tensão controlada entre democracia e capitalismo." De um lado priorizando a acumulação de capital e de outro lado a limitação da participação cidadã que poderia fortalecer as reivindicações sociais e sobrecarregar com demandas sociais o Estado, colocando em risco a prioridade de acumulação.

Na democracia liberal espera-se que o Estado abstenha-se de interferir na esfera dos direitos do cidadão e na economia, ou seja, é ter um Estado preocupado em preservar a democracia não interferindo na economia.

Diante desta questão exposta, destaca-se que Bobbio (1986) coloca que a doutrina democrática tinha imaginado um estado sem corpos intermediários, característicos da sociedade corporativa das cidades medievais e do estado de camadas ou de ordens anterior à afirmação das monarquias absolutas. Ou seja, uma sociedade política na qual o povo soberano é composto por tantos indivíduos (uma pessoa, um voto).

No entanto, o que vemos na sociedade democrática moderna é exatamente o oposto. Os grupos tornaram-se relevantes, pois encontramos associações de diversas naturezas, partidos políticos de diversos pensamentos ideológicos. Não existe a soberania, mas o jogo de interesses, ao mesmo tempo políticos e particulares, o que em muito contribui para a crise da democracia representativa que temos presenciado a partir das ultimas décadas.

Destaca-se que, na contemporaneidade, os partidos políticos, sem dúvida, tiveram e têm significativa importância apesar de apresentarem-se insuficientes na manutenção da democracia. Também destaca-se o crescimento dos movimentos sociais. É por isso que a seguir, apontamos os avanços da participação através dos partidos políticos e dos movimentos sociais no contexto da democracia.

[5] É tido como condicionalidade internacional tendo em vista que o Banco Mundial e o FMI concentraram sua política de empréstimos atrelada a ajustes econômicos que vinham de encontro e em conformidade com as diretrizes apontadas pelo Consenso de Washington, ou seja, um conjunto de reformas neoliberais centradas na doutrina da desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e redução do tamanho e papel do Estado. Na prática isto implica em monitorar as políticas econômicas e sociais dos países com dividas.

2.1.1 A participação na contemporaneidade

Subirats (2001, p. 34) destaca que a participação acabou ficando por conta das eleições de representantes dos partidos políticos representados em sua maioria pelas elites e este sistema acaba por provocar altos níveis de profissionalização da vida política primando pela lógica do partido ao invés da lógica social e disso resulta que "[...] as vias de representação existente mais separam do que aproximam representantes e representados."

Podemos afirmar que não existe democracia sem partidos políticos. Ou seja, nos últimos 150 anos, este sistema de representação firmou-se, tornando-se uma forma de canalização e representação das necessidades da sociedade. Entretanto, também é preciso destacar que nas últimas quatro décadas o vínculo conquistado entre representantes e representados tem se modificado, significativamente.

É necessário apontar que, neste período, destacado e em alguns países também houve momentos em que este sistema ficou imobilizado.

Durante o século XX, muitos países passaram por regimes ditatoriais, entre eles os países da América Latina e em especial o Brasil (entre o período de 1964 a 1985). A emergência da ditadura, no Brasil, inseriu-se num contexto internacional onde ocorreram inúmeros golpes de Estado, patrocinados pelos centros imperialistas, sob a hegemonia norte-americana.

José Paulo Netto (2007) chama este período de contra-revolução preventiva em escala planetária, especialmente, em países do chamado Terceiro Mundo, onde se desenvolviam movimentos de libertação nacional e social. Com o objetivo de minimizar as tendências à revolução e ao socialismo, este período conseguiu adequar os padrões de desenvolvimento nacionais ao ritmo mais intenso e profundo da internacionalização do capital.

Em países centrais também aconteceram períodos ditatoriais. Como exemplo, citamos a Espanha que enfrentou a ditadura do General Franco desde 1939 com o fim da Guerra Civil e a vitória de Franco sobre a II República. Este país ficou sob o domínio da ditadura por mais de 30 anos sendo que em 1975, o General Franco morre colocando fim a este regime político e tendo, finalmente, eleições democráticas, em 1977.

Atores do sistema político tiveram um papel fundamental, nestes períodos, em que também se mobilizaram para alterar o padrão centralizado de organização e gestão estatais que vigoravam e era próprio do governo autoritário. Esta medida tinha como um dos objetivos a descentralização do poder e o conseqüente fortalecimento político e econômico dos níveis estadual e municipal de governo. Num primeiro momento, essa intensa mobilização teve o objetivo de demonstrar a insatisfação com o regime ditatorial e a luta pela redemocratização (ALMEIDA; CUNHA, 2009, p. 1).

Em suma, o que podemos destacar é que países passaram a ser países democráticos, que atores políticos tiveram especial papel, mas a redemocratização acontece dentro do que podemos chamar de uma concepção restrita ou como Leonardo Avritzer (2008) determina de democracia de baixa intensidade, ou seja, ela existe, mas o povo é soberano apenas para constituir o governo, sem grandes processos participativos.

A democracia representativa vai perdendo sua centralidade em meio a processos decisórios advindos da redemocratização e da onda neoliberal que avançou pelos países do ocidente trazendo conseqüências devastadoras.

Com o avanço da redemocratização e nos tempos atuais, como já observamos anteriormente, os poderes concentraram-se na economia e no mercado. A economia, totalmente, globalizada expande-se aos olhos dos Estados, tem fácil acesso ao poder e se utiliza de instâncias políticas podendo levar Estados a alterarem suas políticas, leis, redução ou incentivos fiscais, ou o que assim melhor for defendido pelos interesses dominantes.

Sobre isso, podemos refletir que, de maneira geral, nos meandros políticos, os partidos lançam-se na eleição objetivando conquistar votos e eleitores a partir de uma plataforma de governo e com vários atores representando diversos segmentos societários. Uma vez no poder, para se manter e para crescer enquanto governo ele não pode se fixar somente no segmento ou eleitor que o elegeu e sim ampliar seu olhar, ações para segmentos societários que outrora não defendia.

Melo (2009) coloca que os partidos têm uma dupla função: de um lado a organização das idéias através dos partidos políticos que se encarregam de dar uma racionalidade às decisões políticas no espaço legislativo. E de outro lado a sustentação dos governos. Ou seja, fica inviável cada um representar suas próprias idéias, visto que cada pessoa tem sua própria maneira de pensar, seus próprios

desejos e assim ficaria difícil cada um decidir por sua própria razão e, neste sentido, os partidos encarregam-se da coordenação das idéias dos representantes. Por outro lado, nenhum governo consegue se manter no poder, seja em um congresso, seja em um parlamento, sem o apoio dos partidos.

É certo que os grupos dominantes e que conseguem uma representação mais significativa também alcançam resultados políticos mais expressivos. Por outro lado, também temos o oposto e muitos municípios ou segmentos populacionais não conseguem eleger um representante para defender seus interesses.

Outra questão importante, é que para conquistar mercados e obter resultados, os sistemas acabam, por vezes, corrompidos ou desgastados. O resultado, deste modelo, é o da geração de resultados a qualquer preço, da generalização da indiferença, da injustiça e da exclusão social.

Aliado a todas estas questões apontadas, o nível de informação nas últimas décadas também aumentou com a televisão, o rádio, o avanço da internet onde a população tem informações sobre os representantes governamentais, tem condições de visão mais crítica da realidade, o que contribui também para o aumento da crise da democracia representativa.

Em suma, o que podemos apontar é que na contemporaneidade a participação, apenas através dos partidos políticos, tem se mostrado insuficiente, em função de várias questões. Entre elas está a profissionalização dos políticos, a separação dos interesses dos partidos e dos próprios políticos, o desinteresse dos cidadãos pelas questões políticas e, conseqüentemente, a falta de confiança nos partidos políticos e o distanciamento entre os representantes e seus representados.

Por outro lado, não é possível falar em participação na contemporaneidade somente pelo aspecto político. É necessário trazer à tona os movimentos sociais, que também tiveram importante expressão quanto à participação e que tiveram uma evolução nas últimas décadas.

Gohn (2003) ao estudar sobre participação aponta que na abordagem marxista, o conceito de participação não é encontrado de forma isolada, mas sim articulado a duas outras categorias de análise: lutas e movimentos sociais, ou seja, os movimentos sociais caracterizam-se por dois fatores: pela natureza da classe social que emerge e pelo seu caráter de luta, seja ele reformista, reacionário, revolucionário ou conservador.

Como já abordamos, anteriormente, as lutas sociais sempre existiram, sob o prisma da igualdade, objetivando melhores condições de vida a partir da manifestação de grupos sociais excluídos e da necessidade de reivindicar. Desta questão podemos apontar grandes movimentos conquistados no decorrer da história que nos mostra que a construção de interesses comuns também fez a população mais forte. Como exemplo, podemos citar: os movimentos ecológicos, o movimento das mulheres (feminista), que não passaram pelo crivo dos partidos políticos e estes últimos (os partidos) por si só foram perdendo a capacidade de monopólio da captação das demandas.

No Brasil podemos citar: as resistências indígenas e negras, os quilombos, o movimento dos camponeses, as lutas abolicionistas e dos imigrantes, as revoltas urbanas contra a carestia, a revolta das vacinas e mais recentemente na década de 1980 o Movimento Sanitário (1985), Movimento dos Sem Terra (MST) que ainda está em marcha e o movimento das “Diretas Já” que, no ano de 2009, comemorou-se 25 (vinte e cinco) anos de luta pela redemocratização, deste país.

Destaca-se ainda, que no século XXI temos ações coletivas que se manifestam pela paz, contra a violência, contra o desemprego, por melhorias salariais, contra o neoliberalismo e a guerra, os chamados movimentos antiglobalização e o Fórum Social Mundial.

No período ditatorial, a participação ficou muito atrelada a planos de desmonte à ditadura, propiciando que grupos organizados se manifestassem contrários à ordem ditatorial estabelecida. A história nos conta que foram momentos difíceis, de repressão política, civil e atitudes autoritárias por parte do governo estabelecido.

Clímaco (2002) ao estudar os movimentos sindicais, no período de ditadura, destaca que grandes movimentos sociais que antecederam à instalação da democracia, aglutinou movimentos com distintas origens e objetivos, cujo ponto de convergência foi a luta contra o regime autoritário. Na sua visão, uma vez implantada a democracia, o que determinou a anistia, a legalização partidária e sindical, o direito de associação, a convocação de eleições, houve uma gradual redução nos níveis de participação.

Já Antunes (2003) aponta para esta questão com uma complexidade maior, e destaca o aprofundamento da crise do capital e a expansão do neoliberalismo que teve como legado: o aumento do desemprego, os cortes nos

gastos sociais, a legislação anti-sindical e o amplo programa de privatização, as mudanças nas relações de trabalho e nas relações entre o Estado e a sociedade civil, exigida pelas políticas de ajuste, tal como recomendadas pelo Consenso de Washington.

Com relação à participação política, fica claro, que os períodos ditatoriais (não só no Brasil) minaram qualquer possibilidade de participação civil nos mandos públicos. E com a redemocratização destes países, nas últimas décadas do século XX, acontece a emergência de se entender o que é a democracia e a necessidade de processos participativos mais amplos.

Em resumo, o que podemos apontar é que na década de 1960 a participação acontece de maneira pontual com movimentos de protestos contra a ditadura militar aliado a movimentos de expressão como o Movimento dos Direitos Humanos e Femininos. Os países redemocratizaram-se e reivindicaram mais participação nas decisões o que foi ampliado através da Constituição de vários países, entre eles o Brasil, os países da América Latina e também a Espanha.

Uma vez determinada a participação como conquista da sociedade o desafio é fazê-la mais intensa. Ou seja, apenas votar não é o ideal da democracia contemporânea onde os cidadãos sejam meros expectadores das decisões governamentais.

O ideal e, portanto, um desafio, é que os cidadãos possam exercer a participação articulando-se com o sistema político, uma participação mais ativa, mais comprometida e fiscalizatória na tomada de decisões que afetam as comunidades.

Para compreensão desta forma de participação aproximamo-nos do arcabouço teórico da teoria democrática deliberativa e suas implicações na democracia, na contemporaneidade, e para tanto trazemos a seguir os avanços e as modificações que foram ocorrendo.

2.2 Os avanços da participação na democracia

Como sabemos, a democracia na contemporaneidade é determinada como um regime de governo onde o poder reside nos cidadãos que decidem direta

ou indiretamente, por meio de seus representantes. Governos democráticos estão disseminados pelo mundo e têm como essência a separação e independência dos poderes fundamentais do estado (legislativo, executivo e judiciário) bem como seu exercício, em nome do povo, por meio das instituições que dele emanam.

A definição da democracia como o ideal de governo nem sempre pode ser considerada como a realidade que está posta. Como já destacamos, anteriormente, ela tem origem na Grécia, mas até os dias atuais passou por muitos processos. O que se destaca, na atualidade, (no senso comum) é sua organização direta ou indireta (que é a que conhecemos através do sistema de representação) e a discussão sobre socialismo em contraposição à democracia.

Chauí (2007, p. 50) coloca que “Estamos acostumados a aceitar a definição liberal da democracia como *regime da lei e da ordem para a garantia das liberdades individuais*”, ou seja, acostumados a aceitar a definição de liberdade como direito de ir e vir, da Lei como “[...] potência judiciária para limitar o poder político, defendendo a sociedade contra a tirania, pois a lei garante os governos escolhidos pela vontade da maioria [...].

Entretanto, também vimos, anteriormente, que a ordem pré-estabelecida da democracia representativa já não satisfaz a atual organização. Assim, o que nos interessa, neste aspecto, são suas reformas e inovações.

Nobre (2004, p. 24-25) aponta como explicação para o desgaste da democracia representativa a questão dos partidos políticos, colocando que

> Em primeiro lugar observa-se uma desradicalização do partido, tanto pela tentativa de obter o maior numero de votos possíveis no conjunto do eleitorado, como pela necessidade de construir acordos e coalizões eleitorais e de governo, o que leva, por sua vez, o pragmatismo de concentrar esforços em objetivos políticos alcançáveis. Em segundo lugar, observa-se uma burocratização e centralização administrativa das estruturas partidárias, bem como a estratégia de propaganda permanentes. Com isso, são as bases mesmas do partido que são gradualmente desmobilizadas em favor de quadros militantes profissionais. Por fim, as novas condições de competição política dos partidos de massa acarretam uma identidade coletiva em prol de uma administração pragmática da heterogeneidade cultural e de valores dos filiados.

E Subirats (2001), ao fazer uma análise sobre a necessidade de participação já que vivemos numa democracia, conclui que é conveniente avançar na busca por novos espaços participativos para assim consolidar a democracia tendo em vista a pouca capacidade de resolução de problemas, principalmente

nestes vários momentos de mudança de parâmetros econômicos e sociais do último século e também tendo em vista que a partir do modelo de representação ora instituído os cidadãos ficam desarmados pois sua única possibilidade é mudar de voto a cada período de anos.

Neste contexto, vários autores concordam que houve desgaste da democracia e trazem contribuições, no sentido de ampliar essa concepção. Assim, as concepções que conhecemos (democracia direta e indireta) expandem-se e introduzem novos formatos para a democracia direta como: democracia participativa e deliberativa.

Para Font e Medina (2001), assim como Sánchez (2003, p. 40) a partir da crítica realizada sobre a natureza da democracia representativa nasce a necessidade da democracia participativa com mecanismos e formas de participação implicando em novas formas de institucionalização democrática: a democracia deliberativa, ou seja a forma que a democracia tem para superar os limites institucionais de uma democracia, que é restrita aos meios da representação.

Santos e Avritzer (2008, p. 47) também apontam que a democracia existente está muito distinta do ideal democrático analisando que é preciso reivindicar a legitimidade da democracia participativa, seja “[...] pressionando as instituições da democracia representativa no sentido de torná-las mais inclusivas, quer ainda, buscando formas de complementaridade mais densas entre a democracia participativa e a democracia representativa.”

Para esses autores democracia participativa nada mais é que uma alternativa possível de sistema democrático onde “[...] para resolver os problemas da vida social, em cada um dos níveis, é capaz de integrar de maneira efetiva o poder instrucional representativo e de maior participação cidadã possível.” (SANTOS; AVRITZER, 2008, p. 49).

Subirats (2001) assim como Santos e Avritzer (2008, p. 51) destaca a necessidade de ampliação da democracia. Estes últimos autores analisam a possibilidade do fortalecimento da biodiversidade que significa a coexistência (pacifica ou conflitual) de diferentes modelos de práticas democráticas. Segundo os autores “[...] o primeiro elemento importante da democracia participativa seria o aprofundamento dos casos nos quais o sistema político abre mão de prerrogativas de decisão em favor de instâncias participativas.”

E acrescentam que a concepção de complementaridade implica na decisão da sociedade política ampliar a participação local através de “[...] formas participativas de deliberação, de prerrogativas decisórias, a princípio detidas pelos governantes.” (SANTOS; AVRITZER,2008, p. 50).

Maiz (2004, p. 10) coloca que o ideal de uma democracia direta, isto é, de uma sociedade autogovernada, aposta potentes princípios frente à democracia representativa: soberania popular efetiva, igualdade política, igualdade econômica, cidadania forte. Esta reconfiguração da democracia, aponta não só uma superioridade em termos de justiça, mas também de eficácia, pois a participação dos interessados aponta o conhecimento direto dos problemas, mais informação e mais controle, o que permitiria melhores decisões.

Elster (2001) assim como Cohen (2001) também destacam que uma das possibilidades para incrementar a participação é a concepção deliberativa. Cohen (2001, p. 235) parte do pressuposto de que a participação democrática fortalece a sociedade para construção de caminhos que apontem para uma forma real, sem injustiças, exclusões, desigualdades, sendo o pluralismo a marca, desta concepção.

A livre argumentação entre cidadãos fornece condições para a tomada de impressões, deduções e o próprio incremento da participação. Ele levanta a questão, que nem sempre a discussão de idéias é totalmente benéfica, pois em muitos momentos as pessoas podem se comportar estrategicamente em prol de seus próprios interesses. Mas, mesmo neste aspecto, a discussão ou a tomada de decisões fomentam a reflexão e a análise das razões que levam determinadas questões a serem discutidas. E, assim, os cidadãos são capazes de reconhecer as razões de acordo com suas preferências e interesses hierarquizando-as de acordo com a ordem de importância. (COHEN, 2001, p. 251).

Entendemos que, nesta concepção, participar significa dividir as responsabilidades na construção coletiva de um processo de decisão, ou seja, a decisão ou as decisões políticas não são feitas somente pela ação de preferências individuais representadas, coletivamente, através do processo eleitoral, mas na decisão conjunta através da troca de argumentos, na busca pelo convencimento, no debate, que, necessariamente, qualifica os momentos de decisão.

Almeida e Cunha (2009, p. 4) colocam que

> [...] esses processos trariam consigo reais possibilidades de aprofundamento da democracia. No que diz respeito ao momento deliberativo em si, a teoria considera que em sociedade plurais, em que há divergências de todo tipo, as decisões vinculantes devem ser sustentadas por argumentações públicas, quando são apresentadas razões que podem ser aceitas por todos que serão submetidos a elas. Parte dos teóricos deliberativos entende que a participação no processo deliberativo deve ser institucionalizada, o que indica que as regras que balizam os procedimentos passam a ter importância no sentido de assegurarem alguns fundamentos e premissas da teoria como a inclusão, a publicidade, a igualdade deliberativa, a reciprocidade e a conclusividade.

À primeira vista, quando nos deparamos com as reflexões destes autores, concluímos que seria fácil o incremento da participação não fosse a resistência que encontramos por parte do poder instituído.

São muitas as resistências e Subirats (2001, p. 35-38) coloca que dentre as justificativas mais destacadas estão o fato de que a participação gera lentidão nas tomadas de decisão; aumenta os custos das decisões; pode ocasionar erosão nos partidos políticos, principal instrumento de participação já que a princípio são eles que defendem os interesses da totalidade da população.

Há também argumentos sobre a qualidade das representações participativas alegando que a maioria dos cidadãos não se interessam por participar e aqueles que se interessam são sempre os mesmos constituindo uma minoria que sempre está presente mas que, dificilmente, representa o conjunto da sociedade. (SUBIRATS, 2001, p. 38)

Apesar de todas essas resistências por parte do poder instituído, encontramos formas ou mecanismos de participação significativas e podemos destacar que a participação é, sem duvida, um fenômeno emergente, do ponto de vista dos vários estudos e dos variados exemplos de participação que se encontram pelo mundo.

Navarro Yáñez (2001b, p. 95) relata que a incorporação da cidadania nas decisões governamentais tem crescido, significantemente, apontando para isso duas questões centrais: as transformações que ocorreram nos sistemas políticos ocidentais e, depois da década de 1980, a tendência à descentralização que os sistemas de governos implantaram, principalmente, no que se refere às políticas de bem estar social.

Neste aspecto, a participação deixa de ser considerada como canalização de demandas, através da busca de informações, para ater-se também na contribuição destes canais participativos em relação à prestação de serviços.

Este autor também destaca que a incorporação da cidadania nas decisões governamentais é afetada por fatores de caráter institucional que reside na própria estrutura política dos sistemas democráticos, ou seja, há governos e partidos que oferecem oportunidade de participação aos cidadãos através de outras vias que não seja a eleitoral, mas esta decisão envolve o propósito de eleição ou reeleição para o poder local.

O fato é que de alguma maneira, governos propiciam estes canais participativos e nossa experiência, enquanto pesquisadora, diz-nos que a participação é maior ou menor ou mais intensa ou menos intensa de acordo com o grupo que está no poder.

Não queremos aqui, deixar a questão somente nas mãos de quem está no poder. Está claro que grupos organizados também têm papel preponderante, seja reivindicando por melhores condições de serviços públicos seja controlando ou avaliando a política em curso.

Navarro Yáñez (2001b, p. 96) coloca que os grupos organizados são constituídos por uma pequena elite cívica ou elite crítica que conta com um alto interesse em conseguir certos bens públicos mobilizando-se e se organizando em uma ação coletiva.

Os canais participativos existem, têm resistências, mas seguem avançando, seja por conta do poder instituído que lucraria de alguma maneira com o seu avanço seja para oportunizar coleta de reivindicação ou dados da classe dos representados facilitando a gestão do poder local.

O fato é também que os grupos organizados, como já abordamos anteriormente, sempre existiram e conseguiram se mobilizar, reivindicar e conquistar seus pleitos. Mas é necessário para o fortalecimento dessa via de participação, que a organização e a mobilização coletiva através das cidades, regiões e as características especificas de cada organização popular, além de outros fatores, sejam efetivos e por isso são fundamentais para que a participação conquiste adesão não só por parte da população em geral, mas também por parte do poder local.

Outra questão que podemos destacar nos últimos tempos é que a participação nos regimes democráticos é condição legal. Está na Constituição dos países e diante deste fato o desafio é avançar. Para isso é imprescindível alcançarmos maneiras de incrementar a participação popular, os mecanismos de controle e decisão por parte da população.

Em síntese, os estudos indicam que a democracia tem que avançar, caminhando junto com processos participativos e deliberativos. Daí os termos democracia participativa e democracia deliberativa.

A democracia representativa vem sofrendo contínuos desgastes em função da incapacidade de atender as demandas e conflitos emergentes, o constante assedio da mídia veiculando escândalos e corrupções e, como conseqüência, presencia-se uma desconfiança nas instituições e partidos políticos.

Luchman (2007) também coloca que em função da crise da democracia representativa, seus impactos negativos, aliados ao processo de globalização (que apesar de ter trazido efeitos catastróficos para a classe trabalhadora e os menos favorecidos, também proporcionou maior transparência) e tomando-se como referência os partidos de esquerda que já estavam abalados pela dificuldade de reprodução dos sujeitos sociais clássicos “emerge a nova sociedade civil”.

A concepção habermasiana caracterizada, neste modelo teórico, ganha destaque, por um conjunto de sujeitos coletivos que tematizam novas questões e problemas, que clamam por justiça social e que organizam e representam os interesses dos que são excluídos dos debates e deliberações políticas. Com efeito, ao construir e ampliar a esfera pública, a sociedade civil passa a articular-se ou a constituir-se em um núcleo social central do conceito de cidadania deliberativa (LUCHMAN, 2007, p. 8).

Elster (2001) avança neste conceito, e conforme entrevista deste autor ao jornal Folha de S. Paulo em 2007, preocupa-se com os mecanismos de causa e efeito da deliberação e, por conseguinte, como as características institucionais podem melhorar a qualidade da deliberação.

Já se disse anteriormente que, por deliberação entende-se um processo de discussão e reflexão que pode resultar em uma visão mais precisa dos conflitos subjacentes a determinadas problemáticas e de como estes podem ser abordados.

Assim, em uma democracia deliberativa as oportunidades para desenvolver estas discussões dão-se entre cidadãos no interior do governo e entre governo e cidadãos (STEWART, 2001, p. 78).

Neste meandro histórico, percebe-se que as organizações da sociedade civil (fundamentalmente, mas não exclusivamente) lutaram pela implementação e institucionalização de espaços participativos na gestão das políticas públicas.

A seguir apresentamos algumas experiências participativas encontradas pelo mundo a partir do olhar de alguns autores como por exemplo Avritzer (2008), Gomà e Font (2001), Pontual (2003), Sánchez (2003), Silva e Anjos (2003), Stewart (2001), Subirats (2001), Navarro Yáñez (2001a) os quais apontam que a participação acaba sendo incrementada, na década de 1980, pelos partidos de esquerda.

2.3 Os vários mecanismos da participação

Autores lembram que as experiências participativas pelo mundo são muitas, com formatos, metodologias e realidades diferentes, conforme em destaque na Tabela 4. Gomà e Font (2001) organizam os mecanismos de participação em: base associativa, formatos deliberativos e de democracia direta. Assim, a seguir apresentamos os mecanismos de participação utilizando as nomenclaturas dadas por estes autores e destacamos algumas das várias experiências correlatas a cada um destes mecanismos bem como onde cada uma delas está acontecendo, de acordo com os diversos autores.

Tabela 4 - Experiências participativas no cenário internacional

Mecanismo de Participação	Tipo de Experiência	Local
Base Associativa	Conselhos setoriais **Autores**: Gomà e Font (2001); Subirats (2001); Navarro Yáñez (2001a).	Itália França Suécia Noruega Gran Bretanha[6] Alemanha Espanha
Formatos deliberativos	Círculos de estudos Conferências de Consenso Pesquisas deliberativas (encuestas deliberativas) Jurados cidadãos Grupos de discussão (paneles cidadanos) **Autores**: Gomà e Font (2001); Stewart (2001); Subirats (2001). Conselhos de Políticas Públicas **Autor:** Avritzer (2008) Orçamento Participativo **Autores:** Gomà e Rebollo (2001), Avritzer (2008).	Suécia Gran Bretanha Estados Unidos Dinamarca Gran Bretanha EUA Gran Bretanha Reino Unido Brasil
Democracia Direta	Redes informatizadas Referendum **Autor:** Gomà e Font (2001)	Alemanha Holanda EUA Gran Bretanha Diversos países. Uso no âmbito municipal na Suíça e EUA.

Fonte: compilação dos estudos de Avritzer (2008), Gomà e Font (2001), Pontual (2003), Sánchez (2003), Stewart (2001), Subirats (2001), Navarro Yáñez (2001 a)

[6] Grã-Bretanha é a designação que se usa para nomear a ilha da Europa que abrange a maior parte do país conhecido como Reino Unido. A Grã-Bretanha possui 3 países a saber:a Inglaterra, a Escócia e País de Gales. A junção desses três países com a Irlanda do Norte formam o Reino Unido.

Conforme Gomà e Font (2001, p. 63-69), os mecanismos de bases associativos são espaços de interlocução estável do mundo associativo com as autoridades eleitas locais. Existem, a partir desta modalidade, alguns exemplos de conselhos setoriais[7], cujo objetivo é estabelecer um canal de interlocução com os representantes de grupos determinados, geralmente, a partir de critérios territoriais ou por segmentos.

Os autores apontam os conselhos ou comissões como um tipo de mecanismos bastante usual nos últimos anos, dado que resulta mais sensível consultar grupos organizados do que chegar aos cidadãos anônimos. Para estes autores o formato tem um caráter estável, com uma determinada composição e periodicidade das reuniões e atribuições que podem se modificar desde conselhos com assembléias e pouco formalizados até grupos com funções consultivas para as autoridades municipais ou até conselhos que realizam o seguimento e avaliação de políticas concretas.

Esta forma de participação existe em muitos países ocidentais destacando:

- Alemanha - existem na maioria das grandes cidades com seus membros eleitos pela população.
- França – existem nas grandes cidades e seus membros são mistos: conselheiros e cidadãos eleitos para o cargo.
- Noruega – conselhos que assumiram a interlocução com os governos locais.
- Suécia – os conselhos são designados pelos partidos políticos com proporção ao seu peso eleitoral nos municípios.
- Inglaterra – podem ser encontrados conselhos formados por membros eleitos pelos cidadãos e também associações mistas onde existem conselheiros eleitos pelos cidadãos e também representantes de associações.
- Espanha – são encontrados conselhos formados por representantes das entidades.

[7] Este formato de participação é diferente do formato de participação encontrado nos conselhos setoriais de políticas públicas brasileiros, onde o formato é deliberativo. Nos formatos de base associativa o formato é consultivo.

No formato deliberativo Gomà e Font (2001) apontam dois grupos: o primeiro trabalha na busca de informações e deliberações (círculos de estudos e conferências de consenso) e o segundo grupo avança, neste formato, através de uma seleção dos participantes com vistas a que estes convertam-se em uma amostra representativa da sociedade (pesquisas deliberativas, jurados cidadãos, grupos de discussão).

Sobre o formato deliberativo, outro autor, Stewart (2001, p. 80) aponta as experiências detalhando o seu funcionamento, na Inglaterra. São elas:

Jurados cidadãos – as pessoas são escolhidas, aleatoriamente, com a responsabilidade de a partir de informações concretas debater algum assunto a ser deliberado, posteriormente. Em geral os jurados cidadãos reúnem-se, algumas vezes, discutindo e debatendo o assunto em questão e, posteriormente, encaminham suas opiniões ao governo. Segundo Stewart (2001), pessoas que passaram por essa experiência relataram que houve um significativo aumento de seus interesses por assuntos políticos além de demonstrarem sua pré disposição para participarem de novos compromissos.

Os grupos temáticos ou círculos de estudos são outras experiências muito parecidas com as de jurados cidadãos com a diferença de que estas são formadas por grupos menores (08 a 12 pessoas) com o objetivo de se reunirem e discutirem sobre determinados assuntos, às vezes, duas, três, quatro semanas. Da mesma forma acontece, com o grupo de jurados cidadãos pois suas opiniões são apresentadas à equipe de governo.

As pesquisas deliberativas, outra forma deste tipo de mecanismo deliberativo envolve processos mais amplos com cerca de 300 (trezentas) pessoas com o objetivo de que este número seja uma amostra representativa da população. O processo consiste em encaminhar material informativo para estas pessoas e algumas perguntas sobre algumas políticas concretas. Geralmente, são acompanhados também por mesas redondas e reuniões de pequenos grupos das pessoas envolvidas e ao final do processo fazem-se as mesmas perguntas iniciais. Sobre este processo há algumas críticas e entre elas a de que os cidadãos deveriam ter direito de conhecer o resultado das pesquisas e que o que se pretende fazer com elas.

As assembléias cidadãs também são processos envolvendo cerca de 300 (trezentas) pessoas onde grupos de ativistas com interesses particulares reúnem-se

04 (quatro) vezes ao ano, através de comissões para fazer o estudo de temas concretos, com profundidade.

Outra forma de participação apontada por Gomà e Font (2001), bem como por Avritzer (2008) diz respeito ao orçamento participativo desde a experiência da cidade de Porto Alegre (Brasil). Muitos países, a partir desta experiência e a partir da iniciativa (em sua maioria) de governos locais de esquerda introduziram formatos parecidos com a experiência brasileira, porém foram adequados aos requisitos metodológicos da realidade local.

Destaca-se que, em 1996 na cidade de Istambul, na Declaração final da Assembléia Mundial da cidade e autoridades locais recomendava a aplicação de orçamentos participativos e qualificava a experiência brasileira como uma das melhores de gestão urbana do mundo (BLANCO, 2003, p. 155).

Outro formato brasileiro estudado por Avritzer (2008) diz respeito aos conselhos de políticas públicas, experiência em curso desde o inicio dos anos 1990, e objeto desta pesquisa, que trabalha com segmentos diferentes e tem capacidade propositiva, fiscalizatória e deliberativa.

Finalmente, na democracia direta, Gomà e Font (2001, p. 66) apontam que os cidadãos podem participar, diretamente, nos processos de decisão. É a forma que se aproxima do ideal imaginado em Atenas e que, atualmente, podem acontecer através de referendum, consultas populares e até o uso de experiências de redes de informação eletrônica.

Sobre as várias formas de participação, Subirats (2001, p. 40) coloca que, quando falamos de participação, não falamos somente de interesses, ou de grupos mais organizados e acostumados à mobilização, mas do conjunto da população que, de alguma maneira, é afetada direta ou indiretamente pelas decisões. Isto significa encontrar mecanismos para conseguir esta ampla implicação social.

Complementa dizendo que em muitos países encontra-se formas de participação e todos eles pretendem o mesmo: abraçar esta modalidade de gestão e compartilhar a complexidade das decisões públicas entre o máximo de cidadãos possíveis, citando diversas experiências de conselhos setoriais (base associativas), dos jurados de cidadãos, dos fóruns (experiências deliberativas).

Nobre (2004, p. 23) coloca que capitalismo e democracia de massa (estamos tratando de democracia participativa) são incompatíveis e ao mesmo tempo puderam ser compatibilizados apesar de antagônicos. E Gomà e Font (2001,

p. 76) destacam que o crescimento generalizado de instrumentos participativos locais vão além da moda passageira, tendo em vista que estão apoiados por fatores estruturais junto a vontades políticas.

As várias experiências participativas que existem pelo mundo, apesar de diferentes, são ao mesmo tempo pontuais onde diversos mecanismos de participação permitem escutar a voz dos cidadãos, para o processo de decisão. Conforme apontado por Stewart (2001, p. 84) existe um amplo número de pessoas dispostas a participar, quando chamadas em qualquer processo deliberativo. Através desta participação desmonta-se uma das críticas de que poucos cidadãos estão dispostos a participarem.

Como nosso objetivo, neste trabalho, é discutir a rica e já consolidada experiência de participação deliberativa por meio dos conselhos de políticas públicas da experiência brasileira, apresentamos a seguir o formato dos conselhos de políticas públicas.

2.4 Reflexões sobre os conselhos de políticas públicas enquanto mecanismos de participação democrática

Como vimos, há várias formas de mecanismos deliberativos em curso pelo mundo. Acreditamos que este é o mecanismo de participação talvez mais efetivo, se bem empregado, que abarca um grande número de pessoas debatendo sobre os assuntos que interessam à coletividade e que portanto é o que, na nossa visão, mais evolução teve na história da participação.

Os conselhos de políticas públicas no formato brasileiro apresentam características centrais do processo deliberativo. Almeida e Cunha (2008, p. 6) apontam como a principal característica deste formato deliberativo o fato do mesmo ser um espaço de articulação entre Estado e sociedade, nos quais as decisões sobre políticas públicas podem envolver um processo de discussão e busca de acordos públicos a partir da inclusão de diferentes segmentos da sociedade, diretamente, envolvidos com as políticas em questão.

Tatagiba (2002 apud ALMEIDA; CUNHA, 2008, p. 6) acrescenta que os conselhos possuem três características inovadoras: são espaços de composição plural e paritária, são públicos e dialógicos e têm capacidade deliberativa.

Estes espaços de participação são determinados por Lei, conforme a Constituição Federal de 1988, que amplia a possibilidade de participação dos atores sociais nos mandos públicos.

Com relação à ampliação das formas participativas, Faria (2008, p. 2) coloca que o retorno da democracia, no Brasil, vincula o fortalecimento da democracia "[...] à condição das instâncias de participação (o voto, as eleições e os partidos) como também a ampliação de novos canais participativos" que encontramos na institucionalização dos conselhos de políticas pública (saúde, criança e adolescente, idoso, assistência social, etc) e nas formas de compartilhamento de poder como na confecção e elaboração dos orçamentos participativos. Nestes contextos descritos, os cidadãos podem direcionar suas vontades de acordo com o interesse público.

Segundo Mouffe (1995 apud CARVALHO, A.I., 1997, p. 103), a noção de interesse público envolve "uma concepção de bem comum – politicamente pactado e moralmente fundado – e um conjunto de regras ou procedimentos de julgamento a serem seguidos – pertinentes à questão de direitos". Assim, o conceito de público inscreve-se no campo democrático.

Silvio Caccia Bava (1999, p. 139) destaca que interesse público "[...] é o resultado de uma negociação entre os distintos atores de uma sociedade para garantir o que é universal, portanto, ele se move na conjuntura histórica-política."

Neste contexto existente e de acordo com os princípios da democracia participativa e deliberativa, nas políticas públicas esta pode se dar através da participação institucionalizada através dos conselhos - que alteram os modos de formulação e implementação de políticas e passa a ser uma maneira de interlocução entre Estado e sociedade com um aumento significativo desde a década de 1990, visto ser a participação uma das formas de se exercer o direito constitucional.

Antonio Ivo de Carvalho (1997, p. 103) chama os conselhos de políticas públicas de "[...] formatos institucionais que favorecem a capacidade dos governos de captar interesses dos cidadãos e agir conforme esses interesses" onde "[...] os governos possam ser induzidos ou constrangidos a trabalhar pelo interesse público."

Um dos principais objetivos dos conselhos é o controle das iniciativas do Estado através da participação dos cidadãos de modo que os mesmos contribuam na tomada de decisões.

O termo conselhos existe no Brasil desde os anos 1930 e até os dias atuais passou por muitas alterações ou evoluções. Como exemplo podemos citar que na história do Brasil temos a criação do conselho do patrimônio histórico com membros da sociedade civil representado pelos artistas preocupados com a preservação de nosso patrimônio. Outro exemplo que podemos citar é o Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico (CNPq) que sempre teve na sua estrutura a presença de cientistas e pesquisadores. Ou seja, aconteciam sempre que o Estado queria de alguma maneira introduzir uma forma de gestão pública que contasse com a participação dos cidadãos introduzindo, na sua gestão, o formato de conselhos.

Os conselhos tais quais os conhecemos, hoje, com essa perspectiva fiscalizatória das políticas públicas têm uma história mais recente datada do final da década de 1970 e modificada a partir da Constituição Federal de 1988, com a aprovação da participação cidadã, no texto constitucional. É resultado de um processo de luta e mobilizações que iniciaram nos anos 1960, intensificando durante o período militar e que tem o seu início na luta pela efetivação da saúde pública universal.

Nos anos 1960, início da ditadura no Brasil, havia movimentos que foram desencadeados em função das demandas por atendimentos básicos à maioria da população. Vivíamos um momento de repressão política, aprofundamento das desigualdades sociais, fim de vários direitos civis, apesar do desenvolvimento econômico vivido nesta década.

É, neste contexto, que emergem os vários movimentos sociais como o da Comunidades Eclesiais de Base (CEB), Clube de Mães, Movimento contra a carestia, Movimento da Saúde na Zona Leste.

Este último movimento – Movimento da Zona Leste – merece destaque porque influenciou, significativamente, a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em um cenário de repressão e desigualdades, na segunda metade da década de 1970 intensificam-se ações de luta pela implantação de serviços de saúde, na periferia do município de São Paulo, que resultam, a princípio na

formação de comissões de saúde na zona leste do município e ao final da década de 1970, na eleição de um conselho de representantes das comunidades para fiscalizar o funcionamento da saúde, na região.

Sacardo e Castro (2002, p. 12) colocam que

> [...] a comissão de saúde continuou atuante reivindicando o direito à participação na gestão das unidades, bem como melhores condições de trabalho para os funcionários e melhor atendimento à população. A comissão de saúde junto com a pastoral da saúde, os sanitaristas, os estudantes e militantes de esquerda organizavam assembléias populares, abaixo assinados, passeatas e caravanas à Secretaria de Saúde do Estado (SES), a fim de pressionar diretamente as autoridades sanitárias a respeito de compromissos já assumidos ou de apresentar novas reivindicações. Esses eventos chegaram a aglutinar milhares de pessoas que lutavam por mais serviços e equipamentos de saúde, bem como por uma participação maior na gestão de serviços.

O primeiro conselho de saúde resultante deste movimento elegeu 12 (doze) donas de casa e esta experiência foi sendo estendida a outros bairros e marcou a oficialização dos conselhos populares de saúde.

Esta experiência inicial não foi a mesma nas demais áreas da cidade, entretanto cada uma delas foi acompanhada pelas particularidades da sua realidade local na luta pelas reivindicações, na área da saúde.

Este momento é um marco no que se refere ao início de uma idéia que vai se formando no Brasil para que os atores da sociedade civil possam co-liderarem um formato de conselho com vistas a fiscalizar as ações governamentais.

Este primeiro conselho não tinha atores estatais dialogando junto com os atores da sociedade civil, mas era o embrião de uma vontade mobilizada em torno da questão da saúde.

Antonio Ivo de Carvalho (1997, p. 93) explica que, nesta época, os Conselhos de Saúde expressam

> [...] uma das idéias fundadoras da Reforma Sanitária que postulava a democratização de acesso a bens e serviços propiciadores da saúde, mas também a democratização do acesso ao poder. A agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os mecanismos de funcionamento do Estado e não só com os resultados redistributivos de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas “Democracia é saúde” e “Saúde é democracia”, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal a saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito a participação no poder.

A saúde, desde a década de 1940, (ainda na gestão de Getulio Vargas) tinha como prática a realização de conferências de saúde, as quais se tornaram importantes instrumentos de reivindicação da Reforma Sanitária. Os movimentos populares junto com os movimentos sanitaristas formados por profissionais de saúde começam a encabeçar um movimento que eclode em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, conhecida como marco da Reforma Sanitária.

Nesta Conferência são definidas entre outras questões, a participação como “controle” do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 10). O significado de participação avança na 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando se a define como “controle social” sobre políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 33).

No contexto brasileiro, vivido em um período de ditadura, o termo controle social

> [...] adquire conotação maniqueísta e instrumental. Maniqueísta porque tanto o Estado quanto a sociedade são destituídos das complexas relações sociais neles embuidas e rebaixadas a entes homogêneos, animados por vocações distintas. O Estado, vilão, identificado com interesses privatistas e práticas excludentes usurpador do interesse público. A sociedade vitima, identificada com interesses coletivos, excluída da decisão pública. Instrumental porque tratava-se de estabelecer estruturas ou mecanismos capazes de funcionar como instrumentos da sociedade para controlar o Estado. (CARVALHO, A.I., 1997, p. 95).

Aliado a tudo isso, refletiu-se na impossibilidade de pensar em uma participação deliberativa no formato de conselhos sem a presença da figura do Estado. Antes mesmo da proposta da Constituinte é sugerido o formato de conselhos de políticas públicas o qual existe na atualidade neste país, onde Estado e sociedade civil participam juntos na elaboração das políticas públicas.

Essa participação que chamamos de controle social, nasce segundo Stotz (2006, p. 151) do texto da Constituição Cidadã de 1988 a partir da importância dos movimentos sociais, de profissionais de saúde e lideranças populares lutando pelo direito à saúde, ou seja, os direitos assegurados na Constituição Federal são resultados da mobilização popular, durante o período constituinte.

Até este período a participação existia através dos movimentos sociais. Eram significativos, reivindicavam, mas não tinham um formato institucional tal qual

foi conseguido com a Constituição Federal. Sobre isso Almeida e Cunha (2009, p. 1) colocam que

> [...] a instalação da Assembléia Constituinte, que teria o importante papel de reescrever as normas que balizariam a convivência social e política sob um novo momento democrático, fez com que as forças sociais e políticas se articulassem no sentido de buscar assegurar na nova Carta constitucional o que até então era reivindicado na esfera pública.

Neste momento, os atores da sociedade civil muito se movimentaram e reinscreveram na Constituição Federal alguns dos seus anseios, reforçando antigos e instituindo novos direitos (saúde, educação, assistência social) e reforçando o papel do Estado na efetivação dos mesmos.

Entre o período 1985 e 1986, Leonardo Avritzer (2009) chama nossa atenção, pois a Assembléia Constituinte tem forte mobilização popular no conjunto das políticas sociais para propor emendas constitucionais como a emenda da saúde, da assistência social, da reforma agrária, urbana as quais, no seu conjunto, são reformas muito importantes para toda a população brasileira e que em todas elas aparece a questão da participação popular na elaboração, monitoramento e fiscalização das políticas públicas.

Outra questão que o referido autor destaca é que ao final da Assembléia Constituinte acontece a reivindicação de que esta participação aconteça de forma institucionalizada. A Constituição Federal formaliza a participação nas políticas públicas e as leis orgânicas das diversas políticas (saúde, assistência social, criança e adolescente através do seu estatuto, no também estatuto das cidades e outros) dão a normatização do formato que terão os conselhos em cada instância.

Ainda Leonardo Avritzer (2009) coloca que, neste primeiro momento, os conselhos conseguem um formato institucional nas grandes cidades, mais precisamente nas cidades em que a sociedade civil mais atuava nas políticas públicas através dos movimentos sociais. Outra questão que seus estudos, através da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), destaca é que a participação não acontece de maneira homogênea nem mesmo nas capitais brasileiras. Em cidades como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Porto Alegre este movimento foi muito mais organizado do que em outras capitais que tiveram a implantação desses espaços participativos somente depois do processo da Constituição. Como exemplo

do modelo cita a cidade de São Paulo que obteve a legislação formalizando os conselhos antes da própria promulgação da Constituição Federal.

Os estudos deste autor indicam que algumas políticas públicas acabam por ter uma formatação mais significativa da participação institucionalizada em detrimento de outras. São elas: saúde, assistência social, criança e adolescente, políticas urbanas e meio ambiente. Inclusive as áreas de saúde e assistência social conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são as áreas que, na atualidade, têm o maior número de conselhos instituídos nas cidades brasileiras. Sobre o tema o autor explica que essa ascendência de algumas políticas sobre outras têm a ver com a questão do próprio formato dos movimentos sociais, com certas características do Estado e também em relação às próprias legislações especificas de cada área.

A área da saúde por ter tido a primeira organização de conselho e em função da sua própria dinâmica é a área que mais agrega conselhos formalizados. Em seguida temos a área da assistência social que tem muitas características parecidas com a forma da participação institucionalizada na saúde.

Destaca-se que apesar de maneiras e organizações parecidas congregando atores da sociedade civil e do Estado, a participação da sociedade civil, nos dois formatos, acaba por ser um pouco diferente em função da própria variação na área dos movimentos da sociedade civil e da organização de cada área de política pública.

Na saúde, por exemplo, existem muitas associações de usuários portadores de alguma patologia específica. Aliado a isso, a estrutura do Sistema Único de Saúde está consolidada, tem uma organização forte e os conselhos ligados à saúde têm ligação com os fundos de financiamento. Ou seja, eles são necessários para o recebimento das verbas públicas.

Já, na área da assistência social, as organizações não conseguem toda essa articulação associada em função da própria estrutura onde em muitos momentos se encontram (são pessoas que comumente enfrentam problemas tanto de estrutura familiar como social os quais impedem sua organização). A assistência social tem muito do formato dos conselhos de saúde, tem a sua composição também paritária, vínculo com o fundo de financiamento, mas a sociedade civil não consegue a articulação encontrada na área da saúde.

Nas outras áreas, a sociedade civil também está representada contudo em muitos momentos podem representar interesses privados e uma outra questão que se pode apontar é que não há envolvimento significativo com o fundo de financiamento destas políticas.

Neste sentido, os conselhos pelo país têm um aumento significativo não somente nestas áreas citadas, anteriormente, mas em outras como a do idoso, das cidades, da juventude, da mulher e outras, no entanto, com estruturas e organizações diferentes e que de alguma maneira estão em processo de formação, organização e consolidação.

Leonardo Avrtizer (2009) aponta que nos últimos dados coletados sobre a ampliação dos conselhos no Brasil, observa-se um protagonismo de algumas capitais brasileiras que tinham uma forte organização participativa, entre elas Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo que, desde o início da década de 1990, já contavam na estrutura municipal com vários conselhos de políticas públicas e não só os que são obrigados por lei.

Diferentemente, desta realidade, existem outras cidades que nestes mesmos 10 anos tiveram um aumento significativo do número de conselhos nos municípios, prova de que este formato ganhou destaque e que tem tido forte adesão no país.

Enfim, o que podemos apontar em todo este contexto abordado, é que o processo deliberativo acontece nesta modalidade de participação através dos conselhos de políticas públicas, mas no caso brasileiro podemos definir que dentre as várias experiências já consolidadas a que se pode afirmar que seja um processo deliberativo, consolidado inclusive através de legislação pertinente é a experiência dos conselhos de saúde.

Desta forma, aternos-emos a seguir a tratar da questão da participação deliberativa através dos conselhos de políticas de saúde. Para tanto entendemos que se faz necessário abordar em um primeiro momento a participação no Brasil, as várias modificações que aconteceram no sistema de saúde brasileiro assim como a influência que as agências internacionais nos mandos e comandos em países em desenvolvimento como o Brasil.

CAPÍTULO 3 A DEMOCRACIA NO BRASIL E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

3.1 A democracia no Brasil

Como vimos, a participação através de conselhos no Brasil existe desde a década de 1930, mas o formato tal qual nos propomos a discutir – os conselhos de políticas públicas na área da saúde - tem sua consolidação oficial a partir da Constituição Federal de 1988, junto com o marco da redemocratização, deste país.

É chamada de redemocratização, pois é a segunda fase de democracia que o Brasil passa a vivenciar com a promulgação da Constituição. Diferente da democracia que vivenciamos entre 1946 e 1964, até a tomada do poder pelos militares instituindo a ditadura em 1965, esta nova democracia ou essa redemocratização tem alguns elementos e peculiaridades importantes que a mantém há mais de 20 anos. São elas: a estrutura organizativa do Brasil e a possibilidade de participação da sociedade civil, nas decisões públicas.

Outra questão importante a destacar é que a redemocratização deste país acontece ao mesmo tempo onde há a efervescência da globalização que gera sobremaneira alguns impactos nos direitos adquiridos com a Constituição Federal de 1988. Assim, discutimos a seguir esses três fatores, a nosso ver importantíssimos, que ilustram a história da democracia no Brasil, a sua manutenção e os desafios que se enfrenta. São eles: a estrutura organizativa no Brasil, a participação da sociedade civil através dos movimentos sociais até a consolidação da sua institucionalização formalizando os espaços dos conselhos de políticas públicas (entre eles o da saúde) e finalmente a globalização que gera influências e conseqüentemente desafios a enfrentar na efetivação de direitos adquiridos.

Com relação à estrutura organizativa do Estado brasileiro vivemos no estado democrático de direito em um sistema republicano[8] que, como destaca Starling (2008, p. 44), define o caráter ativo da liberdade como um direito de

[8] O sistema republicano prega como fundamentos: a justiça, o bem comum, a liberdade e a participação política do cidadão na construção de uma sociedade livre, ou seja, a lei deve permitir que os interesses e decisões atendam a totalidade da sociedade.

participar dos processos políticos de escolha e decisão sobre assuntos que interessam a todos.

O primeiro parágrafo da Constituição Federal de 1988 determina: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos da Lei.” Nesse sistema elegemos nossos representantes através do voto alargado a todos os cidadãos a partir dos 18 (dezoito) anos de idade, facultativo aos adolescentes entre 16 e 17 anos e idosos a partir dos 70 anos.

Entretanto, a democracia representativa, como Bobbio (1986) reflete “[...] é já por si mesma uma renúncia ao princípio da liberdade como autonomia”, uma vez que colocamos no poder alguém que possa nos representar. Portanto não somos nós quem decidimos o que queremos e sim aqueles a quem demos o poder de nos representar.

O fato é que, apesar do sistema de governo da maioria dos países, há a necessidade de avançar no formato representativo. E nestes dois momentos (primeiro e segundo ciclo) de democracia que vivenciamos houve uma grande evolução, conforme apontam autores como Guimarães (2005 e 2009) e Fátima Anastácia (2009).

Guimarães (2005) destaca que o primeiro ciclo da democracia (1946 a 1964) foi bastante produtivo, pois impulsionou o Brasil com campanhas sobre a necessidade da educação, a ampliação da cultura brasileira através da música, a construção de Brasília como capital do país, mas do ponto de vista político ainda tinha algumas limitações como, por exemplo, uma ampla maioria da população ainda analfabeta, os partidos de esquerda sem poderem participar das eleições e a agenda política não contemplava os direitos das mulheres.

A partir de meados dos anos 1970, consolidando-se nas décadas de 1970 e 1980 acontece a efervescência do segundo ciclo da democracia e que muitos autores chama de redemocratização. Segundo Guimarães (2009) este período foi marcado pela amplitude de movimentos, pela introdução de novos atores sociais e pelo fato de tentar-se romper com o elitismo da política brasileira que predominava no primeiro ciclo da democracia.

Para este autor, o povo brasileiro tem uma história de luta consolidada e se antes lutava pela ampliação de direitos, hoje luta, incessantemente, pela consolidação e manutenção desses direitos já determinados por Lei (Constituição de 1988) e também luta pela ampliação dos direitos sociais para os excluídos ou

para as classes minoritárias. Acredita-se que temos uma rede associativa enraizada na cultura brasileira envolvendo vários setores da população. Como exemplo há movimentos que já retomam vários anos e que, portanto são movimentos consolidados como: os movimentos sindicais brasileiros, a rede das comunidades eclesiais de base e das pastorais, o movimento de Reforma Agrária, experiências de orçamentos participativos que são estudados pelo mundo como modelo, as Conferências de políticas públicas, e, atualmente, o Movimento Gay que luta contra o preconceito.

Em seus estudos, o autor já citado, aponta que algumas questões precisam ser revistas: uma delas diz respeito à necessidade de maior representação feminina no campo político chamando a atenção para o fato de que houve o crescimento da inserção da mulher no mercado de trabalho, assim como no sistema educacional, mas que não tem a mesma repercussão nos órgãos de representação política, ou seja, ainda não existe um sistema paritário de representação política no Brasil e suas pesquisas indicam que na atualidade existem em todo o país cerca de 10% (dez por cento) de parlamentares mulheres.

Outra questão a ser discutida e banida é a corrupção. Existe pressão por parte da sociedade civil para que o Estado introduza mecanismos de combate à corrupção nos seus três níveis de governo.

E, finalmente, aponta a insatisfação do povo brasileiro com a representação dos seus governantes, destacando como uma das justificativas o sistema de financiamento das campanhas eleitorais que muitas vezes têm investimentos privados e, conseqüentemente, a defesa dos interesses daqueles que a financiaram.

Fátima Anastácia (2009) coloca que a redemocratização do país a partir da sua institucionalização com a Constituição Federal de 1988 incorpora muito do que já estava determinado na democracia que vigorou entre os anos 1946 a 1954 com relação a seu arranjo institucional e principalmente no que diz respeito à dispersão de poder e que o desafio da democracia brasileira a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 está em garantir três principais atributos: estabilidade política, representatividade e o atributo do controle público dos governantes pelos governados. Na sua visão a estabilidade política da democracia foi conquistada pelo formato atual da estrutura federativa com o bicamaralismo

simétrico e incongruente[9], da representação proporcional e o controle público através das várias instâncias democráticas de participação que temos pelo país.

Apesar disso e tendo em vista esta reflexão já citada e avaliando a longevidade do segundo ciclo da democracia no Brasil, a estrutura organizativa do Estado está consolidada, mas é necessária a resolução de questões como as apontadas por Guimarães (2009).

Existem problemas entre representação e diversidade, seja ela cultural ou social. É certo também que os grupos mais vulneráveis socialmente, ou menos favorecidos, não conseguem que seus interesses sejam representados com a mesma intensidade que os grupos representados, politicamente, por setores mais prósperos, economicamente.

Anastácia (2009) coloca que as instituições democráticas operam sob condições econômicas, sociais e culturais e estas são afetadas pelo contexto e condições em que elas estão operando. No conjunto da América Latina enquanto região das Américas que combina democracia, graus extremados de pobreza e desigualdade social, os desafios a enfrentar são enormes.

Em síntese, podemos apontar que com relação à estrutura organizativa brasileira houve um grande salto qualitativo com relação ao primeiro ciclo da democracia no país. Podemos ainda afirmar que os movimentos sociais expandiram-se, ampliaram seus espaços de atuação e hoje a população tem canais efetivos e legalizados de participação. Entretanto, entendemos (baseados em estudos anteriores) que muitos brasileiros não conhecem esta possibilidade de participação através destas instâncias de poder legalizado e em grande medida porque nem conselhos e nem governo têm canais efetivos de informação com a população e porque em muitos momentos não é de interesse do Governo a participação da população nos mandos públicos.

Guimarães (2009), coloca que movimentos sociais estão consolidados no país, que o povo brasileiro luta incessantemente pela ampliação e consolidação de seus direitos. Também sabemos que os movimentos sociais brasileiros tiveram especial importância, assim como os partidos políticos, na redemocratização deste país.

---

[9] Bicamaralismo significa que no Brasil existem duas câmaras: a dos senadores (que representam os Estados Federados da Nação) e a dos deputados federais (que representam o povo). Simétrico porque as duas câmaras têm poderes distintos, mas equilibrados ao mesmo tempo. É incongruente porque é constituída segundo métodos distintos, ou seja, a Câmara dos Deputados é instituída pelo sistema de representação proporcional de listas abertas e no caso da Câmara dos Senadores é por sistema majoritário tendo em vista que cada Estado elege três representantes.

Por outro lado, pesquisas de outros autores indicam que no quesito participação, ainda há muito o que ser feito e que o povo brasileiro ainda não conhece seus direitos e os canais participativos. Isto nos faz questionar: se o sistema assim como as estruturas e canais participativos evoluíram o que impede também a efetiva participação de toda a sociedade nos mandos públicos?

Temos um legado complexo no que diz respeito à participação social em vista de uma cultura de submissão desde a colonização pelos portugueses, por centenas de anos mantendo-se as classes menos favorecidas sem acesso à escola pública o que inviabilizava a sua participação enquanto cidadão com capacidade de voto. Temos os anos de ditadura militar que apesar de ter impulsionado os movimentos sociais de combate a este regime político ainda mantinha uma parcela significativa da população imensamente despolitizada.

É certo, porém que na década de 1960, a participação da sociedade civil incrementa-se a partir das associações comunitárias e associações profissionais e que a Igreja também tem importante legado de contribuição na redemocratização do Brasil, através das comunidades eclesiais de base e das pastorais. Observa-se que esta participação não envolvia toda a população e que os movimentos sociais, em sua maioria, reivindicam questões pontuais.

Todas essas questões não justificam, mas podem explicar essa história complexa da participação brasileira. Por outro lado, já temos 20 (vinte) anos de período democrático e da possibilidade, legalmente instituída, de participar.

Com a Constituição Federal de 1988 abre-se o leque da participação da sociedade civil. Em seu artigo 14 determina que

> [...] a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos e, nos termos da lei, mediante:
> I – plebiscito;
> II – referendo;
> III – iniciativa popular.[10]

[10] O plebiscito é um mecanismo democrático de consulta popular, antes da Lei ser promulgada. No Brasil, o último plebiscito ocorreu em 1993 quando o povo foi consultado sobre a forma e o sistema de governo (Monarquia, República, Presidencialismo, Parlamentarismo), sendo decidido pela República Presidencialista. O Referendo também diz respeito à consulta ao povo, mas ao contrário do plebiscito, esta consulta é realizada depois da aprovação de uma Lei (complementar, ordinária ou emenda à Constituição). Como exemplo, citamos o referendo ocorrido em 2005 quando o povo brasileiro foi às urnas para decidir sobre o comércio de armas e munições no Brasil. Quanto à iniciativa popular a C.F. de 1988 no artigo 61, parágrafo 2 define que "a iniciativa popular pode ser estabelecida pela apresentação à câmara dos deputados ou projeto de lei subscrito por, no mínimo, um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco estados, com não menos de três décimos por cento dos leitores de cada um deles".

Com certeza, abre-se espaço à incorporação da prática de democracia participativa que se constitui, na incorporação da participação da sociedade civil, na regulação da vida coletiva.

O Artigo 194 da Seguridade Social, inciso VII, alterado pela Emenda Constitucional 000.020-1998 define o "[...] caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados", ao abrir espaço à participação da sociedade civil nos mandos da esfera pública através dos conselhos de políticas públicas. (BRASIL, 1988, online).

Apesar de já usufruirmos do direito de participação conforme a Constituição Federal determina, a participação ainda se mostra incipiente, embora as várias instâncias do país estejam consolidadas e em pleno funcionamento.

Em 1993, poucos anos após a implantação dos conselhos de políticas públicas e ao estudar o porquê de tão pouca participação em um momento que tanto se fala a respeito, Valla (1993, p. 75), refletiu que o Estado e as entidades da sociedade civil as quais defendem os interesses das classes dominantes buscarão sempre bloquear, desviar e impedir esse desenvolvimento do movimento popular, seja restringindo o acesso a informações, fragmentando a participação, limitando o campo das atribuições retardando decisões ou as remetendo às instâncias superiores, seja através da cooptação das lideranças do movimento popular para aceitar este procedimento em troca de benefícios pessoais ou políticos.

Outros estudiosos, Silva e Anjos (2003, p. 57) colocam outras questões em uma publicação avaliando o espaço do orçamento participativo no Brasil, mas que também refletem a realidade do espaço dos conselhos de políticas públicas. Uma delas refere-se ao tecido social organizado marcado por práticas repressivas e de cooptação político-partidária. Ou seja, apesar da possibilidade de participação e do crescimento dos movimentos sociais nas décadas de 1980 e 1990 ainda há em muitas cidades e regiões um forte mando do governo e dos partidos conservadores determinando as ações e decisões.

Outra questão apontada é a inexistência de agentes sociais preparados e dispostos a manter um diálogo ativo e propositivo com o governo. Neste aspecto, conforme destaca os autores, este quadro pode ser que se converta em um simples instrumento de homologação de interesses e projetos de administrações com a marca de uma discutível participação popular.

A lógica é a de que para encontrarmos alternativas à estrutura ou à situação temos de conseguir que a própria sociedade civil organizada crie estruturas, formas de manifestações que interessem à maioria dos cidadãos.

É certo que a experiência dos conselhos já está consolidada, porém, mesmo após 20 anos de implantação de muitos destes espaços, há necessidade de que eles se fortaleçam.

Faria (2008, p. 77) coloca que "[...] o aprofundamento da democracia requer um conjunto de formas participativas que amplie as chances de vocalização e expressão de um número cada vez maior de pessoas, capacitando-os a partilharem autonomamente o exercício do poder político."

E complementa dizendo que

> A descentralização das decisões políticas, a introdução de fóruns públicos de discussão e deliberação, o incentivo institucional à participação dos atores, organizacional e economicamente menos favorecidos e o comprometimento dos gestores públicos com o desenvolvimento virtuoso da modalidade de gestão pública podem impulsionar o caráter inclusivo e democratizante das experiências de políticas públicas que envolvem a participação. (FARIA, 2008, p. 77).

A nosso ver, a criação dos conselhos de políticas públicas e a possibilidade do Orçamento Participativo são exemplos concretos de articulação da participação e da representação democrática. Entretanto, muito há que se evoluir: na estrutura organizacional destes espaços, na captação das demandas da população, na vocalização dos interesses dos cidadãos e na qualidade da representação dos conselheiros.

Outra questão que não podemos deixar de destacar é que estes espaços são por si só espaços conflituosos por terem diversas representações, com interesses diferentes e o Estado pratica uma política de Estado Mínimo, em consonância com a ideologia neoliberal. Muito o que está em discussão, no espaço dos conselhos, diz respeito a financiamento e contas a pagar e receber. Pouco se tem a deliberar, efetivamente, com relação ao que a população precisa e que não está contemplado nos planos municipais. Assim, esta questão nos remete a outra que é a necessidade destes órgãos não se fixarem apenas na fiscalização mas serem de fato agentes propósitos na elaboração dos planos de governo.

O desafio é grande, pois envolve decisões e acordos políticos, a lógica da eficácia e da eficiência juntamente com o restrito financiamento público determinado

para a saúde. Outra questão importante é o mercado privado da saúde que tem forte presença e pressão sobre o governo. Estes meandros remete-nos a refletir sobre a globalização e a condução da política em consonância com os ditames neoliberais no decorrer destes 20 anos e que não justificam mas podem explicar a atual configuração que vivemos na atualidade.

Concomitante com a redemocratização do Brasil acontecia a ampliação dos direitos sociais e a criação de espaços participativos. No plano internacional uma reorganização geopolítica de domínio neoliberal. Época de financeirização da economia dominada pelos grandes capitais financeiros capitaneadas pelas agências internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. O Brasil estava endividado e em estado de subordinação aos ditames internacionais.

Destaca-se que as agências internacionais Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), primeira organização do Banco Mundial (BM) foram criadas durante a segunda guerra mundial, a pedido dos Estados Unidos da América, a partir da Conferência de Bretton Woods, com vistas a auxiliar a reconstrução dos países após o fim da Guerra. Entretanto, com o passar dos anos as funções e a ingerência dessas organizações foram aumentando. Entende-se que o que se pretendia era uma nova ordem mundial a partir da estrutura institucional dessas duas novas organizações (FMI e BM), como parte de um projeto de hegemonia mundial comandada pelos EUA, visto que são instituições cujo capital pertence a governos de países membros e portanto o poder de voto de um país é proporcional à participação do mesmo na composição e recursos financeiros na agência, criando mais oportunidades para que os países mais desenvolvidos possam influenciar os rumos tanto do BM quanto do FMI.

Por um lado, a sociedade civil demonstrava grande capacidade de organização, mas por outro, sabe-se que estes organismos internacionais através dos empréstimos e das condicionalidades que os acompanham, exerciam papel fundamental no processo de expansão capitalista global, favorecendo o mercado mundial, a internacionalização da economia, o fortalecimento das empresas transnacionais e a concentração da produção e do poder econômico.

Aldaíza Spozatti (1998, p. 75) ensina que à primeira vista, é possível ter a idéia de que a globalização aproximaria os países, povos e permitiria maior igualdade, melhor qualidade de vida e mais justiça social.

Infelizmente trouxe como ditames, como a mesma autora coloca de

> [...] um modelo neoliberal que fundamenta a orientação da globalização vigente, supõe a quebra do Estado Nação, ou seja, a quebra de limites territoriais e soberania dos países, que devem se submeter às regras de interesse do mercado mundial ou dos que detém o poder maior nesse mercado. (SPOZATTI,1998, p. 75).

Para entender toda a situação atual brasileira, fazemos uma breve explanação histórica desde a década de 1970 para exemplificar todo o impacto causado por esta onda neoliberal.

Vivemos na época da ditadura, mais especificamente entre 1969 e 1973 a época conhecida como o “Milagre Econômico”. O país avançou, de um lado, gerando muitos empregos e de outro, elevando nossa dívida externa, fruto dos investimentos internacionais.

A partir da década de 1970, vivemos um período de mudanças econômicas e políticas profundas e como em todo o mundo a crise do petróleo provocada pelos choques em 1973 e 1979 e a recessão mundial interferem na economia dos países periféricos e entre eles, na economia brasileira. Encerra-se assim a conhecida época de ouro do capitalismo.

Guimarães (2009) coloca que, no período dos anos 1970, o país teve um grande crescimento da sua divida externa em função da elevação das taxas de juros, do crescimento da sua dívida pública aliado ao crescimento progressivo da inflação. Foi um período de endividamento e estagnação do crescimento econômico do país. Na sua visão, esta situação traz conseqüências imediatas na estagnação da elevação das condições de vida do povo brasileiro e, posteriormente, dificuldades em assumir os direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988.

Como aponta Antunes (2003) diante da crise estrutural do capital e do padrão de acumulação a partir desta década, o capital teve que implementar um vasto processo de reestruturação para recuperar o ciclo de reprodução, o que acabou por afetar não só a economia mas também o mundo do trabalho.

Aliado a isso, na década de 1980 temos o desmonte do Leste Europeu, o redimensionamento das relações de poder no mundo, o que estabeleceu uma intensa concorrência intercapitalista com a idéia do fim do socialismo. Destaca-se que o socialismo é o que ainda poderia de alguma maneira assombrar a hegemonia do capitalismo.

O processo de reestruturação produtiva foi ditado pela expansão do neoliberalismo. O desemprego e a precarização das relações de trabalho produziram o aumento da pobreza e das desigualdades sociais o que enfraqueceu sobremaneira a classe trabalhadora.

Essas transformações no mundo vieram acompanhadas de mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade civil, exigida pelas políticas de ajuste, tal como recomendadas pelo Consenso de Washington, o qual trata de linhas da política macroeconômica estabelecidas a partir de um encontro realizado na cidade de Washington – EUA, em 1989, ditando um novo padrão de regulação social, em moldes neoliberais, contra a ampliação das funções reguladoras do Estado, na vida social, em defesa do livre mercado com abertura comercial e financeira, privatização das empresas estatais com vistas ao equilíbrio das contas públicas e à flexibilização da mão de obra.

Maria do Carmo Carvalho (2001, p. 16) aponta que

> Até os anos 1970 estávamos acostumados a olhar os países desenvolvidos como parâmetro na conquista do bem estar social: um Estado forte, capaz de produzir pleno emprego e políticas sociais relativamente eficazes na produção de maior equidade e usufruto dos direitos sociais extensivo a todos os cidadãos. A partir dos anos 1980, assistimos a uma tendência ao desmonte do propósito essencial da política social: sua oferta universalista e redistributivista.

Em síntese, temos a reestruturação produtiva, a privatização acelerada, a proposta de um Estado mínimo, a política fiscal e monetária sintonizada com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), a crise do *welfare state* e a conseqüente desmontagem dos direitos sociais.

A despeito de ter surgido para fortalecer o crescimento da economia capitalista e alavancar a produção, o neoliberalismo não conseguiu atingir os fins econômicos, não conseguiu dar conta da crise e os gastos públicos também não diminuíram, dada a intensificação da pobreza, miséria e, conseqüentemente, das expressões da questão social, o que levou o Estado a direcionar as políticas sociais.

Conseguiu-se um processo de mundialização do capital com a exportação do modelo hegemônico dos EUA aos países latino americanos e as constantes reformas impulsionadas pelos organismos internacionais, tendo como conceitos vigentes nos contextos das reformas a eficácia, a eficiência, custo e beneficio,

modernidade, descentralização.

Como saldo, de todo este período, tem-se, no histórico brasileiro, uma intensificação da mobilização e da organização da sociedade civil, cujo ponto comum na década de 1970 e início dos anos 1980 era a oposição ao governo militar e também o protagonismo de novos atores sociais, pressionando pela garantia de antigos e novos direitos.

Guimarães (2009) complementa dizendo que na década de 1990 o Estado assume a postura de sintonia da economia brasileira com os capitais financeiros, através de um conjunto de reformas que ele faz com a justificativa de crescimento da economia.

A aprovação da Constituição Federal de 1988 acontece em um momento que muitos autores determinam de contracorrente ao projeto neoliberal, pois enquanto a nova ordem mundial defendia a redução dos investimentos do Estado, a Constituição Federal brasileira trazia a ampliação e consolidação de direitos sociais e trabalhistas.

Deste modo, o Brasil, enquanto sociedade, atrelado aos ditames internacionais, passa a ter grandes dificuldades em manter um leque de direitos efetivados pela Legislação. Neste cenário, emerge o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das políticas públicas brasileiras cujos pilares são a universalidade, a integralidade, a descentralização e o controle social.

3.2 O sistema de saúde brasileiro

A nova Constituição Brasileira incorpora o relatório produzido na VIII Conferência Nacional de Saúde, movimento estratégico e considerado marco da história da saúde do Brasil, e no artigo 196 determina que a “[...] Saúde é direito de todos e, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

É importante esclarecer que o relatório produzido na VIII Conferência Nacional de Saúde foi fruto do Movimento de Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, consagrado nesta Conferência, pois foi um marco na luta por um modelo

de Saúde Pública descentralizado e universal. Este movimento foi encabeçado, inicialmente, por intelectuais e profissionais da área da saúde e outros segmentos da sociedade como sindicatos, movimentos populares e parlamentares e os debates fortaleceram a defesa do formato atual do SUS.

Neste contexto apontado, é criado o SUS e conforme o artigo 198 da Constituição Federal determina

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 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.

A Constituição também viabilizou a elaboração de Leis Orgânicas. A de número 8080/1990 que dispõe sobre o funcionamento e organização dos serviços e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. E a Lei n. 8142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população e acontece como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento das ações e serviços de Saúde, ou seja, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade dos três entes federados. Assim, o SUS foi concebido como um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, baseado nas atividades de promoção e recuperação da saúde.

Os princípios doutrinários que nortearam a construção do SUS são: a universalização, a equidade e a integralidade. E como diretrizes a hierarquia, a descentralização, a regionalização, a resolutilidade e o controle social.

A universalização determina o acesso aos serviços de saúde, ou seja, a saúde é direito de todos e dever do Estado.

A equidade é entendida a partir do fato de que todo cidadão deve ser atendido conforme as suas necessidades. Nesta concepção, os serviços de saúde devem se nortear sabendo que há diferenças de grupos de população, de regiões e deve trabalhar para atender as necessidades atendendo desigualmente os desiguais.

E quanto à integralidade**,** as ações de saúde devem ser voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento e a reabilitação. O indivíduo é um ser social que está sujeito a riscos, tanto biologicamente, psicologicamente quanto socialmente, portanto deve haver ações de promoção de saúde (as quais envolvem ações de outras áreas como habitação, meio ambiente, educação), proteção específica (saneamento básico, imunizações, vigilância à saúde e sanitária), diagnóstico e tratamento (atendimento médico) e reabilitação (recuperação dos doentes).

O SUS foi, sem dúvida, uma proposta inovadora para todos os brasileiros, pois até aquele momento muitos não tinham acesso ao sistema de saúde, salvo aqueles que pagavam pelo sistema previdenciário. Assim, a saúde no país deixa de ser privilégio passando a ser direito universal, pública e gratuita, e ainda com a possibilidade da participação da comunidade nos mandos públicos.

Tudo isto acontece em um momento em que os ditames internacionais propõem a construção de um modelo de serviços à saúde pública que se limitem à assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, com ênfase na saúde ambiental, nutricional e individual com vistas na melhor administração da relação custo benefício, além de propor também um sistema de serviços privados de saúde.

Segundo Rizotto (2000, p. 135) pelas propostas em consonância com os ditames internacionais, o sistema nacional de saúde de um país não compreenderia os princípios da universalidade e integralidade e “[...] a participação do Estado no fornecimento de serviços públicos de saúde teria como parâmetro básico interesses de caráter econômico.”

No caso brasileiro, o principio da universalidade e a conquista do direito marcam uma vitória da sociedade brasileira em torno do projeto de Reforma Sanitária, o qual defendia como estratégias a descentralização e a participação da sociedade civil.

É importante esclarecer que a participação da comunidade também era difundida pelas agências internacionais, mas com uma perspectiva diferente do que é preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990 e n. 8142/1990). Conforme Rizzotto (2000, p. 172) no contexto dos ditames internacionais “a participação da comunidade deve ser incentivada para que as comunidades passem a assumir a sua responsabilidade pela atenção à saúde, deixando de reputar ao

Estado algo que não seria mais de sua exclusiva competência".

A emergência do SUS enquanto sistema universal nasce em um momento carregado de desafios a superar.

Na década de 1990, o governo brasileiro assume a redefinição do papel do Estado envolvendo em seu plano diretor quatro questões: a delimitação do tamanho do Estado, o seu papel, a recuperação da governança e da governabilidade. (RIZZOTO, 2000, p. 196).

Sobre isso, Antonio Ivo de Carvalho (1997, p. 96) enfatiza que:

> [...] com sua pauta minimalista de política social e seu projeto de desmonte do aparelho estatal provedor e regulador, a reforma do Estado presidida pela razão econômica, apresenta-se como um veto à Reforma Sanitária. No fogo da barragem da eficiência contra a equidade, o campo da Reforma Sanitária perde seu elo doutrinário com a temática da reforma do Estado, aceitando tacitamente que a bandeira da eficiência seja monopolizada pelos neoliberais e que o SUS seja colocado em xeque, não pelos constrangimentos financeiros e administrativos que sofre, mas por suas generosidades universalistas, "irremediavelmente geradoras de práticas perdulárias".

É necessário reconhecer, os princípios e diretrizes do SUS pore sua tentativa de concretização encontram-se ainda (20 anos depois) dificultados pela política econômica vigente desde a década de 1990, que privilegia o sistema financeiro, o mercado e um Estado de "baixo" compromisso com as políticas públicas redistributivas, desenvolvimentistas, de pleno emprego, visando a qualidade de vida e os direitos do cidadão (alimentação, segurança, emprego, saneamento básico, meio ambiente, educação, habitação, saúde e outros).

Correia (2007, p. 22) confirma que as reformas apresentadas, a partir da segunda metade da década de 1990, estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado, ou seja, o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde. O SUS deveria prestar atendimento somente aos mais pobres, àqueles que não podem pagar pelos serviços no mercado privado de saúde. Propõe ainda um modelo assistencial centrado na oferta de atenção básica e na racionalização da média e alta complexidade e, finalmente, a lógica da gestão dentro do custo benefício estimulando a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde.

Enfim, o que podemos concluir é que estas são orientações que contrariam totalmente a Constituição Federal de 1988 e que apesar do avanço da

nossa legislação a lógica neoliberal de minimização do Estado dificulta a efetivação da universalização da assistência à saúde e à população.

Concordamos com Correia (2007, p. 22) quando enfatiza que a efetivação prática dos direitos advindos da Constituição e das leis orgânicas da Saúde (Lei n. 8080/1990 e n. 8142/1990) tem sido "[...] boicotada pelo projeto do capital para a saúde, expresso, em parte, nas propostas de reforma do Banco Mundial para esta área, que têm se constituído em contra-reformas, pelo sentido regressivo aos direitos conquistados legalmente."

Os discursos dos anos 1990, expressos nos conceitos de estado mínimo, privatizações, livre jogo dos mercados e globalização, foram substituídos por novos conceitos em busca de soluções que a efetivação desses conceitos não proporcionou. Os novos nomes ou a nova roupagem para as mesmas idéias e ideais dizem respeito à corte de gastos, à melhora nos gastos públicos, à redução das despesas do governo e com pessoal.

Ao compreender a saúde no seu sentido mais amplo, entende-se que a política de saúde é investimento. Investimento público. É redução de gastos, apontado aqui como índice da modernidade, é melhor aceito que a diminuição de investimentos públicos.

É com estes novos conceitos que se entra no século XXI. No Brasil, a análise sobre o governo Lula (Presidente Luis Inácio Lula da Silva) ou sobre a tarefa histórica que se impunha a este governo de romper com as modificações impostas pelo impacto das políticas neoliberais, garantindo financiamento público para as políticas sociais e rompendo, finalmente, com a lógica financista que subordina todas as decisões governamentais, seguiram inalteradas às limitações impostas aos investimentos nas políticas sociais.

Não é possível esquecer os avanços e redirecionamentos de recursos para ações de transferência de rendas como os programas implementados neste governo que efetivou medidas de proteção social não contributiva na área da assistência, mas efetivamente o SUS mantém-se subfinanciado revelando a medida contencionista e inviabilizando a oferta de serviços públicos, e com qualidade como determina a Constituição Federal de 1988.

Outra questão de relevância é que a saúde é um serviço altamente valorizado no mercado privado, o qual é muito disputado porque é muito lucrativo. A saúde não foi contemplada na agenda de prioridades do governo Lula, por causa

dos interesses e pressões deste importante setor como os produtores de equipamentos, medicamentos, tecnologias, prestação de serviços e corporações, ou seja, o governo manteve-se atrelado a desresponsabilização do Estado, principalmente porque atua contra a regulamentação da Emenda Constitucional n.29 que garante a vinculação de percentuais mínimos para aplicação orçamentária na política de saúde, ou seja, prevê um mínimo de recursos dos municípios, estados e União a serem aplicado na saúde.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000, online), representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, ao estabelecer a vinculação de recursos nas três esferas de governo para o financiamento do SUS, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação, em saúde. Apesar do Artigo 198 da CF, definir, em seu parágrafo 3º, a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal, o texto constitucional não contempla as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada. Assim, a falta de definição do processo de financiamento para depois de 2004 faz necessária à luta, pela regulamentação da Emenda.

A lógica ideal seria muito simples: uma vez determinado o percentual mínimo, os municípios e estados terão condições de se planejarem melhor e avançarem na implantação do SUS.

Diante de tantos desafios para a defesa do SUS, apontamos a necessidade da ampliação e qualificação da participação social através das instâncias de participação já consolidadas tais como as Conferências nacional, estaduais e municipais de saúde e os Conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde que foram oficializados a partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde Lei n. 8080/1990 e n. 8142/1990. A nosso ver são instâncias que devem se fortalecer, nestes momentos de precarização e privatização e lutar para que o financiamento, o acesso e a qualidade dos serviços em saúde sejam priorizados.

Para entendermos essa situação e os avanços apesar dos muitos sobressaltos do SUS, propomo-nos a tratar a seguir das modificações ocorridas desde a implantação deste sistema de saúde.

3.2.1 As modificações no sistema de saúde brasileiro a partir da criação do SUS

> Foram se delineando no imaginário coletivo brasileiro, diversas concepções do SUS: o democrático, idealizado pelo conjunto das propostas do movimento da reforma sanitária; o formal, expresso no texto constitucional; o real, refém dos constrangimentos financeiros, fruto dos reajustes e das reformas macroestruturais da econômica, associado, não raro, a situações em que a permanência perversa da tradição patrimonialista e clientelista do Estado brasileiro não foi possível de ser transformada; e finalmente o SUS dos pobres, impelido pela concepção dos organismos internacionais de focalização, e não de universalização, nas políticas sociais. A despeito destes vários SUS estarem aquém do ideário da reforma sanitária, há inequívoco avanço na institucionalidade do setor da saúde, ampliação da oferta de inclusão de grandes parcelas da população, antes à margem da política restritiva pré Constituição. Estes avanços também conforma o SUS real. (PAIM, 2006 apud FURTADO, 2008, p. 7).

Acreditamos que a afirmação de Jairnilson Paim (2006 apud FURTADO, 2008, p. 7) traduz em poucas palavras todo o contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Concordamos com Furtado (2008, p. 7) quando enfatiza que estes vários SUSs podem ser considerados expressão do desequilíbrio nas relações de poder entre governos, formas de implementação da política pública de Saúde e forças sociais ou seja, revela um distanciamento entre Estado e sociedade.

Apesar de todos obstáculos discutidos anteriormente, muitos foram os avanços, principalmente na estrutura organizativa nestes 20 (vinte) anos de implantação do SUS. Atualmente, ele conta com uma rede ampla de serviços de atenção básica, é produtor, anualmente, de bilhões de procedimentos, prevê a prevenção e controle de doenças transmissíveis, além da vigilância epidemiológica e sanitária.

O seu arcabouço foi se organizando, gradativamente, com as várias modificações sofridas desde o seu formato inicial até hoje com a aprovação do Pacto pela Saúde. As mudanças estruturais foram muitas, acompanhadas de expectativas e dificuldades.

Com relação ao início da sua implantação, o país não contava com um governo federal, pela primeira vez eleito de forma direta pelo povo, comprometido com as diretrizes da Reforma Sanitária. Por isso, a implantação do SUS acontece, como muitos autores determinam, na contramão do projeto neoliberal, com um quadro marcado por alta inflação, limitação de investimentos, escassez e cortes nas verbas públicas para os setores sociais, inclusive a saúde.

Atendendo aos requisitos da Constituição Federal é implantada a municipalização como forma de implementar a descentralização.

A municipalização compreende a habilitação dos municípios em assumir a responsabilidade pela gestão no município. Na época, isto era motivo de debate dada a sua complexidade, novidade e o fato de muitos temerem a transferência de responsabilidade que a gestão municipal representava, ou seja, esse processo exigia poder local com condições estruturais e financeiras para gerir o SUS.

Gilson de Carvalho (2008, p. 22) em uma entrevista à Revista do Cosems expressa-se: “[...] os municípios enfrentavam grandes limitações em suas equipes profissionais, pois não tinham, em geral, tradição de fazer planejamento, controle, avaliação, vigilância epidemiológica e sanitária.”

Aliado a isto, também não havia uma estrutura disponível para implantação das redes municipais de saúde. Os municípios menores, por exemplo, tinham e têm até hoje pequenas arrecadações de recursos o que inviabiliza o financiamento da saúde, ou de organizar e assumir ações de média e alta complexidade. Os grandes centros também apresentavam disparidades de condições de gestão.

Por outro lado, sabia-se que descentralizar era necessário, mas envolvia divisão de poder e estava claro que os Estados também receavam perder o controle da situação.

Diante de tamanha complexidade, o SUS foi passando por expressivas modificações que orientam o sistema de saúde desde a sua implantação na década de 1990, até os dias atuais.

Em 1991 acontece a edição da Norma Operacional Básica – (NOB) 01/91 que é um instrumento normativo para o desenvolvimento do SUS que redefiniu a lógica de financiamento com critérios de repasse dos recursos aos municípios a partir da remuneração por procedimento, ou seja, prevalecia a prestação da assistência médica com pagamento por meio de convênio e por produção. Isso

acaba por retardar o processo de municipalização com a responsabilidade dos municípios organizarem, coordenarem e controlarem o sistema de saúde local. Na época, o Instituto Nacional de Assistência Médica Assistência Social (INAMPS) assume o papel de controlador e passa a ser o responsável pelo repasse dos recursos para pagamento dos serviços públicos. Apesar de um importante marco normativo para o SUS, este ainda mantém os municípios e estados na condição de simples prestadores de serviços.

Em 1993, a NOB 01/93 avança na formulação de novas formas de relação do governo federal com os estados e municípios, determinando categorias diferentes de gestão para habilitação dos municípios, ou seja, a norma determinava três modalidades de Gestão de Saúde: Incipiente, Parcial e Semiplena. Desta forma, estados e municípios deveriam cumprir requisitos e assumir responsabilidades.

Outra importante implementação foi a definição do repasse financeiro do chamado “Fundo a fundo” em conformidade com a Lei n. 8080/1990 e n. 8142/1990, ou seja, o repasse aconteceria do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos municipais de Saúde. A partir da criação das classificações dos municípios, cria-se condições para o mecanismo de transferência regular do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de saúde, rompendo com o pagamento por produção. É preciso destacar, entretanto, que, neste momento, o repasse Fundo a fundo, seria realizado junto aos municípios que estavam habilitados na gestão semiplena e informar que poucos eram os municípios brasileiros, nesta categoria.

A elaboração da Norma Operacional Básica NOB 01/93 acontece depois de intenso debate a partir da IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, sob o tema “Municipalização é o Caminho” e depois da elaboração do documento “Municipalização das ações de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”.

Além dos avanços já elencados, houve a definição da implantação das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e da Comissão Intergestores Tripartite (CITs) que se constituem em foros de debates permanentes de negociações e articulações entre os gestores municipais, estaduais e Federal, ou seja,

> [...] são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. (BRASIL, 2007, p. 19).

Destacamos que, nesta época, o país vivia uma intensa mobilização em torno da votação pelo impeachment do então Presidente da República Fernando Collor de Melo, em seguida a sua renúncia ao cargo e a posse do Vice Presidente. O país avançava e amadurecia, no contexto político, mas financeiramente, a saúde vivenciava um momento extremamente difícil, pois o país ainda estava sob forte impacto da elevada inflação e do endividamento externo.

Em 1994, é lançado o Plano Real, cujo objetivo principal era conter a inflação do país e que levou o seu idealizador Fernando Henrique Cardoso ao posto de Presidente da República, em 1995, através da segunda eleição direta após o fim da ditadura militar.

Este governo manteve-se estruturado na ideologia neoliberal sob o ideário de enxugar o Estado e fazer privatizações, frustrando mais uma vez as expectativas do povo quanto às políticas sociais inclusivas.

Em 1996, é editada a NOB 01/96 que seria implementada em 1998. Esta norma estabeleceu novo modelo de gestão do SUS que poderia ser Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, superando os formatos anteriores e ampliando a possibilidade dos municípios saírem da condição de simples prestadores de serviços. Instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), com repasse automático estabelecendo recursos *per capita* proporcionais à população do município. Isso significou ao final da década de 1990, um aumento expressivo do número de municípios habilitados em alguma dessas formas e um salto quantitativo no processo de municipalização.

Propõe ainda a Programação Pactuada Integrada (PPI), já trazendo a tona à discussão sobre a questão da regionalização.

Além disso, determina ações de atenção à saúde com incentivos financeiros para o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja estratégia era a implantação de equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários prevendo atendimento domiciliar às famílias. E ainda medidas para organização da vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças.

Nesta época, o país já apresentava estabilidade econômica através da implantação do Plano Real, mas a saúde continuava enfrentando problemas de financiamento e em função disso aconteceram debates sobre a necessidade de criação de fontes alternativas de financiamento, culminando na criação e aprovação

pelo Congresso Nacional de 1996, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

É pertinente destacar que o Governo Federal, gradualmente, deixou de repassar ao SUS montante do valor da verba equivalente ao que a CPMF arrecadava e assim a saúde acabou ficando com os mesmos recursos que já tinha antes da CPMF.

Também já havia uma discussão, desde 1993, sobre a regulamentação de fontes de financiamento. Na época, foi apresentada ao Congresso Nacional, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169, propondo a regulamentação das fontes de financiamento, baseada na Constituição Federal de 1988 a qual estabelecia que a Seguridade Social destinaria 30% (trinta por cento) de seus recursos para a saúde. A PEC 169 foi finalmente aprovada, transformando em Emenda Constitucional n. 29 no ano de 2000, definindo as fontes de recursos do SUS, vinculadas aos orçamentos da União, estados e municípios.

Foram fixados percentuais mínimos a serem investidos, anualmente, na saúde. Assim, vinculou-se a nível Federal os recursos que seriam destinados à saúde conforme a variação do produto interno bruto (PIB), obrigando o governo Federal a destinar um percentual vinculado ao crescimento econômico do país e o impedindo de promover cortes no orçamento da saúde. Aos Estados, estipulou 12% da sua arrecadação e aos municípios 15%. Frizamos que estes percentuais podem variar para maior e nunca para menor.

Para Gilberto Natalini (2008, p. 45), em entrevista concedida ao Cosems/SP, a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29

> [...] foi aquém do que queríamos, porque foi parcelada. É uma luta sem fim, pois a queda de braço acontece entre as áreas social, da saúde, da educação, econômica e as outras necessidades sociais que disputam o financiamento público. De qualquer forma, se a Emenda Constitucional não fosse aprovada, o SUS corria risco de vida. Conseguimos mantê-lo vivo, mas ele ainda não recebeu alta: está convalescente!

Acrescenta que “[...] o grande inimigo do SUS é a insuficiência de financiamento, porque o sistema faz promoção, prevenção, tratamento, e reabilitação. São quatro atividades grandes, que dispõem de recursos pífios.” (NATALINI, 2008, p. 45),

Até aqui o que podemos afirmar é que as NOBs demonstraram, inequivocadamente, aumento na habilidade de gestão dos municípios, com o aumento da organização dos sistemas de oferta de atenção básica, mas não resolveu a questão da equidade e da superação das desigualdades e não conseguiu ampliar a oferta de saúde de modo a abranger toda a população.

Neste aspecto, concordamos com Aparecida Pimenta (2008, p. 70) também em entrevista ao Cosems/SP quando diz que o grande desafio realmente é "[...] a integralidade que depende da regionalização e do financiamento."

Em 2001 foi aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 que complementa a NOB 01/96 e apontou a necessidade da criação de Regiões de Saúde agregando municípios de modo a permitir maior aprofundando da descentralização com eqüidade, no acesso. Esses agrupamentos de municípios seguiriam critérios que consideravam, principalmente, os fluxos populacionais e a oferta instalada de tecnologia. Nesta época, foram criados o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

O PDR deveria descrever a organização do Estado em regiões e Microrregiões de Saúde e módulos assistenciais, identificando as prioridades de intervenção em cada local. Este é um instrumento ordenador cuja elaboração teria conceitos chaves como regiões de saúde, módulo assistencial, unidade territorial qualificando-a como microrregião ou região de Saúde.

Para organizar a regionalização são criadas categorias como: Município Sede do Módulo Assistencial e Município Polo, ou seja, a partir da capacidade de ofertas de serviços e de referência o município seria Sede do Modulo Assistencial ou polo. Assim definido, ficou determinado que o PDI teria como um dos objetivos evitar a concentração de serviços e ações em determinados polos, como por exemplo, as capitais dos estados. E a PPI deveria continuar como um instrumento capaz de pactuar as ações de média e alta complexidade, as quais deveriam garantir acesso a todos os serviços, a todos os locais e regiões, ou seja, deveriam contemplar a lógica de planejamento integrado, identificando as prioridades de intervenção, em coerência com as necessidades de saúde da população.

Destaca-se que a regionalização acaba sendo um tema presente em todo o processo de estruturação do SUS, em consonância com a Constituição Federal de 1988 que a dispõe em seu artigo 198, do capítulo II – da Seguridade Social.

Em 2002, acontece a vitória do Partido dos Trabalhadores que levou à Presidência da República um homem do povo em conjunto com a esperança e expectativas de mudanças na nação. E, apesar, de um discurso de participação do povo não houve avanço em uma política de governabilidade ampliada e também não houve a reforma política.

Na saúde a expectativa era de avanços no processo de municipalização e descentralização com maior aporte de recursos financeiros, visto que há indicações de que os municípios aplicam o percentual mínimo na saúde respeitando o previsto, na Emenda Constitucional 29. Porém existem ainda problemas com os repasses do Estado.

No segundo mandato deste governo, em 2006, é aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o Pacto pela Saúde. Este é criado com o objetivo de promover inovações para alcançar maior eficiência e qualidade.

O Pacto pela Saúde foi publicado pela Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006 e está pautado nos princípios da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde Lei n. 8.080/1990. Foi instituído em 2007 redefinindo a pactuação dos serviços de saúde e idealizado como uma possibilidade de avanço do SUS, contribuindo para efetivar o direito de todos à saúde de qualidade e ao fortalecimento do controle social. O Pacto tem como diretrizes três frentes de trabalho: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos definidos pelos três entes federados e que deve ser renovado anualmente. Estes compromissos devem atingir metas sanitárias com base na definição de prioridades. Em 2006, as prioridades definidas foram:

- a saúde do idoso,
- redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama,
- redução da mortalidade infantil e materna,
- fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
- Promoção da saúde,
- Fortalecimento da atenção básica

À Portaria 325/GM de 21 de fevereiro de 2008 que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida acrescenta (BRASIL, 2008, online):

- Saúde do trabalhador,
- Saúde mental,
- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência,
- Atenção integral às pessoas em situação de risco de violência,
- Saúde do homem.

Para cada prioridade apontada são definidos objetivos e metas nacionais e estaduais. Assim, como o país é grande em extensão territorial e, extremamente, rico em diversidade os municípios também podem definir metas locais, baseados, na sua realidade local.

Para o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) (2007, p. 11) o objetivo do Pacto pela Vida é eliminar o formato de imposição dos governos estadual e federal sobre o município e este

> [...] deve atentar para as prioridades das outras esferas e discutir como elas podem responder às suas necessidades. É também preciso definir as suas próprias prioridades, que dizem respeito especificamente ao seu território. O documento que deve guiar o estabelecimento dessas metas é o Plano de Saúde.

Salienta-se que a saúde está vinculada a outros compromissos como educação, ambiente, habitação, trabalho, emprego, lazer e por isso a luta não se deve dar apenas à melhoria nas condições de saúde, mas ao todo e pelo sistema de Seguridade Social.

Outra diretriz refere-se ao Pacto em Defesa do SUS que tem como objetivo discutir o sistema a partir de seus princípios fundamentais. Estabelece a garantia (a longo prazo) de aumento nos recursos orçamentários e financeiros para a saúde e a regulamentação da Emenda Constitucional n.29 pelo Congresso Nacional.

Para garantir a defesa dos princípios do SUS foram definidas três frentes de ação:

1. Implementar um amplo processo de mobilização social para divulgar a saúde como direito de todos e o SUS como política pública garantidora deste direito.
2. Mobilização da sociedade para mais recursos para o SUS.
3. Regulamentação da Emenda Constitucional 29 para garantir o financiamento do SUS pelas três esferas de governo.

Entende-se que deve acontecer a articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito. Um instrumento é a Carta dos Direitos dos Usuários da saúde editada em 30 de março de 2006 pela Portaria GM/MS 675. Aliado a isso deve-se ampliar e fortalecer as relações com os movimentos sociais, em especial, os que lutam pela saúde e pela cidadania.

O Centro de Educação e Assessoramento Popular (2007, p. 12) observa que na questão do financiamento é preciso construir uma política de Estado que garanta estabilidade além do aumento progressivo dos recursos destinados à saúde e que a população através de seus agentes de controle social mobilizem-se para de fato regulamentar este Pacto, em Defesa do SUS.

E, finalmente, a última diretriz, o Pacto de Gestão do SUS, como o próprio nome sugere é o que determina o conjunto de atividades e responsabilidades do sistema de saúde e que determina qual o papel das três esferas de governo. Mantém o discurso e a importância de questões como a descentralização, regionalização, financiamento e Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Esta diretriz avança na proposta de regionalização tentando implantar regiões de saúde de forma solidária e menos normativa e burocrática em comparação com as NOB 01/96 e NOAS.

As formas de transferência dos recursos federais foram modificadas sendo integradas em cinco grandes blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

É importante destacar que o Estado deve assumir seu papel, na construção das Regiões de Saúde, para que as redes de saúde consigam atender integralmente aos usuários de todos os municípios, sejam eles de dois mil habitantes a mais de um milhão.

As atribuições e responsabilidades deverão ser assinadas através do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) elaborado de maneira pactuada e aprovado pelos Conselhos a partir dos seguintes eixos: Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; Regionalização; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde e Participação e Controle social.

A regionalização, talvez seja um dos maiores desafios a serem enfrentados visto que muitos gestores não assumiam as responsabilidades pactuadas nas PPIs anteriores, o que geravam tensões entre os municípios e insegurança no usuário do sistema que não sabia ou não tinha a quem recorrer para garantir o seu direito de assistência à saúde, principalmente para os serviços de alta e media complexidade. Para o Centro de Educação e Assessoramento Popular (2007, p.19) isso acontece por vários fatores. Entre eles:

> A maioria dos municípios não têm estrutura própria para atender a demanda;
> Muitas vezes os gestores públicos, ao invés de pactuar os serviços entre si, organizando e fortalecendo a estrutura pública para este fim, acabam comprando os serviços da iniciativa privada;
> O setor privado é predominantemente na oferta destes serviços e disponibiliza ao sistema um numero menor do que a demanda necessária (um pouco por causa da baixa remuneração do SUS). Isso acaba sendo estratégico, pois cria filas de esfera forçando a população pagar pelo atendimento;
> Os serviços de média e alta complexidade geram um grande lucro. Por isso, há situações em que os profissionais – articulados com clínicas e laboratórios, estimulam o uso destes serviços, mesmo sem necessidade, aumentando cada vez mais o lucro do setor privado.

A partir do Pacto pela Saúde, a regionalização define-se como uma diretriz do Sistema Único de Saúde a qual orienta a descentralização. Ele tem como instrumentos o Plano Diretor Regional (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI). As regiões de saúde organizam-se em espaços geográficos contínuos e é necessária a pactuação entre todos os gestores, do conjunto de ações que serão compartilhadas e das ações complementares.

Neste sentido, espera-se que com a implementação da regionalização, melhore a articulação entre os pequenos municípios para organizarem os serviços de média e alta complexidade, garantindo aos usuários do SUS maior acessibilidade aos serviços.

Outra questão a ser ressaltada, no Pacto de Gestão é o reconhecimento do controle social como de importância fundamental. Entretanto, é necessário destacar que sua proposta de potencialização foi feita pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e não envolveu, efetivamente, os atores envolvidos com o controle social para a construção do Pacto. Assim, ao mesmo tempo em que viabiliza o controle social como um importante instrumento de implantação do Pacto pela Saúde que teve inclusive a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, poucos foram os debates públicos envolvendo movimentos, organizações da sociedade civil e conselhos pelo país.

Conforme critica o Centro de Educação e Assessoramento Popular (2007, p. 14) “[...] o Pacto propõe-se a potencializar o controle social, mas a forma como ele foi desencadeado inicialmente deu a impressão de não estar coerente com o seu propósito.”

O termo controle social, já citado, é estabelecido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e significa o poder de controle da população sobre as ações e política de saúde do Estado. O controle social vem expresso na forma participativa, caracterizando a representatividade, visibilidade e sua capacidade de interlocução entre o segmento público, na figura do Estado, e a sociedade.

Antonio Ivo de Carvalho (1997, p. 95) coloca que a noção de controle social, como emergiu na Reforma Sanitária, vem marcada de “[...] uma combinação de influências marxistas do Estado instrumental e do paradigma do Estado plural.”

É instrumental na medida em que deveria estabelecer mecanismos, capazes de funcionar como instrumentos da sociedade para controlar o Estado. É paradigma do Estado plural, na medida em que as formas de possibilitar decisões atendem a toda a população.

Para Correia (2000) controle social é a possibilidade de a sociedade organizada intervir nas ações do Estado, no gasto púbico, redefinindo-o na direção das finalidades sociais, resistindo à tendência de servir com exclusividade a acumulação de capital.

A participação e o controle social têm sido alvo de muitas discussões tendo como pano de fundo a Constituição Federal de 1988 e a possibilidade concreta de participação e deliberação sobre as decisões públicas, em especial na área da saúde.

Passados vinte anos da promulgação da nossa Constituição, considerada o marco da criação e inclusão do debate de mecanismos de democracia direta e participativa e da criação do SUS parece-nos essencial continuar avançando no formato das instâncias de participação que efetivam o controle social, monitorando e fiscalizando as ações que acima de tudo devem ser propositivas nos momentos de elaboração dos planos de saúde locais.

A seguir, trazemos o formato do conselhos de políticas públicas, os avanços neste espaço de participação e também as suas dificuldades a partir da sua legalização.

4 OS CONSELHO DE SAÚDE

4.1 Os conselhos de saúde brasileiros

O formato dos conselhos de saúde efetivados a partir da Constituição Federal de 1988 é normatizado através da aprovação das Leis Orgânicas da Saúde de n. 8080 e n. 8142 de 1990, que regulamentam essa participação institucionalizando-a e ampliando a possibilidade de envolvimento dos usuários no SUS, através não só dos conselhos de saúde, mas também das conferências nos três níveis de governo (União, Estados e municípios).

A conferência também é um importante mecanismo e está atrelada aos conselhos de políticas públicas, visto que muitos de seus delegados são os conselheiros representando os municípios do país. Assim, é importante trazer rapidamente os avanços bem como os desafios a serem superados deste formato de representação.

As políticas públicas são definidas, especificamente, pela Lei n. 8142 de 1990 e conforme o Portal do Ministério da Saúde, “[...] são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde.” Elas acontecem, sistematicamente, a cada quatro anos em cada esfera de governo. Preliminarmente, acontecem nas esferas municipais, antecedendo as estaduais com os mesmos temas previstos para a nacional. O objetivo é discutir, elaborar e aprovar propostas prévias para discussões mais amplas na Conferência Nacional que poderão se tornar diretrizes aprovadas nesta última, promovendo políticas e programas a serem desenvolvidos pelo governo.

Cada esfera de governo é responsável por regulamentar e financiar sua conferência, assim como eleger representantes que participarão das etapas seguintes, sendo estes chamados de delegados. É importante salientar que a inexistência de uma das etapas (seja a nível municipal ou até estadual) não impede a realização das seguintes.

Stotz (2006, p. 152) avalia que a história mostrou que as conferências não conseguiram se tornar instâncias populares, principalmente devido ao processo de convocação e encaminhamento. Conforme seu argumento

> [...] o ponto de partida das conferências não tem sido a mobilização popular identificar e debater as condições de vida e de trabalho enquanto forma inicial de avaliar a situação de saúde das populações e de desencadear a reflexão acerca das prioridades para o planejamento da saúde. E, sim, o credenciamento das organizações populares para participar da conferência com direito a indicação de delegados. A partir deste processo de caráter organizativo tem ocorrido um processo ascendente de nível distrital ou municipal para o estadual e deste para o nacional. A convocação política das conferências, isto é, a agenda (questões e temários) a ser debatida, tem sido encaminhada de cima para baixo, a partir do Estado em direção aos representantes dos usuários.

Apesar disso, pode-se considerar que é um avanço um espaço destinado à discussão e que pode propiciar o contato e o debate com vários segmentos ali reunidos com foco a alcançar metas e definir prioridades.

Com relação aos Conselhos, foco de nossa discussão, o Artigo 1º, § 2º da Lei n. 8142 de 1990, determina que:

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

Faz-se relevante apontar três questões importantes no que diz respeito à função dos conselhos:

a) A participação destes na elaboração das políticas, discutindo os programas, ações e, conseqüentemente, a necessidade da alocação de recursos do orçamento para atender a esses programas e ações.
b) O monitoramento da implementação e ou acompanhamento das ações e programas planejados exercendo o papel de fiscal das ações do governo.
c) A deliberação, aprovando ou não as prestações de contas das instâncias de governo.

Isto referenda o artigo da Lei n. 8080 de 1990 que estabelece que os recursos financeiros do SUS, em cada esfera de governo, serão gastos sob acompanhamento e fiscalização dos conselhos.

Tudo isso significa que o conselho tem que ter dados privilegiados que permitam detalhar informações, uma vez que o acompanhamento só pode ser

realizado com o devido acesso a documentos como o Plano de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, os demonstrativos das receitas e despesas mensalmente, os processos licitatórios, como estão os contratos, convênios, auxílios e subvenções a entidades filantrópicas.

O Artigo 4 da Lei n. 8142 de 1990 determina que para receberem os recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- Fundo de Saúde;
- Conselho de Saúde, com composição paritária.
- Plano de Saúde;
- Relatórios de gestão.
- Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

O Fundo é uma conta especial que administra um recurso para determinada finalidade, ou seja, a sua titularidade é a da Instituição ou esfera administrativa de governo a que pertence. No caso do Fundo de Saúde todos os recursos alocados são para financiamento, aquisição de ações, bens móveis e imóveis relacionados à saúde dos cidadãos.

O objetivo de sua criação é duplo: ao mesmo tempo que tem por objetivo a eficiência da administração descentralizando-a na parte financeira para a área especifica, ou seja, para a saúde, também tem uma função coibidora no sentido de restringir qualquer ação de corrupção, de desvios das verbas próprias da saúde para outras áreas.

Conforme o artigo 33 da Lei n. 8080 de 1990 “[...] os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.”

Desta forma, é obrigatória a existência dos conselhos que além de elaborar e deliberar sobre as políticas públicas deve acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde.

Outro fator que condiciona a transferência de recursos é a apresentação do Plano de Saúde que é um documento especifico da área e que, necessariamente, deve estar vinculado ao Plano Plurianual (PPA). Este, por conseguinte, estabelece as propostas, os programas e as metas governamentais de longo prazo de cada governo, ou seja, quando o governo inicia-se, no primeiro ano

ele deve fazer o PPA, para os três anos seguintes de seu mandato e o primeiro ano do mandato de quem lhe suceder.

O artigo 165 da Constituição Federal prevê que “as Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I – o Plano Plurianual; II – as diretrizes orçamentárias; III – os orçamentos anuais”.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é um plano de trabalho para o exercício, expresso por um conjunto de ações a realizar, com o fim de atender às demandas da sociedade e indicar os recursos necessários à sua execução. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é um instrumento intermediário entre o PPA e LOA que antecipa as diretrizes, as prioridades de gastos, as normas e os parâmetros que devem orientar a elaboração do Projeto de Lei Orçamentária, ou seja, é o conjunto de instruções ou indicações para se tratar ou levar a termo um programa, plano ou ação. Qualquer ação só pode acontecer se estiver no Plano de Saúde, e, conseqüentemente, alocada na Lei Orçamentária Anual.

Destaca-se ainda que este documento - Plano de Saúde - tem que ser autorizado pelo Conselho de Saúde e deve ter claro qual será a contrapartida do município, que também é um dos requisitos que condiciona a transferência dos recursos.

Apontamos ainda o Relatório de Gestão que nada mais é do que o instrumento formal que apresenta os dados e resultados alcançados com a execução da programação anual com a comprovação de toda a aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional para os fundos do Estado, Distrito Federal e Municípios.

Gilson de Carvalho (2008, p. 48) considera que um relatório de gestão deve incluir “1) a gestão financeira, 2) a quantidade de ações e serviços produzidos e 3) a qualidade daquilo que se produziu.”

Portanto, é no momento de avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados que se subsidia a elaboração do plano para os anos seguintes, onde devem ser indicadas as correções de rumos que se fizerem necessárias, assim como de iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

O sistema de gestão do SUS, nestes 20 anos de implementação sofreu alterações significativas, através das suas normas operacionais até desencadear na aprovação do Pacto pela Saúde em 2007 e todos estes cinco determinantes (Fundo

de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão e contrapartida dos recursos) estão em consonância com a Lei n. 8.142 de 1990.

Entretanto, toda essa arquitetura institucional do SUS ocorrida, principalmente, a partir da inserção da participação e da descentralização político-administrativa acontece muitas vezes, para dar legitimidade às políticas implementadas, uma vez que toda a estrutura está envolvida pelo Conselho de Saúde que tem o poder de fiscalizar o Fundo de Saúde e deliberar sobre o Plano de Saúde e Relatório de Gestão e, por conseguinte o compromisso com a eficiência e a eficácia.

É preciso estar claro, no entanto, que não basta ser eficiente. É preciso que os serviços atendam à real demanda, àquilo que é esperado pela sociedade sob todos os aspectos (governamentais e não governamentais) e por isso é fundamental que os conselhos sejam efetivos na sua função. Saibam atuar e estar dispostos a realizar a sua tarefa com comprometimento e eficiência.

Uma de nossas hipóteses diz respeito ao fato de que os conselhos conseguirão a efetiva participação quando os conselheiros estiverem capacitados para esta função. E para tanto, partimos do pressuposto que ainda, efetivamente, muitos conselheiros encontram dificuldades para entender a sua própria função.

A seguir faremos uma breve explanação para trazer as conquistas e os desafios que ainda têm que ser enfrentados neste mecanismo.

No início da implantação do SUS (começo da década de 1990) era um período de muitas mudanças, de redemocratização do país, do processo de municipalização e da introdução da participação da sociedade nos mandos públicos. Isso nos remete à uma reflexão: a sociedade e governos estavam preparados ou mobilizados para este novo aspecto?

Pedro Pontual (2008, p. 2) coloca que os “[...] 20 anos que marcaram a criação e implementação dos conselhos são um período relativamente pequeno face a tradição elitista e autoritária que sempre marcou a relação do Estado com a sociedade no Brasil.”

Também concordamos com este autor quando enfatiza que apesar do período recente, os conselhos são os canais de participação popular de maior expressão numérica e capilaridade social e, devem ser vistos como parte do longo e complexo processo de construção da democracia e da cidadania no Brasil.

Como vemos, essa possibilidade de participação institucionalizada que completa 20 anos apresenta muitas conquistas, apesar de apontar muitas dificuldades, obstáculos e desafios para superar. Vários já são os estudos sobre a história, o formato e a efetividade destes espaços que, necessariamente, devem defender os interesses da coletividade e assim, a seguir, trazemos alguns dos dados de estudos de autores como Antonio Ivo de Carvalho (1997), Faria (2007; 2008), Rocha e Liporoni (2006), Tatagiba e Teixeira (2007), Pontual (2008), Stotz (2006), Teixeira e Tatagiba (2008) e outros com o objetivo de apresentar os resultados que já credencia este formato de participação como uma prática renovadora da democracia.

Antonio Ivo de Carvalho (1997, p. 100), aponta que os conselhos deveriam ser

> [...] constructos institucionais inovadores, expressivos de um processo de reforma tanto do Estado quanto da sociedade. No primeiro caso, favorecendo a publicização da ação estatal, como mecanismo de fixação e tematização do "interesse público" na agenda setorial. No segundo, publicizando a ação societária, como campo de exercício de uma cidadania na diversidade e na solidariedade.

Acrescenta que, de um lado havia a ilusão que se alimentava na "[...] miragem de um Estado neutro, passível de ser conduzido pelos segmentos [...] nos espaços decisórios" (CARVALHO, A.I.,1997, p. 100), ou seja, com a ilusão de que o Estado seria totalmente controlado segundo os desígnios e a aspiração da sociedade civil organizada. De outro lado, havia o ceticismo de que o Estado pudesse aceitar qualquer influência. Esta desconfiança pode ter provocado "[...] um rebaixamento ou atraso nas práticas dos conselhos, reduzindo-os a uma dimensão meramente fiscalizatória, onde a obsessão com o controle burocrático termina por negligenciar a preocupação com resultados." (CARVALHO, A.I.,1997, p. 94).

Entretanto, é necessário considerar que, hoje, este é um instrumento de participação democrática de maior destaque e que quanto mais organizada e mobilizada a sociedade estiver, maior a possibilidade de efetivação do Estado democrático.

Analisando as duas décadas após elaboração das Leis Orgânicas n. 8080 e n. 8142/90, entendemos que, sem dúvida nenhuma, foi efetivada a participação se avaliarmos a questão legal: a implantação das leis orgânicas previstas, na Constituição Federal de 1988.

A Lei criou os conselhos obrigando os municípios a sancioná-los a partir de leis municipais colocando como exigência inclusive para recebimento de fundos governamentais. Deste modo, esses órgãos existem e representam um dos instrumentos que a sociedade civil conseguiu conquistar em nível de participação política.

Os conselhos introduzem um novo conceito, que Antonio Ivo de Carvalho (1997, p. 99) chama de racionalização técnico burocrática, ou seja, eles representam um processo alternativo as práticas clientelistas que encontrávamos no Brasil, na medida em que publicizam e tecnificam o processamento das demandas, no interior do Estado.

Em síntese, estes espaços cresceram e estão em todo em todos os municípios brasileiros. É uma organização imprescindível já que as suas atribuições fazem parte da fiscalização das políticas públicas de saúde.

Os conselhos estão regulados por Lei, têm sua normatização na atual Resolução n. 333/2003, mas em cada município deste país os conselhos têm suas próprias peculiaridades, suas próprias discussões, seus próprios problemas.

O desafio, no entanto, está para todos, no sentido de fazê-los se efetivarem, eficientemente, propiciando a implementação de políticas de saúde que cumpram os princípios do SUS, com a participação dos cidadãos, de modo que estes possam contribuir na tomada de decisões do setor saúde. Ou seja, é necessário que de fato a população se faça ouvir e que ao mesmo tempo este espaço seja instrumentalizado com informações de todos os níveis.

A questão é: 20 anos depois da sua introdução estes espaços já não deveriam estar fortalecidos, suficientemente, para o exercício eficiente da democracia participativa? Alguns autores tentam explicar esta situação a partir do ângulo do poder executivo, legislativo e também dos usuários do sistema.

Borges (2008, p. 32) em entrevista concedida ao Consems/SP relata que “[...] a sociedade, de forma geral, demorou a entender a gestão participativa e ainda existem regiões onde não se entende muito bem o papel dos Conselhos de Saúde.”

Galvanese (2008, p. 27), também em entrevista concedida ao COSEMS/SP, explica que no inicio da implantação dos conselhos

> [...] era uma questão muito difícil para as Câmaras Municipais, que tinham dificuldade para compreender o papel dos Conselhos Municipais de Saúde, que não substituiriam a Câmara, e sim seria um espaço do poder Executivo, nos quais se discutiria práticas de saúde.

Para Raichellis (2000, p. 43), o que incomoda os governos na questão dos Conselhos não é a sua existência, mas exatamente a natureza das suas atribuições, o fato de terem um caráter deliberativo garantido legalmente, pois os processos são muitas vezes demorados e abertos aos debates e conflitos de posições por terem que passar pela aprovação dos conselhos.

O fato é que os conselhos seguem avançando e se estruturando. Há um desenho institucional formado o que já determina a sua aceitação, apesar de não eliminar as suas dificuldades.

4.1.1 O desenho Institucional dos Conselhos Municipais de Saúde

Apresentamos a seguir alguns dados de um cadastro realizado pelo Conselho Nacional de Saúde, no ano de 2005, onde 91% dos conselhos de saúde existentes, no Brasil, cadastraram-se o que permitiu traçar um perfil da estrutura funcional dos conselhos de saúde no Brasil. Disponibilizamos os dados do Estado de São Paulo, pois nossa pesquisa contempla uma das regiões deste Estado. Destaca-se que em 2007/2008 houve outra reformulação do cadastro atingindo 5.554 (100%) municípios brasileiros. Entretanto, neste ano disponibilizamos apenas os dados a nível nacional. Desta forma contemplamos a informação em nota de rodapé.

Tabela 5 – Forma de criação dos Conselhos no Brasil e no Estado de São Paulo

Criação dos Conselhos de Saúde	***Estado de São Paulo (2005)***	***Brasil (2005)[11]***
Lei Municipal	87,5%	85,5%
Decreto Municipal	6%	9,4%
Portaria	6,5%	5,1%
Total	100%	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, online).

[11] Em 2007/2008 os dados a nível Brasil são: Lei Municipal - 86,4%; Decreto Municipal - 8,9%; Portaria - 4,7%.

Como pré-requisito para o recebimento dos fundos públicos, os conselhos foram criados, no início dos anos 1990, quando passaram a ser legalmente exigidos e a formação de cada conselho deve-se dar a partir da criação da Lei do município instituindo o Conselho e os Regimentos Internos de cada órgão. Como vimos, pela Tabela 5, a grande maioria dos conselhos, no Brasil, foram criados a partir de Lei municipal seguidos de Decretos e também Portarias. O mesmo diz respeito ao Estado de São Paulo.

O cadastro não contemplou a informação sobre cada conselho ter ou não o Regimento Interno aprovado em plenária. Conforme determina a Resolução 333 de 2003, os conselhos, necessariamente, devem formular os Regimentos internos que definem normativamente, a estrutura e a dinâmica dos mesmos.

Esta Resolução 333 de 2003 (ANEXO A), implicou em diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde, revogando as diretrizes de n. 33 de 1992 e n. 319 de 2002, mantendo, entretanto, as prerrogativas da Lei n. 8142 de 1990, ou seja, definem também a questão da paridade, a estrutura administrativa dos conselhos, a função da secretaria executiva, a periodicidade mensal das reuniões e a questão da prestação de contas a cada três meses pelo gestor.

De todos estes *itens*, a pesquisa do Conselho Nacional de Saúde contempla apenas a forma de criação (apresentada no quadro 5) e a periodicidade das reuniões apresentadas a seguir no quadro 6.

Tabela 6 – Periodicidade das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil e Estado de São Paulo

Periodicidade das reuniões	***Estado de São Paulo (2005)***	**Brasil *(2005)*[12]**
Mensal	89%	83,6%
Bimestral	6%	9,5%
Outras formas	5%	6,9%
Total	100%	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, online).

[12] Em 2007/2008, os dados demonstram que reúnem-se mensalmente - 84,02%; bimestralmente - 9,34% e de outras formas - 6,64% dos Conselhos Municipais de Saúde brasileiros.

Como se observa, em torno de 84% dos Conselhos de Saúde em nível municipal relatam através da pesquisa que se reúnem, mensalmente. No Estado de São Paulo chega a 89%. Observa-se que estes dados não se alteram nos dois cadastros.

Uma questão que chama a atenção no cadastro realizado tanto em 2005 quanto em 2007/2008 aponta que 89% dos conselhos que participaram da pesquisa determinaram que estavam em consonância com a Resolução n. 333/2003. Os 11% que informaram que não estavam adequados alegaram: composição não paritária, inexistência de dotação orçamentária, falta de secretaria executiva entre outras questões, mas não especificam dado por dado.

Tendo em vista que em torno de 84% realizam mensalmente reunião, a própria organização delas já denuncia que um número maior não está em consonância com a Resolução, pois o parágrafo V – da Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde determina que "o Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno".

Esta resolução também aponta que cabe ao Poder Executivo oferecer a infraestrutura adequada e necessária para o funcionamento desse órgão. Assim, necessariamente, têm que disponibilizar espaço físico, recursos materiais e também humanos. Estes recursos devem estar garantidos em dotação orçamentária, mas é uma realidade que na prática não funciona como deveria. Abaixo informamos os dados do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a realidade da infraestrutura encontradas nos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil (dados de 2007/2008).

Tabela 7 - Infraestrutura dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

Secretaria Executiva	36,95%
Sede própria	11,93%
Dotação Orçamentária própria	16,32%
Transporte para o Conselho de Saúde	19,71%
Computadores	71,21%
Acesso a internet	73,74%
Impressora	19,54%
Máquina Fotográfica	7,01%
Filmadora	1,67%
Televisão	6,32%
Datashow	7,24%
Tela de projeção	5,17%

Fonte: Cadastro Conselhos 2007/2008 disponível realizado pelo Conselho Nacional de Saúde (online).

De todos os conselhos brasileiros apenas 11,93% possuem sede própria, 16,32% informa que tem dotação orçamentária e 19,71% transporte para que os conselheiros municipais possam se locomover ou resolver questões relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde. Apenas 36,95% possuem Secretaria Executiva. E 71,21% seguidos de 73,74% estão providos de computadores e acesso a internet respectivamente.

Sacardo e Castro (2000, p.22) apontam que “[...] esta é uma questão fundamental, pois está relacionada diretamente à visibilidade dos conselhos e à capacidade de organização e mobilização dos setores populares historicamente excluídos da nossa sociedade.”

Atrevemos a afirmar que a disponibilidade de recursos que o poder executivo propicia para a prática dos conselhos determina o maior ou menor grau de aceitação deste órgão de representação e a falta de estrutura (em qualquer uma das questões apontadas e não necessariamente em todas) podem ser fatores de limitação para os representantes dos segmentos para o desempenho de suas funções.

Outro dado pertinente, que a pesquisa realizada pelo CNS oportunizou, é o perfil dos presidentes dos conselhos de saúde, com relação ao segmento representantes e faixa etária.

A Tabela 8, mostra-nos que no que se refere à representação do segmento da presidência nos conselhos de saúde. Identifica-se que dos 5.091 conselhos de saúde cadastrados a nível Brasil, 3.198 (63%) presidentes são do segmento do gestor. A seguir, o segmento que tem maior representatividade nos conselhos de saúde são os usuários com 827 (16%) representantes; os trabalhadores possuem 763 (15%) representantes e o segmento dos prestadores de serviços possuem a menor representação com 303 (6%) presidentes.

No Estado de São Paulo, dos 577 conselhos cadastrados, 377 (65%) têm gestores como presidentes, 96 (17%) são presididos por um representante dos trabalhadores da área da saúde, 76 (13%) têm representantes do segmento dos usuários em suas respectivas presidências e 28 (5%) conselhos têm presidentes que são representantes do segmento dos prestadores de serviço.

Tabela 8 - Perfil dos presidentes dos conselhos por segmento

Presidentes dos conselhos por segmento	**São Paulo (2005)**	**Brasil (2005)[13]**
Gestores	65%	63%
Usuários	13%	16%
Trabalhadores da Saúde	17%	15%
Prestadores de Serviço	5%	6%
Total	100%	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, online).

Os dados não informam se houve eleição para o preenchimento da vaga de presidente do conselho. Essa informação seria mais uma possibilidade de avaliarmos se está em consonância com a Resolução n. 333/2003 e ainda se houve uma eleição democrática envolvendo a presidência dos conselhos.

No que se refere à faixa etária da presidência dos conselhos de saúde, observa-se, na Tabela 9, que dos 5.091 conselhos de saúde cadastrados em 2005, 1.750 (34,5%) dos presidentes estão na faixa etária de 41 a 50 anos; a seguir, em 1.550 (30,5%) conselhos, seus presidentes estão na faixa etária de 31 a 40 anos. No entanto, identifica-se uma faixa etária jovem em 676 (13%) conselhos de saúde, cujos presidentes estão na faixa de 20 a 30 anos. 845 (17%) presidentes estão na faixa etária de 51 a 60 anos, 212 (4%) de 61 a 70 anos e 53 (1%) maior de 71 anos.

Tabela 9 – Perfil dos presidentes dos conselhos de saúde por faixa etária

Presidentes dos conselhos por segmentos	**Brasil (2005)**	**São Paulo (2005)**
20 a 30 anos	13%	9%
31 a 40 anos	30,5%	23%
41 a 50 anos	34,5%	33%
51 a 60 anos	17%	25%
61 a 70 anos	4%	7%
Acima de 71 anos	1%	3%
Total	577 (100%)	100%

Fonte: cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, online).

[13] 2007/2008 – Gestores (59,61%); Usuários (17,49%); Trabalhadores da Saúde (17,09%); Prestadores de Serviços (5,81%)

Já no estado de São Paulo, dos 577 cadastrados pelo Conselho Nacional de Saúde, podemos observar que as faixas etárias dos 41 aos 50 anos e dos 51 aos 60 anos (às quais pertencem 192 (33%) e 145 (25%) presidentes, respectivamente) sobrelevam-se em relação às faixas etárias dos 31 aos 40 anos (132 ou 23%) e dos 20 aos 30 anos (51 ou 9%). Já 41 (7%) dos 577 presidentes enquadram-se na faixa etária dos 61 aos 70, e 16 (3%) se enquadram na faixa dos maiores de 71 anos de idade.

Estudo realizado em 2007 por Tatagiba e Teixeira aponta que o perfil dos conselhos modificou-se em função do perfil dos conselheiros do governo e da sociedade civil que exerce a hegemonia, podendo variar na disputa política. Mas afinal quem são os cidadãos que se interessam por serem conselheiros? Quem se interessa por ser representante de algum segmento?

Avritzer (2008, p. 2) colocam que representar significa “fazer as vezes do outro” e que apesar de desejável e constituir um dos principais fundamentos da democracia participativa nem sempre é possível a participação direta de todos os cidadãos nos espaços de discussão e deliberação pública. Por isso, escolhe-se alguém para representar os segmentos. Este alguém deve, necessariamente, defender o segmento social o qual pertence, uma causa, um projeto político, manutenção ou a transformação da realidade presente.

Neste sentido, como os conselheiros não têm função executiva na administração das ações e apesar de ser um órgão pertencente ao poder Executivo não devem ser conselheiros pessoas do Legislativo (vereadores, deputados, senadores) ou do judiciário (juízes, promotores), pois segundo o artigo 2 da Constituição Federal estes “[...] são poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o legislativo, o executivo e o judiciário.”

O Conselho Nacional de Saúde não tem os dados sobre os perfil dos conselheiros a nível nacional, mas um estudo que nos permite traçar o perfil dos conselheiros é o estudo linha de base dos conselhos municipais de saúde do Estado de São Paulo onde foram estudados 62 (sessenta e dois) municípios com mais de 100 mil habitantes totalizando entrevistas a 292 conselheiros municipais. A tabela a seguir mostra-nos os resultados conforme Rocha e Liporoni (2006).

Tabela 10 – Perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde de cidades do interior do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes

Perfil dos conselheiros	**Conselhos Municipais de Saúde do Interior do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes**
Nível de idade dos conselheiros	Acima dos 30 anos.
Sexo	Feminino 51% Masculino 49%
Ensino Médio	40% dos entrevistados
Ensino Superior	20% dos entrevistados
Participação em outros fóruns	63% dos entrevistados
Presidente do Conselho	58% Secretários de Saúde 23% Representantes dos usuários
Total	292 conselheiros de saúde entrevistados através de 62 municípios com mais de 100 mil habitantes.

Fonte: dados apresentados no trabalho Rocha e Liporoni (2006).

Quanto à representatividade verifica-se que os conselheiros concentram-se na faixa etária acima dos 30 anos. A nosso ver, esta é uma idade madura e concentra pessoas com mais experiência. A escolaridade dos conselheiros está entre o ensino médio completo (40%) e nível superior (20%), que totaliza 60% dos entrevistados.

Segundo Almeida e Cunha (2009, p. 4) em artigo recente sobre participação política, esta é uma variável dependente da interação entre motivação dos atores e as condições socioeconômicas (especialmente recursos econômicos e cognitivos) e institucionais. De modo geral, a hipótese clássica, na ciência política, é que há uma relação positiva entre participação, escolaridade e renda, ou seja, maior renda e maior escolaridade correspondem a maior participação.

Grande parte (63%) é representante da sociedade civil, por meio de fóruns de representação, o que mostra o nível de engajamento político e social dos conselheiros.

Em 58% dos Conselhos, os presidentes são os próprios secretários de saúde local o que, a nosso ver, acarreta incoerência, uma vez que esta pessoa enquanto gestor/secretário de saúde homologa as deliberações que assinou enquanto presidente do Conselho Municipal de Saúde.

É pertinente destacar a importância da presidência exercida pelos representantes dos usuários, visto que isto não se trata de uma regra comum. Outra

questão preocupante é que este estudo coloca que 55,4% dos entrevistados alegaram que o Estatuto do Conselho define quem deve ocupar a Presidência, ou seja, o Secretário de Saúde, contrariando a Resolução n. 333/2003 que determina que a figura do Presidente deve ser eleita pelo colegiado, ou seja, pode ser qualquer membro do colegiado desde que assim o colegiado defina. Esta questão mostra-se preocupante, pois a Resolução n. 333/2003 já tinha 04 anos quando foi realizada esta pesquisa e muitos conselhos ainda não tinham se organizado.

Tatagiba e Teixeira (2007, p. 63), em estudos realizados sobre a prática de vários conselhos, destacam que cada conselho possui identidade própria que podem ser apreendidas a partir do desenho institucional e da trajetória política, ou seja, diferentes conselhos ou diferentes gestões de um mesmo conselho têm variações no que se refere à capacidade de incidir sobre as políticas, a maneira como dialogam com o governo, a dinâmica propriamente dita de participação. Portanto, os conselhos (das diversas esferas de políticas públicas) podem apresentar variações ou estágios diferenciados de desenvolvimento e consolidação de sua atuação e representação.

Faria (2007, p. 2) busca entender esta situação a partir do termo efetividade democrática, que na sua visão é a capacidade desta instância de poder "[...] incluir novas vozes no processo de implementação, gestão e controle das políticas e de expandir de forma igualitária o acesso aos bens públicos." Para tanto, entende que existem variáveis que envolvem esta situação e já foram estudadas por vários autores como: perfil associativos dos municípios, vontade e envolvimento do gestor, capacidade financeira do município, formato institucional.

O Conselho também pode ser um espaço constituído de vocalização das demandas da população usuária do SUS e ao mesmo tempo ter pactuação de interesses. Ribeiro (1996, p. 43) observa que:

> O predomínio da vocalização ou da pactuação poderiam expressar momentos distintos de um mesmo processo voltado para operacionalizar o interesse comum para cada questão ou demanda tematizada por um grupo específico de interesses. O interesse público, assim, não é dado previamente, e sim socialmente construído, num processo político de conflito e pactuação.

Concluímos que em muitos momentos, esta participação acaba por ser contraditória, pois ao mesmo tempo que garante as decisões e as deliberações dos conselheiros também legitima a política do Estado diante da população. O Estado

encaminha as propostas e estas, uma vez aceitas e deliberadas pelo Conselho, determinam a legitimação/aceitação por parte da sociedade sobre os rumos das políticas, programas, planos ou ações.

Seguindo esse mesmo raciocínio destaca-se uma afirmação de Antonio Ivo de Carvalho (1997, p.98) de que o "Estado é dotado de um padrão de seletividade estrutural" decorrente de um padrão de ajustamento de seus filtros, "que dá solução à disputa de interesses, ou seja, à incorporação desigual das demandas sociais por parte do Estado. Esta seletividade do Estado estaria expressa através de um

> [...] sistema de filtros ou sensores que, agindo no interior do aparelho estatal, teriam a função de identificar e classificar as demandas, segundo seu caráter mais ou menos compatível com a lógica dominante, selecionando assim aquilo que deve ou não ser objeto de políticas públicas.

Este meandro deixa evidente que os conselhos acabam por se constituir em arenas de disputas e concentrações de interesses, principalmente da parte governamental.

Pontual (2008, p. 11) observa através de diversos estudos do Instituto Polis que

> [...] quando o governo coloca em pauta dos conselhos temas sobre programas e políticas estes são trazidos quase sempre circunscritos à questões referentes à sua execução e implementação e muito raramente os conselhos tem oportunidade de discutir programas e políticas na sua etapa de elaboração. Quando são trazidos para discussão já estão elaborados e o governo apenas cumpre o rito de apresentação no conselho e de informar o inicio de sua implementação.

Essa constatação nos remete aos dados resultantes da pesquisa por nós concluída por ocasião da realização do mestrado e que comprovou que, na maioria das vezes, o conselho exerce o poder de deliberação nas questões apresentadas pelo segmento governo apenas para referendar o que está implantado ou o que está em vias de acontecer ou a ser implantado. Neste aspecto não estaria sendo designado aos conselhos um papel consultivo? E em muitos momentos o Estado aproveita da Lei que o determina como deliberativo apenas para referendar o que está posto?

É preciso destacar que todas as decisões do conselho devem ser homologadas pelo representante legal em cada esfera de governo para que se

tornem resoluções como a aprovação dos planos, os critérios e as diretrizes, a aprovação dos relatórios e prestação de contas.

De um lado o governo, que propõe, na maioria das vezes, a pauta a ser discutida com os assuntos a serem deliberados; de outro lado, temos os prestadores de serviços que também têm seus interesses e podem ou não acatar as resoluções de acordo com o interesse de seus representados e, finalmente, os usuários que têm uma representação de 50% do conselho e que se vêem em muitos momentos cooptados a votar neste ou naquele projeto (de acordo com interesses).

Pontual (2008, p.06) destaca que "[...] por mais boa vontade que possam ter, se os conselhos não contam com espaços da sociedade civil para respaldar sua atuação, eles se tornam representantes de si próprio e presas fáceis de cooptação institucional."

Ressaltamos que as deliberações devem ser o resultado das negociações entre os diversos segmentos com o objetivo de contemplar/favorecer seus interesses sem prejuízo dos da sociedade como um todo. Salientamos ainda que o segmento usuário é o que utiliza o sistema SUS. É o que conhece as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia e a representatividade de seus membros faz-se tão importante.

Concordamos com Pontual (2008, p. 11) quando observa que

> [...] a possibilidade dos conselhos serem espaços de deliberação efetiva das políticas publicas e dos seus programas ou ações depende do empenho efetivo dos governos em compartilhar com os conselhos este nível de decisão e da capacidade da sociedade civil de tematizar a agenda dos conselhos com políticas e prioridades das ações

A nosso ver, a capacidade dos governos de aproximação com os conselhos tem a ver com seu estilo de governo. Governos conservadores, em geral, não aceitam este discurso participacionista, mas esta é uma discussão que nos remeteria a tecer argumentos sobre a estrutura dos partidos políticos, o que foge do nosso foco de interesse. Destacamos apenas, que através de estudos de Tatagiba e Teixeira (2007) constata-se que governos democráticos e progressistas tendem a valorizar mais os conselhos.

Os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços conflituosos por integrarem pessoas com personalidades, modos de vida diferentes, cujos projetos e interesses também são diferentes e que apesar de serem eleitos pelos segmentos que representam, acabam efetivando sua participação, muitas vezes, através do seu próprio

ponto de vista e não do interesse dos seus representados e é por isso que se faz importante o fortalecimento do elo de ligação dos conselheiros com suas bases.

Podemos destacar, ainda, a importância da participação de conselheiros ou cidadãos em outros fóruns de discussão de representação social. Isto os qualifica como atuantes na democracia participativa.

Cientes da importância dos conselhos e do seu poder de deliberação podemos questionar: os conselhos têm aproveitado ou têm usado efetivamente seu poder de deliberação?

Acreditamos que quanto maior a incidência dos conselhos na elaboração e discussão das políticas maior seu poder de decisão. Entretanto, Pontual (2008, p. 9) destaca que os conselhos (não só os da área da saúde) "[...] têm incidido mais nos aspectos de implementação das políticas cumprindo seu papel de fiscalização das mesmas e, em menor grau, nos aspectos relativos a elaboração das políticas e no exercício de um papel mais propositivo em relação as mesmas."

Apesar desta conquista para a sociedade na deliberação de políticas públicas que atendam aos interesses da coletividade, essa "conquista social e política", como vimos através dos diversos autores, ainda se mostra incipiente.

Pontual (2008, p. 8) coloca que o "[...] conceito de deliberação refere-se a um processo decisório que é precedido de um debate bem informado acerca das alternativas postas à definição dos problemas e às formas de intervenção" e em estudos realizados em 2007 pelo Observatório do Polis alega que as deliberações variam de acordo com a posição política governamental, ou seja, o governo que propicia ou acredita em práticas participativas conseguem articulação com os demais segmentos em nome da coletividade. O contrário acontece com o governo que não aposta no protagonismo desses novos atores que não sejam do segmento governo. Neste caso, conforme Pontual (2008, p. 9) "[...] há uma tendência destes conselhos serem induzidos a certa paralisia em suas funções o que provoca perda de legitimidade e força dos conselhos."

Está claro que a participação institucionalizada através dos Conselhos legitima a política do Estado diante da população ao ser decidido ou deliberado a concordância dos representantes dos diversos segmentos sobre a pauta, sobre a política a ser elaborada, implantada ou que já está sendo executada.

A política do Estado é validada quando os representantes ali determinados aprovam as contas públicas apresentadas pelo segmento governo.

A institucionalização desta participação significa fiscalizar, deliberar sobre a formulação de estratégias e de controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros e desta forma, uma das questões que defendemos é que as pessoas que estão ali representando os vários segmentos (e não necessariamente somente o segmento dos usuários) têm que estar preparados ou capacitados para tão importante função.

Dialeticamente, o conselho enquanto espaço de poder aponta limites e possibilidades e como já citamos, nos conselhos existem representantes da sociedade civil, mas também representantes de outros segmentos. Pessoas com aptidões, vontades e interesses diferentes. Pedro Pontual (2008, p. 6) afirma que

> [...] no tocante a atuação dos governos em relação aos conselhos ainda se possa constar que as clivagens políticas e partidárias dos mesmos (maior ou menor compromisso com a democratização da gestão pública) são relevantes no desenho institucional e na trajetória política dos conselhos não se pode afirmar que tais clivagens sejam as únicas determinantes sobre a dinâmica de funcionamento dos mesmos.

A qualidade de representação do governo, a transparência e a capacidade ou possibilidade de diálogo é uma importante variável na atuação do conselho. Assim como a unidade dos representantes da sociedade civil.

Os conselhos têm como objetivo o controle das iniciativas do Estado, de modo a assegurar a implantação da política de saúde cumprindo as ações do SUS. Isto é uma possibilidade concreta da participação dos cidadãos nas decisões.

Dessa forma, entendemos que a capacitação dos conselheiros, como um dos instrumentos para efetivação do controle social, poderia ser uma prerrogativa, um requisito formal, determinados em Regimento Interno para início de gestão, a qual determinaria condições eqüitativas dos atores dos diversos segmentos representados no diálogo e resolução dos conflitos, durante a tomada de decisões.

Aqui podemos fazer outro questionamento: o que se entende por capacitação de conselheiros? E se esta capacitação formal não excluiria dos processos participativos parte da sociedade (principalmente a civil) que não possuem grau de escolarização suficiente? E o que significa este suficiente?

Inicialmente, apontamos a capacitação como uma dificuldade pois acreditamos que esta ainda não exista. Isto é, os conselhos comumente não são e não estão capacitados para o exercício de suas funções.

Obviamente, já existem diretrizes apontadas pelo Conselho Nacional de Saúde as quais orientam sobre a capacitação dos conselheiros de modo a possibilitar uma maior compreensão acerca da estrutura e funcionamento do SUS, o papel dos conselhos e dos conselheiros.

Temos, aqui, um dado pertinente, coletado através da pesquisa realizada no “Estudos de Linha de Base - Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)” quando avaliando 62 (sessenta e dois) municípios com mais de 100 (cem) mil habitantes do interior do Estado de São Paulo e através das 292 entrevistas com conselheiros, este estudo, propiciou a informação de que 83% dos conselheiros entrevistados alegavam que necessitavam de capacitação para exercer melhor a função de conselheiro sendo assinalados como temas de interesse: organização do SUS, legislação e planejamento em saúde com 88%; educação em saúde com 85%; financiamento (81%) e avaliação em saúde com 79% ; contabilidade com 74%.

Se observarmos que a maioria destaca a organização, legislação e planejamento observaremos que muito pouco se sabe sobre o Sistema Único de Saúde. Entendemos que isto se dá, em função das muitas mudanças ocorridas e que ainda virão. De fato, nestes quase 20 anos de gestão do SUS mudanças ocorreram desde a implantação das primeiras NOBs até o Pacto pela Saúde.

A transparência que o governo propicia também é outro aspecto fundamental para este espaço de representação. Citamos a questão orçamentária. A ausência de transparência nesse processo aliado ao despreparo dos atores envolvidos (preferimos não excluir nenhum segmento e nem dizer que o despreparo se dá somente para os representantes da sociedade civil) pode ser como aponta Pontual (2008, p. 9) “[...] um grande instrumento de manipulação de interesses e de limitação ao efetivo poder de deliberação dos conselhos.”

Pontual (2008, p. 10) coloca que “[...] o poder de decisão dos conselhos tem relação com as atribuições previstas no seu desenho institucional, mas ele se consolida ou não, dependendo do contexto político em que está inserido e da capacidade de intervenção da sociedade civil.”

Tatagiba e Teixeira (2007) destacam que no processo de decisão/deliberação é preciso levar em conta a qualidade das mesmas, ou seja, é preciso levar em conta:

- A existência ou não do debate de discussão prévios à decisão;
- A pluralidade dos interesses envolvidos na disputa;
- As razões apresentadas;
- O nível de autonomia dos sujeitos envolvidos para sustentar as posições;
- A construção da agenda política.

Apesar dos conselhos terem um caráter deliberativo e serem espaços de participação direta e efetiva com metade dos membros representantes dos usuários, quem muitas vezes determina a hegemonia é o próprio Estado.

Nesta perspectiva, Vanderlei e Witt (2003, p. 137) colocam que:

> [...] os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços conflituosos por integrarem atores que portam diferentes projetos e interesses. São arenas de disputas e concentrações de interesses, servindo também como possíveis espaços para os sujeitos sociais que deles participam construírem a sua cidadania, e ao exercerem o "poder participativo", constituírem-se em sujeitos políticos com capacidade e potência para influenciarem, positivamente, a implementação do SUS no nível local.

Observamos que existe uma distância entre o que é determinado como função do Conselho Municipal de Saúde, na lei, e o que acontece na prática, visto que no meio das ações encontramos limites inter-ligados como divergência entre conselheiros, atitudes político-partidárias, falta de preparo pessoal para trabalhos com assuntos relacionados, além de pouco tempo para tomada de decisões, ausência de conhecimentos técnicos e da organização e funcionamento do SUS dos conselheiros o que resulta na deliberação favorável ao que o segmento governo deseja em muitas situações. (ROCHA, LIPORONI, 2006, p. 92).

Entendemos que o segmento governo, geralmente, encaminha para os conselhos de saúde os planos para serem aprovados.

Fica evidente, a nosso ver, que uma sociedade civil organizada aliada a atores políticos representantes do governo, comprometidos com a democracia participativa, facilitam a efetividade dos conselhos.

Para avaliar a efetividade destes espaços de poder, trazemos a seguir, os resultados da pesquisa realizada em seis Conselhos Municipais de Saúde, na Direção Regional de Saúde VIII trazendo a discussão duas questões centrais a nosso ver:

- a representatividade
- a capacitação.dos conselheiros

Para avaliar a representatividade avaliamos em que medida os conselheiros captam as demandas da população e em um segundo momento, como devolvem para a coletividade e, conseqüentemente, seus representados as ações deliberadas nos conselhos de saúde.

A nosso ver a eficiência dos conselhos, além de outros aspectos, está ligada a estas duas variáveis, pois ao serem eficazes na representatividade poderão desempenhar melhor a sua função de conselheiro.

Ao mesmo tempo esta questão nos leva à capacitação dos conselheiros, que a nosso ver pode qualificar os conselheiros a cerca desta representatividade.

Para medir essa variável verificamos junto aos conselheiros em que medida a capacitação poderia favorecê-los na sua representatividade junto aos conselhos de saúde.

Ao entender que também o espaço dos conselhos pode favorecer ou não a representatividade dos conselheiros trazemos uma panorâmica da estrutura dos conselhos analisados bem como a dinâmica que existe em cada um deles. Assim, estruturamos nossa análise nos seguintes eixos:

- A estrutura e a dinâmica dos conselhos analisados
- A captação das demandas da população ou dos segmentos organizados
- Vocalização das ações realizadas nos conselhos de políticas de saúde
- A deliberação das decisões
- E finalmente a capacitação.

4.1.2 A estrutura e a dinâmica dos conselhos na região da DRS VIII

O desenho institucional de cada conselho pode favorecer a participação nestes espaços deliberativos. Acreditamos ser pertinente em um primeiro momento verificar como os conselhos a que nos propusemos avaliar estão formados e como se organizam.

A primeira questão que apontamos é a consonância destes conselhos com a Resolução 333 de 04 de novembro de 2003 que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Esta Resolução determina que o Regimento Interno (R.I.), assim como qualquer norma de funcionamento, deve ser elaborado pelos conselhos. Este deve, portanto, definir as regras que balizarão o funcionamento de cada órgão colegiado.

Para traçar a panorâmica destes conselhos faremos a contraposição destes, baseados na Resolução n. 333/2003, nas Leis de criação dos conselhos, nos Regimentos Internos aprovados pelos colegiados bem como nas falas dos conselheiros entrevistados.

Faremos uma exposição detalhada da análise dos dados a partir de três frentes. São elas:

a) a estrutura formal dos Conselhos;

b) a eleição dos representantes e a escolha dos presidentes dos Conselhos;

c) a organização da pauta das reuniões do Conselho

Após essa exposição detalhada, apontamos 07 (sete) indicadores que nos propiciarão avaliar o estabelecimento de práticas inclusivas e democráticas, no interior destes conselhos, avaliando a consonância destes órgãos com Resolução n. 333/2003, a partir da análise das falas de nossos entrevistados.

4.1.2.1 A estrutura de funcionamento dos Conselhos

O artigo 1 da Lei n. 8142/1990 define que

> O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
> - a Conferência de Saúde;
> - e o Conselho de Saúde.

A partir da criação desta Lei, os Conselhos Municipais de Saúde passaram a existir em cada cidade do país através de legislação própria. A seguir apresentamos a Tabela 11 que orienta quando foram criados os Conselhos estudados da Direção Regional de Saúde VIII (DRS VIII).

Tabela 11 – Criação dos Conselhos Municipais estudados

Conselho Municipal	**Lei e ano de criação**
Franca	n. 3.946 de 1991
Pedregulho	n. 1621 de 2003 revogando a Lei n. 1064 de 1991
Ituverava	n. 2.714 de 1991
Igarapava	n. 1.513 de 1991
Orlândia	n. 3256 de 2002 revogando a Lei n. 2.415 de 1992.
São Joaquim da Barra	n. 049 de 2000 revogando a Lei n. 023 de 1991.

Fonte: dados da Lei de criação dos conselhos estudados.

Todos os Conselhos foram criados logo depois da Lei Orgânica da Saúde n. 8142 de 1990, sendo que:

- três destes municípios, Pedregulho, Orlândia e São Joaquim da Barra, conforme a Tabela, passaram por posteriores mudanças legais atestadas pelas variações nas leis de criação.

Como determina a Lei n. 8142, através do artigo 4, todos os municípios deveriam criar seu conselho municipal de saúde assim como seu Fundo Municipal de Saúde tendo em vista o pré-requisito para recebimento de verbas públicas.

Uma vez criado, cada um desses conselhos deveriam criar seu próprio Regimento Interno, o qual é fundamental para traçar as ações normativas do conselho, como por exemplo, todas as competências dos membros conselheiros, bem como as competências da mesa diretora eleita pelo conselho, do presidente e de todo o funcionamento deste (como serão as eleições, as deliberações, a eleição do presidente, a composição de comissões técnicas, temáticas ou de trabalho e outros).

Assim, a Tabela 12 demonstra essa organização a partir da análise dos dados das Leis de criação de cada um dos conselhos, bem como dos Regimentos Internos.

Tabela 12 – Organização Interna dos Conselhos Municipais de Saúde estudados

Conselhos Municipais	Regimento Interno	Comissão de avaliação	Local próprio para realização de reuniões	Data para realização da reunião mensalmente
Franca	Consta na lei de criação	Consta na lei de criação e no R.I.	Não consta	Consta no R.I.
Pedregulho	Consta na lei de criação	Consta na lei de criação.	Não consta	Consta no R.I
Ituverava	Consta na lei de criação	Consta na lei de criação. Não tem R.I.	Não consta	Não tem R.I.
Igarapava	Consta na lei de criação	Consta na lei de criação e no R.I.	Não consta	Consta no R.I.
Orlândia	Consta na lei de criação	Consta na lei de criação	Não consta	Consta no R.I.
São Joaquim da Barra	Consta na lei de criação	Consta na lei de criação. Não tem R.I.	Não consta	Não tem R.I.

Fonte - dados das Leis de criação e Regimento Interno dos Conselhos estudados.

Conforme nos mostra a Tabela 12 todas as Leis de criação dos Conselhos estudados determinam como uma das competências do Conselho a elaboração e a aprovação de Regimento Interno para definir o funcionamento de cada um deles, sendo este aprovado pelo plenário.

Entretanto a Tabela 13 demonstra que apenas 4 (quatro) ou 66,6% dos conselhos tem R.I. sendo: Franca, Pedregulho, Igarapava e Orlândia.

Tabela 13 – Ano de criação dos Regimentos Internos dos Conselhos estudados

Franca	***Pedregulho***	***Ituverava***	***Igarapava***	***Orlândia***	**S.Joaquim da Barra**
1991	2009		2008	Estima-se 2002	

Fonte: Regimentos Internos dos conselhos estudados

A cidade de Franca organizou e deliberou seu R.I. logo depois da criação do conselho (1991). Pedregulho organizou-o no ano de 2009, 18 (dezoito) anos

depois de sua criação. A cidade de Igarapava teve o seu aprovado apenas em 2008, 17 (dezessete) anos depois de sua criação e com o auxilio de uma consultoria do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/SP) apesar de a Lei n. 1.513 de 1991 (primeira lei de criação deste) determinar a sua criação e aprovação em seu artigo n. 10. E Orlândia tem o seu Regimento, mas não consta no documento a data de oficialização.

Com relação à cidade de Orlândia, na Lei n. 3.256 de 2002 (Lei de criação do Conselho) no seu artigo 19 determina que "[...] o funcionamento do CMS será disciplinado no Regimento Interno e será elaborado pelos conselheiros, 90 (noventa) dias, a contar da promulgação da presente Lei e, aprovado através de Decreto do Executivo." Concluímos que (apesar deste conselho não disponibilizar do decreto a que se refere e nem ter a data precisa da criação deste Regimento Interno este foi criado ainda no ano de 2002.

Em síntese:

- um deles (17%) tem sua criação logo no início da gestão do SUS.
- um deles (17%) acredita-se que no início da década de 2000
- outros dois (33%) tem sua criação nos últimos 02 anos.
- Dois deles (33%) não possuem R.I.

Avaliamos que, efetivamente, apenas dois dos seis conselhos estudados, ou 34% tiveram nestes quase 20 (vinte) anos de estrutura de conselhos, um Regimento Interno pautando o funcionamento deles. Dois destes conselhos Igarapava e Pedregulho somente foram se organizar, neste sentido, nos últimos dois anos e outros dois ainda não se organizaram.

A nosso ver isso demonstra que apesar do tempo de funcionamento, se considerarmos que os conselhos estudados são os das maiores cidades de toda a região da DRS VIII, a estrutura funcional da maioria dos conselhos da região da DRS VIII ainda não está adequada ao ideal da democracia preconizada com a implantação dos conselhos de políticas públicas.

Chamamos atenção também com relação a Quarta Diretriz, item 5 da Resolução n. 333/2003 (BRASIL, 2003, p. 7) que determina

> [...] o Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá no mínimo a cada mês e, extraordinariamente quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões

> devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

Baseados nesse item e avaliando a documentação relacionada observamos que todos os conselhos de saúde estudados determinam que eles devem se reunir impreterivelmente uma vez por mês, conforme determina a Lei. Inclusive três conselhos (50%) que têm Regimento Interno informam neste as datas que serão realizadas as reuniões ordinárias definindo o dia e semana do mês, comprovada pela fala da entrevistada Vanessa.

> A reunião acontece as 18hs toda última quinta feira do mês. Já é fechado para ninguém falar....ah é não recebi! Então já ta marcado, toda última quinta-feira do mês às 18hs nesse mesmo local, nós estaremos reunidos. (Vanessa, representante governamental)

Os dados coletados indicam que:

- Em 05 conselhos (83%) existem as reuniões mensalmente e é comum a convocação de reuniões extraordinárias;
- Em 01 (17%) dos conselhos elas não acontecem com tanta regularidade como determina a legislação vigente.

Entretanto, a fala de um dos conselheiros entrevistados denuncia que algumas vezes as reuniões são canceladas conforme destaca a conselheira Sueli.

> Nós temos um calendário anual. Então as reuniões acontecem oficialmente nas terceiras terças-feiras do mês, mas sempre que necessário a gente faz a reunião extraordinária mesmo porque nada passa na saúde sem o consentimento e a aprovação do conselho. Então quando existe a necessidade a gente faz a extraordinária e quando não há mesmo pauta ou quando naquela terça-feira tem reunião marcada e de repente nós temos um trabalho para ser aprovado e não está pronto normalmente esta reunião é adiada. Nós temos um dialogo bom! Então não oficiamos isso e como nós temos um calendário todos lembram desse calendário. Mas a gente se fala antes das reuniões. Então como a reunião acontece na terça-feira, sempre na segunda-feira a gente entra em contato com o conselheiro e cancela ou não a reunião daquele dia ou adia. Mesmo porque existe uma lei né. Uma meta que o município tem que cumprir pelo menos uma reunião ao mês e doze ao ano. (Sueli, representante governamental).

Questionados sobre o fato do número de reuniões serem suficientes, os conselheiros entrevistados Vanessa, Roberto e Sílvio colocam que realizar as reuniões do colegiado mensalmente, na visão deles, parece suficiente e somente

realizam extraordinária quando necessitam aprovação urgente para algum projeto ou quando as discussões não foram suficientes na reunião ordinária. Este dado comprova-se pelos depoimentos a seguir:

> As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês e assim que necessário a gente convoca uma extraordinária. Então, quando a gente precisa a gente convoca a extraordinária pra resolver o que ficou pendente na ordinária muitas vezes quando há....é muito extenso ou vamos pegar só pra resolver isso e aí consegue uma vez por mês. Pelo menos pro nosso município tá de um tamanho bom. (Vanessa, representante governamental)

> Eu acredito que quando está tudo bem, correndo tudo bem mensalmente nós conseguimos abordar os assuntos né. Convenientes. Todos os assuntos da área da saúde, levar até os conselheiros, ta discutindo com os conselheiros né e quando há necessidade faz uma reunião extraordinária convocando todos os conselheiros pra possível discussão. (Roberto, representante governamental).

> As reuniões ordinárias acontecem todos os meses indistintamente. Todos os meses. Em alguns meses tem duas sessões em função de alguma extraordinária. Todo mês tem seção. (Sílvio, representante governamental)

Observa-se que apenas um dos conselhos estudados não realiza reuniões mensalmente conforme determina a Lei de criação do conselho e a própria Resolução n. 333/2003.

> As reuniões acontecem trimestralmente. O espaço entre uma reunião e outra é muito longo. Teria que ser menos espaçado, né. O ideal seria em torno de 30 a 45 dias no máximo. (Francisco, representante dos prestadores de serviços)

Conforme a fala anterior do entrevistado Francisco, este conselho reúne-se apenas, trimestralmente. E, obviamente este número de reuniões não atende às necessidades nem legais nem institucionais. Observa-se ainda que o mesmo conselheiro desconhece as regras que pautam o funcionamento dos conselhos ao colocar o número ideal de reuniões.

Este mesmo complementa dizendo que

> Eu acredito que o conselho estava um pouco desacreditado, sem função. O pessoal foi se afastando. Você vê até os próprios conselheiros não estavam participando das reuniões. Por isso que foi preciso fazer essa reestruturação. [...] Depois da reestruturação não houve reunião. (Francisco, representante dos prestadores de serviços)

Depois desta reestruturação não houve reuniões do colegiado. Tendo em vista que a reestruturação ocorreu em novembro de 2008, as nomeações em dezembro de 2008 e a entrevista em agosto de 2009. verifica-se que muito mais tempo se passa entre uma reunião e outra. Questionado como a administração pode se organizar tendo em vista que tem que ter autorização (no mínimo trimestralmente) das contas públicas o mesmo admite que não sabe conforme sua fala a seguir.

> É isso que eu quero saber. Como é que vai ficar, porque está parado. (Francisco, representante dos prestadores de serviços)

Outros entrevistados (Vanessa e Sílvio) elucidam esta questão que sabemos acontecer em muitos conselhos pelo país e pode estar acontecendo no conselho em destaque.

> Tem conselho aqui na região que não funciona. Ele precisa de algum papel assinado pelo conselho, ele vai de casa em casa. Olha assina aí pra mim! (Sílvio, representante governamental)

> Não é ir lá uma pessoa fazer a ata e dar pra eles assinarem, porque a gente sabe que isso existe. (Vanessa, representante governamental)

Quando questionados sobre se o número de reuniões por mês estava suficiente, apenas o entrevistado Francisco coloca que deveria ser de outra maneira e todos os demais, ou seja, 90% dos entrevistados, acreditam que uma vez por mês tem sido suficiente, sem a necessidade constante de reuniões extraordinárias.

Inclusive temos o depoimento do entrevistado Sílvio que reforça esta situação, conforme a seguir

> Eu acho que antes tinha muita sessão. Quando a gente entrou na secretaria, no conselho, tinha muita sessão extraordinária porque entrava e atrasava os projetos. Projeto do governo estava sempre atrasado. Isso quer dizer que tinha que ser autorizado, ou votado, ou apreciado pelo conselho de saúde, né. O que acontecia? Eles entravam com o projeto 07:30hs, 07:15hs da noite no dia e queria aprovar. Aí, o conselho ficava meio assim. Não queria aprovar. (Sílvio, representante governamental)

E complementa dizendo

> Eles entravam com um projeto de 15, 30, 40 folhas e que ninguém sabia do que se tratava e queria que fosse aprovado na hora. E aí não dava para aprovar na hora, mas tinha prazo e não dava para esperar o próximo mês e aí tinha que marcar uma extraordinária. Aí marcava a extraordinária, aí

> então, não precisava fazer a reunião do mês que vem. Então suprimia a reunião. Era meio confuso assim! Agora não! Agora no mês de agosto tem que apresentar o prazo. O limite de um projeto é agosto? É agosto! Então ele tem que ser apresentado um mês antes da ultima reunião necessária. (Sílvio, representante governamental)

Este dado ainda demonstra que este Conselho estudado, em especial, criou uma estrutura interna capaz de se organizar de maneira a poder estudar com mais tempo e calma os projetos que serão apresentados ao Conselho para debate e deliberação. Também explica que esta situação está assim em função do tempo e organização interna entre os próprios conselheiros que conseguiram criar mecanismos para avaliar os projetos ou situações que se apresentam, não aceitando, simplesmente, que o projeto seja apresentado no dia, discutido e deliberado, favoravelmente. A fala do entrevistado Sílvio explica essa situação informando o trabalho realizado pelas comissões instituídas dentro deste Conselho e a necessidade da apresentação dos projetos com antecedência suficiente para que se possa eleger as comissões de análise.

> Pra gente eleger comissões. Para as comissões avaliarem e trazer no dia da reunião, da votação um parecer da comissão. Esse parecer da comissão, ele vai explicar. Aí os conselheiros vão perguntar, não pro governo, não pra quem fez o projeto, mas vão perguntar do projeto para quem avaliou o projeto. Conseqüentemente você está sempre adiante e nunca atrasado. (Sílvio, representante governamental)

Estes dados tornam-se bastante interessantes e nos leva à necessidade de conhecimento dos meandros institucionais, pois se mantivermos a análise apenas na documentação que pauta estas reuniões verificaremos que estão condizentes com a Lei, ou seja, todas as leis de criação dos Conselhos determinam comissões de avaliação compostas por membros do conselho (destaque na Tabela 12), mas quando nos deparamos com os depoimentos percebemos que estas não acontecem conforme determina a própria Lei. Desta forma, de todos os conselhos entrevistados, apenas 01 (um) - 17% deles tem comissões internas funcionando.

Conforme Faria (2007, p. 22) a previsão de comissões nas normas que estruturam estas instituições participativas indica, uma intenção de minimizar as assimetrias informacionais existentes entre os participantes e de oferecer a todos condições que propiciam uma participação mais igualitária em seus processos decisórios.

Entretanto, ao confrontarmos estes dados com os depoimentos dos entrevistados nota-se que nem todos têm o hábito de estruturar estas comissões. E apenas o entrevistado Sílvio, conforme o depoimento anterior relata a assiduidade destas comissões no conselho que representa, mas os demais, ou 83% deles, tem aprovações sem que nenhuma comissão seja instalada para acompanhar nem a elaboração/entendimento do projeto, nem o acompanhamento e nem a avaliação deste ou dos resultados da gestão.

Isto reforça o entendimento de que as Leis de criação dos conselhos seguiram um padrão formal de elaboração e que na prática a realidade não condiz com o que determina a mesma lei e nem com a Resolução n. 333/2003.

A Tabela 12 também traz os dados sobre os locais das reuniões. A maioria dos CMSs realiza reuniões ordinárias mensalmente, exceto o CMS de Igarapava que realiza reuniões, trimestralmente. Avaliando a documentação, verifica-se que os Regimentos Internos criados, não mencionam os locais onde ocorrem as reuniões e/ou funcionam os Conselhos, mas quando o fazem, as reuniões são realizadas nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde ou em outros espaços cedidos pela Prefeitura Municipal, o que indica a ausência de uma infra-estrutura permanente para o funcionamento dos mesmos.

A entrevistada Vanessa menciona essa questão e demonstra o quanto a infraestrutura não é adequada.

> As reuniões são realizadas aqui nesta sala. Fica até apertadinha. Nós estamos com um total de 35 titulares e suplentes cada um representando o seu segmento. (Vanessa, representante governamental)

Destaca-se que a Quarta Diretriz da Resolução n. 333/2003 determina que: “os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa” e que na prática parece não funcionar.

4.1.2.2 A eleição dos representantes e a escolha dos presidentes dos Conselhos

A terceira diretriz da Resolução n. 333/2003 determina que

> O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho em Reunião Plenária.

E os parágrafos IV e V da mesma diretriz determina

> IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.
> V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

A escolha dos conselheiros revela-se um dado importante na medida em que ela informa como se constitui a representação no interior dos Conselhos e a legitimidade da mesma.

Tabela 14 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde estudados

Conselhos	Eleição dos conselheiros	Eleição do presidente	Mesa diretora
Franca	Indicação pelos órgãos de representação através de eleições – definidos na Lei de criação e Regimento Interno	Governo (eleito pelo conselho)	Eleita pela colegiado
Pedregulho	Indicação pelos órgãos de representação através de eleições	Profissionais de Saúde (eleito pelo conselho)	Eleita pelo colegiado
Ituverava	Indicação pelos órgãos de representação	Governo determinado na Lei de criação	Secretário de Saúde
Igarapava	Indicação pelos órgãos de representação	Prestador de Serviço (houve eleição)	Eleita pelo colegiado
Orlândia	Eleição na conferência municipal conforme Lei de criação	Governo (houve eleição)	Eleita pelo colegiado
São Joaquim da Barra	Indicação pelos órgãos de representação conforme Lei de criação	Governo (houve eleição)	Eleita pelo colegiado

Fonte: Lei de criação dos Conselhos Municipais de Saúde estudados e Regimento Interno.

Como é determinada pela legislação em vigor, a participação nestes espaços ocorre via representação dos segmentos envolvidos. No caso do governo, ela se realiza, em geral, por funcionários públicos ou cargos de confiança em cargos de direção na Administração direta ou indireta, indicados pelos responsáveis da administração municipal. No caso da sociedade civil, a representação ocorre mediante a escolha, entre os pares, nas entidades e organizações não-governamentais, prestadoras de serviço, de defesa de direitos, movimentos, associações comunitárias, sindicatos e associação de usuários.

De modo geral, todos os Regimentos Internos (RIs) analisados seguem um padrão comum de escolha dos representantes: aqueles que representam o governo devem ser escolhidos pelo chefe do poder Executivo e/ou pelos órgãos vinculados a este poder; os representantes dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços de saúde são escolhidos e/ou indicados pelas respectivas organizações envolvidas. Tal escolha e/ou indicação pode ser feita pelos dirigentes das mesmas ou em assembléias próprias. No caso dos representantes dos usuários, devem ser indicados pelas assembléias das respectivas entidades de origem ou nas conferências municipais.

No caso de nossos entrevistados:

- 05 (cinco) representantes da sociedade civil, foram indicados pelas suas representações, apesar de um dos conselhos constar em Lei que a indicação deve ser por meio de Conferência.
- 01 (um) representante dos prestadores de serviço está, atualmente, como representante dos prestadores de serviço, mas era representante do segmento do governo.
- 01 (um) representante dos profissionais de saúde, indicado pelo seu segmento.
- 05 (cinco) representantes do segmento dos gestores determinados pelo próprio governo.

No que se refere ao tempo de mandato dos membros dos Conselhos e a possibilidade ou não de reeleição dos mesmos, nos CMS analisados, os conselheiros possuem mandatos de dois anos e podem ser reeleitos. Aparentemente, esta situação é aceita e respeitada pelos conselhos analisados conforme as falas a seguir. A situação

é semelhante em todos os conselhos estudados e estão em consonância com a Resolução n. 333/2003.

> A eleição, o mandato é de 02 anos prorrogáveis por mais dois anos. Isto foi de entendimento por consenso de todos os conselheiros. Neste caso de prorrogação, né. (Vanessa, representante governamental)

E a entrevistada Vera complementa

> Mesmo porque está garantido no R.I. que a gente possa prorrogar por mais dois anos. (Vera, representante dos usuários)

> Para participar do conselho é através de indicação. Por exemplo, a associação do bairro do jardim tal. Eles internamente indicam um titular e um suplente. Encaminham pra gente através de um oficio indicando essa pessoas, essas duas pessoas, né. (Vanessa, representante governamental)

A Tabela 14 mostra-nos que, na região estudada, todos os presidentes (100%) são representantes do segmento governo. E em dois (33%) deles (Franca e Ituverava) coincide dos dois presidentes serem também secretários de saúde local.

Em Ituverava, inclusive, a Lei de criação do conselho determina que o presidente do conselho deve ser o secretário municipal local, uma manobra ultrapassada, a nosso ver de manter o poder nas mãos da liderança municipal e que não está em consonância com a Resolução n. 333/2003 que determina no seu parágrafo VII da Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde que

> VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador

Esta resolução deixa claro que qualquer um dos membros do Conselho pode ser o seu presidente desde que seja eleito pelo plenário, constituindo-se uma eleição democrática.

Nos demais municípios estudados, ou seja, em 83% dos Conselhos a lei de criação do conselho determina que o presidente tem que ser eleito pelo colegiado. Nos conselhos que têm regimento interno o mesmo segue a lei de criação, assim como a Resolução n. 333/2003.

Em Igarapava a antiga lei determinava que era o secretario de saúde o presidente do conselho. Entretanto, desde as últimas eleições foi eleito como presidente

um membro que era do governo e que não mais pertence ao governo, o que já inviabiliza a representação deste conselheiro, mas que se mantém no Conselho visto que o segmento Governo não trocou os seus membros.

Tendo como base tais prescrições normativas, Igarapava constitui uma exceção: neste município, os representantes de todos os segmentos que compunham o CMS eram indicados pelo poder Executivo, inibindo a constituição autônoma da representação e, conseqüentemente, comprometendo a legitimidade do processo representativo.

Em 2008, foi feita uma reestruturação por indicação do Conselho Estadual de Secretários Municipais do Estado de São Paulo que estava com um projeto de acompanhamento de alguns conselhos pelo Estado de São Paulo e esta cidade foi uma das que foram reestruturadas.

Assim, a partir do final de 2008, outra composição foi realizada conforme a fala do entrevistado Francisco.

> Agora com essa reestruturação que foi feita nós tentamos colocar é, um representante de cada setor, de cada segmento, pra poder tá mais ativo. (Francisco, representante dos prestadores de serviço)

A mesa diretora em todos os conselhos também não segue as recomendações da Resolução n. 333/2003. Observa-se que a documentação analisada informa que esta será eleita pelo colegiado, entretanto, nas cidades de Igarapava e Ituverava são os membros do governo que fazem parte da mesa diretora. No caso do presidente de Igarapava, somente o presidente foi eleito pelo colegiado, os demais foram empossados pelos membros do governo e em Ituverava não houve nenhuma eleição e todos os membros da mesa diretora são membros do governo.

Neste aspecto e ainda analisando o parágrafo VII da Resolução, a paridade das representações na mesa diretora também não estava assegurada.

Sobre o aspecto paridade entre os membros dos CMSs - a Resolução n. 333/2003 determina no item da organização dos conselhos de saúde que

> I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.
> II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:
> a) 50% de entidades de usuários;

> b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
> c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Avaliando a documentação estudada e a própria fala dos entrevistados, destacamos na Tabela 15, como estão representados os conselhos avaliados e se estão em consonância com a Lei e Resolução n. 333/2003.

Tabela 15 – Paridade das representações dos Conselhos estudados

Conselhos	Sociedade Civil	Prestadores de Serviço	Governo	Profissionais de Saúde	Total
Franca	10 (50%)	2 +	6 = (40%)	2 (10%)	20
Pedregulho	8 (50%)	2 +	2 = (25%)	4 (25%)	16
Ituverava	8 (50%)	1 +	4 = (31%)	3 (19%)	16
Igarapava	6 (50%)	1 +	2 = (25%)	3 (25%)	12
Orlândia	9 (50%)	3 +	3 = (33%)	3 (17%)	18
São Joaquim da Barra	8 (50%)	2 +	2 = (25%)	4 (25%)	16

Fonte: Lei de criação, Regimento Interno e portaria de nomeação dos segmentos organizados.

Formalmente, ao analisarmos a documentação observa-se que três (50%) dos conselhos (Pedregulho, Igarapava e São Joaquim da Barra) estão com a paridade das representações corretas, formalmente estipuladas pela lei de criação e regimento interno. Entretanto, ao avaliarmos esta questão junto aos entrevistados observamos que a paridade somente está garantida, efetivamente, em apenas 02 (33%) dos conselhos, pois na cidade de São Joaquim da Barra, a própria entrevistada representante dos usuários foi eleita pela associação do bairro, mas trabalha no Centro de Saúde local, sendo funcionaria pública locada na saúde.

> Ela é representante do bairro dela. É líder automaticamente. Ela acaba ganhando este posto até por livre e espontânea pressão. Na verdade é isso, mas a gente precisa de pessoas como ela mesmo porque se for pra você por um representante que ele depois não vai multiplicar o que ele fez aqui.(Sueli, representante governamental)

Os Conselhos Municipais de saúde das cidades de Franca e Orlândia têm sua representação dos usuários correta, mas com relação aos representantes dos profissionais de saúde não estão equiparados e assim, os representantes do governo e

prestadores de serviço têm maior representação no colegiado, descumprindo a própria regra institucional e reforçando os desequilíbrios no processo deliberativo no interior das instituições.

Em Ituverava, observa-se que as representações na área dos usuários está correta, mas, através do entrevistado Geraldo verifica-se que muitos dos membros que estão nos conselhos foram convidados pela segmento governo a comporem esse colegiado.

> Ele (prefeito) pessoalmente convidou os conselheiros, junto com o secretario da época. (Geraldo, representante dos usuários).

Entendemos que, efetivamente, apenas 33% dos conselhos estudados cumprem com rigor a paridade entre as representações. Percebe-se que existe a preocupação em manter a paridade correta dos representantes dos usuários em relação aos demais membros, mas é importante que todas as representações sejam equiparadas visto que todos, indistintamente, representam grupos de pessoas.

Outra questão que podemos destacar é que o respeito à paridade no colegiado pode indicar qual é a noção de respeito ao controle social dentro destes conselhos ou dentro destes governos, já que é o governo quem acaba por possibilitar a efetividade das ações.

É interessante, neste aspecto, esclarecer a questão da representatividade. Os conselheiros representam ou devem representar as suas bases e, na maioria das vezes, não sabem quem representam. Sequer formam uma mesa diretora para auxiliar na formatação da pauta, das discussões, das formulações de comissões. E quando as tem, muitas vezes não sabem qual é o seu papel.

Esta questão reforça nossa percepção de que os conselhos existem como exigência legal, mas que seus conselheiros ainda não o percebem como um canal de vocalização das demandas e de controle social.

Em São Joaquim da Barra e Igarapava há relatos de que os secretários de saúde não freqüentam as reuniões. Na primeira cidade citada quando é necessário alguma coisa a pessoa que está na presidência do conselho conversa com o secretario de saúde. Em Igarapava desde que o Secretario de Saúde local havia assumido (janeiro/2009) até a data da entrevista (agosto/2009) ainda não havia presenciado nenhuma reunião e também não houve nenhum reunião com o citado.

Em nenhum dos conselhos há menção de apoio técnico ou verba com destino ao Conselho Municipal de Saúde.

A nosso ver, uma questão fundamental é a participação do gestor nas reuniões do colegiado e ser membro do conselho. Isto determina a relação que a gestão tem com o conselho de saúde além de fortalecer o conselho. Ora, se o conselho traz demandas ou discute algo no conselho de interesse da coletividade é natural que a figura do gestor possa discutir, elucidar algumas questões, orientar sobre determinada dúvidas e críticas. Enfim pode, definitivamente, estreitar e facilitar o relacionamento governo/sociedade civil.

Neste quesito, podemos indicar que encontramos uma realidade complexa em uma área sanitária como a DRS VIII: lugares indevidamente ocupados, falta de paridade entre as representações, falta de eleição para a mesa diretora na maioria dos conselhos. Observa-se que a lei em muitos momentos está em consonância com a Resolução n. 333/2003, mas através das falas observa-se outra realidade.

Os conselhos são poucos valorizados se avaliarmos a questão do ponto de vista de infraestrutura. O processo de eleição a nosso ver tem que ser mais propositivo, mais veiculado junto à população, com estratégias encontradas pelo próprio conselho para estimular a sociedade civil a participar mais.

4.1.2.3 A organização da pauta das reuniões do Conselho

A Resolução n. 333/2003, Quarta diretriz, no seu parágrafo 5 determina o número de reuniões mensais e que a “[...] pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência.”

Dos conselhos de saúde da região da DRS VIII, 03 (três) 50% têm dias específicos para realizar a reunião. Um (17%) deles define que realiza as reuniões trimestralmente e dois (33%) informam que realizam mensalmente, mas não têm datas especificas para realizá-las.

De todos os conselhos avaliados, apenas 03 (50%) deles, têm o hábito de encaminhar o convite formal e a pauta da reunião, conforme as falas a seguir.

> Elas são enviadas junto com o comunicado da reunião. O convite né. Em torno de uma semana. A pauta seria o presidente mais o pessoal da secretaria. (Francisco, representante dos prestadores de serviços).
>
> Acaba ficando tudo na minha mão e eu elaboro o documento de convocação e defino as pautas. Aí eles me ligam....olha você coloca esse mês tal aí eu faço bem enxutinha ali na pauta. Elenco para mandar pra todos conselheiros. Então eles já vão saber que hoje nós vamos tratar disso, disso e disso. E deixo um campo sempre para os informes. Se alguém quiser alguma coisa para ter uma ordem na reunião, né.(Vanessa, representante governamental).
>
> Essas pautas são enviadas com sete dias de antecedência por e-mail e aqueles que não têm por correio. Essa pauta é feita por todos, ou seja, às vezes um conselheiro pede que alguma coisa seja discutida e isso já entra na pauta do mês seguinte ou se ele achar que é conveniente e os outros, os pares também. A gente faz inclusão de pauta. (Sílvio, representante governamental).

Um dos conselhos, utiliza o correio eletrônico, conforme esclarece o entrevistado Silvio, freqüentemente, não somente para o envio das pautas de reunião mas também para apreciação de projetos que serão votados posteriormente.

Avaliando os depoimentos, observa-se a preocupação em deixar claro que a construção da pauta pode e é uma construção democrática conforme destaca o entrevistado Roberto na fala a seguir, porém na prática a situação somente se determina pela prática governamental, conforme as falas anteriores dos entrevistados Vanessa, Francisco e Sílvio.

> A pauta é elaborada, né, na semana da reunião. Só que ela fica aqui e logo a gente leva à discussão toda a pauta para os conselheiros e sempre nós deixamos a palavra aberta para estar discutindo durante aquele período. Aquele mês o que houve? O que eles vivenciaram? O que chegaram até eles? É por isso que nós temos até um tempo estendido, uma reunião bem longa. E acrescentando, e incluindo nesta pauta. Depois tudo consta em ata. O importante é que a ata, ela fique bem fidedigna de tudo o que foi discutido ali na reunião e os conselheiros tem acesso depois e obviamente assinando e aprovando esta ata. A pauta não é uma coisa imposta. Eu quero deixar claro que ele (conselheiro) me liga ou qualquer conselheiro....olha tá acontecendo isso, isso e isso durante o mês. Aí eu já vou colocar naquela pauta. Nós vamos levar à discussão na reunião que vai acontecer. Entendeu? Mas é elaborada aqui. Agente acaba elaborando aqui. (Roberto, representante governamental).

E os entrevistados Sueli e Geraldo, complementam nossa argumentação de que a pauta é construída somente pelo segmento governo, quando deixam claro que a mesma e, conseqüentemente, a reunião é uma conseqüência da necessidade de aprovação por parte do governo, de projetos, contas ou outras atividades que se fizerem necessárias.

> Quando a gente tem um assunto pendente esse assunto normalmente já fica como pauta para a reunião, tá. Então, a gente vai estar resolvendo isso na próxima reunião. Já é uma pauta. Algum projeto, alguma coisa que precisa passar na reunião. Então essa é a pauta! Essa pauta é o assunto que vai ser tratado. Então nós vamos estar ligando para os conselheiros, vamos estar resolvendo a pauta. Então, nós não oficiamos isso e o conselheiro tem plena liberdade de estar solicitando qualquer assunto, tá. Se ele tiver necessidade de discutir determinado assunto, esse assunto vai para a pauta normalmente no dia da reunião sendo que a gente comunica com antecedência. Mas oficialmente a gente não tem esse costume de oficiar. (Sueli, representante dos usuários).

> A secretaria manda o convite marcando o dia da reunião e na própria reunião a gente discute a pauta. [...] Então, todas as pautas que eles levam, seja para comprar remédio, seja para contratar profissionais, o conselho tem aprovado e quando, quanto gasta de 03 em 03 meses. Faz as reuniões com audiência pública com a população. (Geraldo, representante dos usuários).

A entrevistada Fátima, na fala a seguir, assim como a entrevistada Sueli no depoimento anterior, colocam que na reunião existe a possibilidade de trazer para discussão alguma demanda da população.

> É nesta reunião que a gente tem oportunidade de estar trazendo para o conselho também alguma necessidade que os usuários pede pra gente e aí a gente traz na reunião e aí coloca em pauta e fica para a próxima reunião pra todos os conselheiros aprovarem. (Fátima, representante dos usuários).

E, finalmente, indicamos a fala do entrevistado Geraldo que explica a não necessidade de encaminhamento da pauta com antecedência.

> As reuniões dura duas, tem vez que dura até três horas. Então dá pra discutir a pauta. Teve uma época que um conselheiro pediu que encaminhasse a pauta, mas eu, por exemplo, e a maioria acha que não tem necessidade porque seria um trabalho a mais para os funcionários e muitas vezes muitos não vão ter condições e tempo de ler essa pauta em casa. Então já faz a reunião. Na própria reunião já se discute a pauta. Eles levam slides, eles levam tudo. Então, é muito bem feito que não tem necessidade de encaminhar a pauta com os conselheiros porque eles são muitos. Então ia aumentar mais cargo para os funcionários. Acho que do jeito que está ta bom. (Geraldo, representante dos usuários).

Em síntese, analisando as falas de nossos entrevistados, observa-se que, na maioria das vezes, as pautas são decididas pela própria administração. Em apenas 3 ou 50% deles a pauta da reunião é encaminhada com antecedência e nos outros 3 ou 50% deles a mesma é discutida no ato da reunião do colegiado o que impede que os conselheiros tomem conhecimento, estudem a respeito do tema, conversem com os seus representados ou até que façam juízo de valor a respeito do tema, em questão. Quanto aos que encaminham o convite junto com a pauta da reunião, acredito que é

um caminho no processo democrático de decisão deliberativa e, a nosso ver, o ideal é que esta pauta fosse sempre subsidiada com algum documento (referente aos assuntos que serão tratados) pois é desta maneira que os mesmos poderão ser avaliados na reunião para posterior deliberação.

Entendemos também que a competência de fiscalização do conselhos é das competências a que está mais aflorada e melhor compreendida pelos conselheiros, o que muitas vezes pode determinar o fato de muitas vezes não sentirem necessidade de construção da pauta.

Após análise destes dados, avaliamos cada um dos Conselhos Municipais de Saúde estudados. Baseados nas informações coletadas informamos em linha horizontal, a porcentagem de quantos deles estão em consonância com a Resolução n. 333/2003. Foi possível também avaliar cada um deles quanto aos indicadores apontados. Assim, mostramos em linha vertical como estão organizadas as estruturas funcionais de cada conselho.

Tabela 16 – Indicadores analisados para avaliação do grau de consonância dos Conselhos Municipais de Saúde estudados com a Lei n. 8080 e n. 8142/1990 e a Resolução n. 333/2003.

Indicadores	*Franca*	*Pedregulho*	*Ituverava*	*Igarapava*	*Orlândia*	*S.Joaquim da Barra*	**Total**
1. Lei de criação	Sim 1991	Sim 1991	Sim 1991	Sim 1991	Sim 1992	Sim 1991	**100%**
2. Regimento Interno	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	**67%**
3. Comissões técnica	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	**17%**
4. Reuniões mensais	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	**83%**
5. Presidente eleito	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	**83%**
6. Paridade representações	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	**33%**
7. Envio da pauta com antecedência	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	**50%**
Total	**86%**	**71%**	**29%**	**71%**	**71%**	**43%**	

Fonte: Lei de criação dos conselhos municipais de saúde, Regimento Interno e entrevistados dos conselheiros entrevistados.

É bom notar que todos os conselhos estudados, somente estão em sua totalidade em consonância com a Lei n. 8080 e n. 8142/1990 no quesito Lei de criação dos conselhos. Como são obrigados a possuir um Conselho a fim de

inclusive receberem verbas públicas é compreensível que todos estejam em consonância

Dos conselhos estudados, 67% possuem Regimento Interno que baliza as regras de funcionamento dos seus espaços participativos. E apenas 17% possuem comissões de trabalho organizadas pelos seus conselheiros a fim de avaliarem projetos, planos, prestação de contas e assim terem condições de melhor análise sobre as ações a serem deliberadas.

Do total de conselhos, 83%, realizam reuniões mensais, conforme o dispositivo da Resolução n. 333/2003, sendo que 50% destes conselhos já têm datas especificas agendadas no decorrer de todo o ano mostrando o grau de comprometimento com esta prática. E também 50% encaminham a pauta com antecedência o que possibilita a reflexão ou a consulta as suas bases sobre as ações que serão discutidas e deliberadas nos conselhos.

Apenas 33% dos conselhos atende, integralmente, ao princípio da paridade. É importante destacar que todos tentam atingir o aspecto paridade com relação ao segmento dos usuários, porém é preciso alertar que as outras representações também são importantes e precisam estar representadas na sua totalidade.

Concluímos que muito precisa ser feito para que os Conselhos Municipais de Saúde da DRS VIII atendam aos requisitos mínimos determinados nas Leis Orgânicas de Saúde e na Resolução n. 333/2003.

Se avaliarmos, individualmente, cada conselho, observamos quais deles e o quê deles precisa ser adequado à normatização. E assim, entendemos que a cidade de Franca pode facilmente resolver esta questão equiparando sua representação. As demais cidades tem outros desafios além da equiparação de sua representação. Desafio este que envolve conhecimento da missão do conselho, da função de conselheiro e da importância da sua representação. A tomada de consciência e o conhecimento destas atribuições poderão levar os conselheiros a reivindicar a adequação dos conselhos em conformidade com Leis e Resolução.

4.1.3 Captação das demandas e vocalização das ações deliberadas a população ou aos segmentos organizados

Os conselheiros são nossos olhos! (Vanessa, representante governamental).

Iniciamos este item de análise com a fala da entrevistada Vanessa que diz que os conselheiros são os olhos da administração local. De fato, a colocação é bastante pertinente e apropriada se pensarmos que todos os conselheiros estão representando um segmento distinto e que, necessariamente, além de fiscalizar tem que captar as demandas da população ou dos segmentos que representam e vocalizá-las, nestes espaços de discussão.

A nosso ver, os conselhos serão mais eficientes aos desejos da população e dos membros de sua entidade se conseguirem manter um vínculo e compartilhar projetos e temas colocados, nesta arena. Para aferir esta variável, questionamos os entrevistados em que medida mantinham um processo de troca de informações e opiniões acerca das questões discutidas no conselho com os segmentos que representam.

Ao analisar as falas observamos que:

- Não existe um canal definido de captação de demandas da população, ou seja, os conselheiros captam as demandas através de contato corpo a corpo, ou na medida em que são procurados pelos seus representados ou quando visitam alguma unidade de atendimento.
- Mesmo sabedores da data da reunião e tendo recebido a pauta com antecedência (3 ou 50% deles recebem a pauta com antecedência), não têm o hábito de consultar as suas bases sobre os assuntos que serão discutidos e deliberados.
- Existem canais formalizados de captação de demandas estruturados pela administração: telefone de contato e endereço eletrônico para denúncias, críticas e sugestões. Contudo estes canais representam a coletividade, mas através de demandas isoladas de algum usuário em especial.

Conforme a fala de dois dos entrevistados, as administrações locais têm alguns canais de captação das demandas da população conforme destaca o entrevistado Roberto.

> O primeiro é esse: que é o contato direto com os representantes, os presidentes de bairro, representantes dos usuários e até mesmo do setor público. A cidade é pequena, então tem um acesso fácil com esses usuários, com esses presidentes e eles estão trazendo, diretamente comigo ou conversando com outro conselheiro que faz parte e que está próximo. E aí a gente discute tudo isso na reunião. Outro mecanismo é a ouvidoria. Nós temos um telefone onde o próprio usuário pode ligar, deixar suas sugestões, criticas. E aí nós vamos compilar esses dados. Vamos ver as necessidades, as demandas de cada bairro, o que está acontecendo e levamos isso na reunião. (Roberto, representante governamental).

Este conselheiro ainda complementa dizendo que existe também o contato direto com a população, informando que a cidade é pequena e propicia o contato direto com muitos cidadãos. Neste sentido, muitas pessoas procuram isoladamente a figura do gestor do município reivindicando alguma coisa.

O entrevistado Sílvio, informa que além do canal telefônico também é disponibilizado aos usuários do SUS, um endereço eletrônico.

> A gente abriu um canal de telefone. A gente abriu um canal de e-mail. Isso faz com que a gente escute a comunidade porque muitas vezes a gente entende que está prestando um serviço com a eficiência da metodologia do trabalho que a gente acha que está correto. A população pode estar achando que não está correto. Eu não estou discutindo se está certo ou errado. Às vezes, a população não quer aquilo e você está achando que está agradando todo mundo e isso é interessante. Ou você pode mudar em função daquilo ou explicar para ela porque não pode ser mudado. (Sílvio, representante governamental).

Os depoimentos destes dois entrevistados trazem a preocupação do Sistema Único de Saúde em atender às demandas da população. De alguma maneira existe a possibilidade de contato. Entretanto, nos questionamos: quantas pessoas sabem desta possibilidade? Os números de telefone ou o endereço eletrônico está divulgado para toda a população usuária do SUS? Uma simples procura pelo site das Prefeituras Municipais e Secretarias de Saúde das cidades mostraram que nem o telefone e nem o endereço eletrônico são disponibilizados facilmente para a população ou a informação de que este serviço está disponível.

Quanto ao segmento dos usuários ao serem questionados como fazem a captação das demandas dos seus representados, obtivemos as seguintes informações.

> Principalmente nós que somos do segmento dos usuários e outros segmentos e estamos inseridos numa associação de moradores de bairro, é ... associações de portadores de deficiência, todos os segmentos que representa como um todo sempre tem demanda chegando. Vão ao hospital, aos postos e vão perguntando sobre o funcionamento, o atendimento e vai surgindo demanda. Alguma coisa que possa melhorar. (Vera, representante dos usuários).

> Nós somos presidente da associação de bairro e estamos sempre em contato coma população todo dia. Então, há reclamações. Nem Jesus agradou todo mundo! Então há reclamação! Mas eu acho que o papel fundamental do conselho antes de provocar, ir pro jornal, ir pra rádio e eu trabalho na imprensa também...é saber realmente a situação que está acontecendo. Então, muita gente vai reclamar de barriga cheia. A gente que tá no trabalho na área social já ta acostumado com isso. O sujeito faz uma consulta, pega o remédio. Em vez de tomar o remédio 2, 3 dias depois melhorar, não. Amanhã ele já vai em outro medico. Já pega outro remédio. Aí o sujeito pega o remédio que ele pegou na área da saúde em vez de deixar aqui, vai na farmácia comprar um como se o remédio que pega no posto de saúde não é bom. Então, o papel fundamental do conselho é esse: é passar pra essas pessoas mal informadas que não é essa realidade. Que o remédio que compra aqui é o mesmo remédio que compra na farmácia. É outro nome mas é o mesmo remédio. O mesmo efeito que vai fazer o daqui vai fazer. (Geraldo, representante dos usuários).

> No dia-a-dia, né. Em contato com eles ali, né. Às vezes, aqui dentro do município eles são até bem atendidos, que é a primeira porta de entrada e aí conforme a necessidade né. Que às vezes não aqui no município, né. E a gente traz pro conselho, que aí o conselho, o presidente e o secretario de saúde que a gente pode ta atendendo aquela necessidade, né. Mas dentro do nosso município. [...] Geralmente fora que tem gastos, que tem despesas e o usuário são pessoas que realmente trabalham pra comer. E a saúde realmente depende muito do SUS e o conselho de saúde está muito atento a essas necessidades. [...] As pessoas sabem me procurar em todos os sentido que você pensa. As vezes uma medicação. O médico passa e a gente fala vai lá na secretaria. A gente faz esse trabalho constante de ta captando informação, onde ele pode ta recebendo a necessidade que ele tem e a necessidade pra ele ser atendido.(Fátima, representante dos usuários).

Estes depoimentos trazem muitas informações. Uma delas diz respeito ao fato dos conselheiros estarem empenhados na sua função (observados nas falas dos entrevistados Vera, Fátima e Geraldo), embora em alguns momentos confunda a sua atuação de conselheiro com facilitador de atendimentos como é apontado na fala da entrevista da Fátima.

Entendemos que diante de tantas necessidades, em muitos momentos, os conselheiros podem se sentir no dever de tentar ajudar as pessoas de alguma maneira. Mas, o fato é que a rede de atendimento tem que funcionar adequadamente, com todos os funcionários e servidores públicos sabendo como orientar e todos os atendimentos serem de fácil acesso a toda a população usuária.

A função do conselheiro é também avaliar a política de saúde, se ela está sendo de fácil acesso a toda a população e o que de fato pode fazê-la melhorar, sem que nenhum cidadão tenha que precisar solicitar isoladamente algum auxilio para o que já tem direito garantido, legalmente.

Esta situação, inclusive gera crítica de outro entrevistado que está no cargo de gestor do serviço local de saúde.

> Tem uns lá que chega toda reunião e fala: Queria que você falasse com essa pessoa. Ele leva lá para eu dar um jeitinho para ele. Todo dia! Porque precisa de cirurgia, ou outra coisa. Ele como conselheiro não entendeu qual é a função dele. É melhorar o sistema inteiro para que aquela pessoa não precise chegar para ele e pedir alguma coisa. (Sílvio, representante governamental).

Mais uma questão que se pode destacar é que os conselheiros demonstram conhecimento sobre a realidade do município e as necessidades dos seus representados e se percebe que têm postura de defesa dos interesses dos usuários (falas das entrevistadas Vera e Fátima), mas também um firme propósito de esclarecer o que se fizer necessário para evitar reclamações que na visão do entrevistado Geraldo podem ser, em muitos momentos, sem fundamento.

A captação das demandas acontece, mais no corpo a corpo. Não existe, conforme o relato de nossos entrevistados nenhuma dinâmica diferente e nem uma reunião com suas bases antes das reuniões para discussão de demandas ou sobre os assuntos de pauta a serem discutidos.

Mesmo não tendo uma organização para captação das demandas, alguns entrevistados apontam aspectos já conquistados através da captação das demandas da população.

> Inclusive foi uma solicitação do conselho que houvesse adequação dessa unidade, que é uma unidade básica junto com a Secretaria né. Para a acessibilidade dos portadores. Nós conseguimos. Nós oficiamos, mandamos para o prefeito solicitando as rampas, pra colocar corrimão. Então, assim, eles trouxeram no caso essa necessidade e nós, assim, juntos, eu faço o documento e nós vamos fazer isso e foi assim. Não foi fácil não. Foi uma luta fazer isso e foi assim, uma luta dos conselheiros. (Vanessa, representante governamental).

> A necessidade de mais funcionários nas farmácias porque os que estavam lá não estavam atendendo muito bem. Então gerou uma deliberação que fiscalizou né. (Vera, representante dos usuários).

Nas duas situações apresentadas pelas entrevistadas Vanessa e Vera, observa-se que houve empenho dos conselheiros e luta para efetivação de demandas da população. Na situação apresentada pela entrevistada Vanessa observa-se que a luta foi grande, principalmente, porque gerou custo para o município e empenho de verbas públicas.

Na segunda situação observa-se que a insatisfação dos usuários do sistema de saúde local com o atendimento de funcionários públicos gerou a discussão no colegiado e decisão de fiscalizar o atendimento da farmácia local.

Observa-se que nos conselhos que estão mais estruturados, organizados é também o que melhor estão com relação às deliberações.

Em síntese, o que observamos é que a maioria dos conselheiros entrevistados foram designados para sua função pelos órgãos que representam e, por conseguinte, deveriam portanto votar de acordo com a orientação da entidade. Ou seja, estes atores sociais devem considerar a opinião do conjunto de pessoas que pode estar melhor informado em relação ao assunto e aos interesses da sociedade.

Como isto não é feito, podemos entender que mesmo representando um coletivo em muitos momentos o conselheiro acaba tendo sua avaliação e, consequentemente, voto, de acordo com sua própria opinião.

Outra questão a que nos propomos avaliar, no quesito representatividade, é a vocalização das ações e decisões deliberadas nos Conselhos Municipais de Saúde. A exposição inicia-se a partir da fala deste entrevistado

> Tem muita coisa que a população não fica sabendo. A própria população cobra, mas não vai lá ver o que está sendo feito. (Geraldo, representante dos usuários).

. De fato muitos são os que reclamam, cobram, mas não sabem de fato o que está sendo feito pela administração local em prol da coletividade. Esta é uma realidade. Entretanto, há questionamentos: não cabe à administração pública informar a população? Também não é função dos conselhos de políticas públicas, e em especial, o da saúde, informar aos seus representados o que está se passando no interior destes espaços participativos? Os conselheiros de fato não deveriam a princípio também prestarem contas aos seus representados?

Esta é uma questão que leva a outra. Foi dada a possibilidade de participação para a população. Os conselhos são os canais de participação

efetivamente criados. Os conselheiros deveriam a principio captar as demandas da população para a discussão nestes espaços deliberativos. E como vimos anteriormente não existe o hábito de consultar as suas bases para as decisões a serem tomadas ou os assuntos a serem discutidos e a forma de captação das demandas ainda é bastante frágil.

Os conselhos somente conseguirão se firmar enquanto mecanismo de participação deliberativa quando conseguirem se mostrar à sociedade. Na mesma linha de raciocínio, uma vez conhecidos como órgãos de participação e vocalização das demandas, os conselheiros terão melhores condições de se articularem com a população. Neste sentido e para medir esta variável questionamos quais os meios que utilizam para vocalizar as ações dos conselhos. Para facilitar esse processo demos algumas opções como jornais, rádios, folhetos ou outros.

Os dados nos mostram que:

a) nenhum dos Conselhos Municipais de Saúde avaliados tem um mecanismo formal de informação enquanto órgão de participação.
b) com relação aos representantes do governo, normalmente as secretarias de saúde, na figura de seu Secretário ou seu representante legal é convidado, ocasionalmente, pela imprensa local (radio e jornal) a dar informações ou esclarecimentos sobre situações pontuais, ou seja, em 50% dos municípios estudados, existem informações fornecidas pela Secretarias de Saúde aos usuários. Entretanto, estas informações não têm qualquer ligação com os Conselhos Municipais de Saúde.
c) quando a questão se volta para os representantes observa-se que também não existe a preocupação em divulgar ou informar os representados sobre as ações deliberadas nos Conselhos. Acontecem manifestações individuais destes conselheiros, pontualmente informando questões aos seus representados mas não no que se refere à totalidade das ações e deliberações, nestes espaços.

A seguir apresentamos os dados coletados através das falas de nossos entrevistados Roberto e Sílvio, representantes governamentais quando informam a população enquanto administração publica. O entrevistado Roberto argumenta que faz a divulgação da reunião chamando para a audiência pública que envolve a prestação de contas.

> A rádio faz a divulgação das reuniões, chamando para a audiência. Até algo que temos trabalhado na rádio é chamar a população e nós não temos um número assim [...] Tem muito pouco, pouquíssimo o número da população que vai. Então, nós sentimos uma dificuldade grande. [...] nós ainda não conseguimos ter a população junto. (Roberto, representante governamental).

O entrevistado destaca a dificuldade que tem na prestação de contas, que é uma atividade de interesse coletivo, com a adesão da população. Esse mesmo entrevistado complementa que

> Eu acho que a principal...é a forma de estar distribuindo toda essa informação é através da rádio mesmo. Nós temos um canal facilitador para gente ta levando as informações, o que está acontecendo. A realidade do nosso município em saúde pública. E o contato direto, né. Acho que em todos os momentos que nós estamos em contato com o grupo... é da cidade nos levamos as informações pertinente àquele grupo ou até mesmo o que ta acontecendo da cidade. Então, são esse os contatos, a forma de mostrar para a população essas decisões. (Roberto, representante governamental).

Outro entrevistado, Sílvio, também informa que sempre é convidado a dar o depoimento sobre questões pontuais da saúde na emissora de rádio e no jornal.

> Eu sempre sou convidado a falar na rádio e o jornal também disponibiliza todas as informações que passamos.(Sílvio, representante governamental).

A partir desses depoimentos destes dois conselheiros representantes do segmento governo, entendemos que seu papel é, de fato, enquanto governo, informar a população das ações governamentais no que diz respeito a todas as ações, informações sanitárias e prestação de contas.

A questão vai além. Como os representantes dos outros segmentos, e em especial, o segmento dos usuários realizam e quando realizam a vocalização das informações sobre as ações deliberativas no interior destes espaços de decisão? As políticas ali deliberadas geram obrigações entre o Estado e os cidadãos e entre os conselheiros e seus representados?

Do mesmo modo que os conselheiros devem estar preocupados em deliberar políticas que atendam não somente os interesses de seus representados, mas os da coletividade, a idéia é de que estas ações também possam ser informadas a estes representados.

Quando questionamos os entrevistados sobre como realizam estas informações, ou como o conselho seja enquanto órgão ou como os conselheiros que representam os vários segmentos informam seus representados, os entrevistados

alegam que o Conselho enquanto órgão não realiza e enquanto representantes não têm um formato certo para fazer tal ação. Um deles, o entrevistado Geraldo, coloca que

> Então, quando eles procuram o presidente do bairro ou outro presidente. Ou eu, por exemplo, [...] aí eu passo para eles o que está acontecendo. Aí eles reúnem. Muitas vezes eu vou na reunião deles e falo. Olha, ta acontecendo isso na saúde, estão gastando tanto com remédio, tanto com pessoal, postos de família (saúde da família). Aí é desta maneira que nós levamos direto para a população. (Geraldo, representante dos usuários).

Observa-se que existe a presença do conselheiro junto aos representados, mas em situações pontuais pois ele verbaliza “quando procuram o presidente” eles têm o hábito de esclarecer o que está acontecendo.

> Não há um meio de informação. O que é obrigado agora se não me engano é a ata da reunião ser publicada na internet. (Francisco, representante dos prestadores de serviço).

O conselheiro Roberto mostra assim como o anterior que não existe um meio de informação, mas que as atas devem ser publicadas, na internet. Entretanto, a simples pesquisa pelos sites oficiais das prefeituras municipais e secretarias de saúde das cidades estudadas mostra que não há a publicação.

Vanessa e Vera mostram que

> Nós nunca fizemos isso, mas eu acho que o boca a boca aqui funciona bem. Mas nada de colocar num jornal.[...] nós temos uma participação muito grande e eles levam lá para o segmento deles e mostra o que está acontecendo. Mas acaba ficando uma coisa mais interna pelos nossos olhos. (Vanessa, representante governamental).

> É nesse ponto nós nunca fizemos uma divulgação. Por enquanto nós temos uma participação muito grande e eles levam nossas conquistas. (Vera, representante dos usuários).

A entrevistada Sueli mostra que não tem esse hábito, mas que é uma situação a se pensar devido à importância do trabalho desenvolvido no espaço dos conselhos de políticas públicas.

> As decisões do conselho, nós não temos esse hábito, tá. Então, o conselho é aberto. As decisões são abertas. Sempre que me convidam eu estou no rádio. Falo sobre o conselho. Então nada é escondido, mas também eu acho que seria importante a divulgação. [...] Então, eu acho que seria importante a gente fazer esse trabalho no dia-a-dia. E outra coisa. Seria importante que a população soubesse que aquela unidade existe porque o conselho aprovou aquela unidade. Porque se o conselho não aprovasse aquela unidade ela não vai existir. O nosso trabalho acaba não aparecendo,

> né. Então se nós temos um papel tão importante que é ser conselheiro então é engraçado, né. Eu realmente não havia pensado na possibilidade da gente ta divulgando! (Sueli, representante do governo).
>
> Explica as coisas pra população quando vão procurando a gente. A gente está fazendo um trabalho de formiguinha, mas a formiguinha faz uma grande diferença.(Fátima, representante dos usuários).

No quesito vocalização das ações ou mesmo prestação de contas entre representantes e seus representados (conselheiros), os resultados não são animadores. Observa-se que existem ações por parte do governo em informar a população ou esclarecer sobre questões pontuais acerca da saúde dos municípios. Quanto aos representantes dos usuários, observa-se que não existe uma interlocução com as entidades que representam, tanto no que diz respeito à discussão prévia dos assuntos a serem discutidos nem com a devolução dos dados, assuntos, temas tratados, informações discutidas e recebidas e mais importante decididas nas reuniões.

Entendemos que a representatividade dos conselhos estudados é ainda frágil. Precisa ser melhorada pois os conselheiros não procuram suas bases para discussão de assuntos pertinentes à coletividade. Aliado a isso, verificamos que a vocalização das ações e deliberações dos Conselhos também é muito frágil.

Neste aspecto, também nos interessamos em saber como se dão as deliberações nestes espaços de discussão.

4.1.4 As deliberações

Conforme Gilson de Carvalho (2003, p.45) as operações mínimas a serem realizadas pelos membros do conselho devem ser:

> • Conhecer toda a documentação: ter acesso, ver, ler, entender;
> • Analisar os documentos individualmente e fazendo uma comparação com outros: ver os detalhes, comparar com o plano (nada pode ser feito sem estar no plano aprovado), pedir explicações;
> • Julgar o que foi visto e analisado: emitir juízo de valores;
> • Cobrar a confirmação do certo e o ajuste do errado: permanentemente cobrar ajustes e soluções;
> • Divulgar para a sociedade suas atividades e resultados delas: dar conhecimento aos demais cidadãos do resultado de sua ação.

Analisando tais considerações de Gilson de Carvalho (2003) e avaliando os documentos e as falas destacadas no decorrer deste trabalho, podemos traçar um perfil de como fazem as deliberações nestes espaços, conforme em destaque na Tabela 17.

Tabela 17 – Forma de avaliação dos assuntos a serem tratados para deliberação

Franca	***Pedregulho***	***Ituverava***	***Igarapava***	***Orlândia***	**S.Joaquim da Barra**
Estudos através das comissões e Informações sobre as ações a serem deliberadas no momento da reunião.	Informações sobre as ações a serem deliberadas no momento da reunião.	Informações sobre as ações a serem deliberadas no momento da reunião	Informações sobre as ações a serem deliberadas no momento da reunião	Informações sobre as ações a serem deliberadas no momento da reunião	Informações sobre as ações a serem deliberadas no momento da reunião

Fonte: relato os entrevistados.

Atentamos que dos conselhos estudados apenas um deles (17%) está estruturado a ponto de exercer algumas destas funções mínimas que trata este autor.

Apenas um (17%) deles tem, por exemplo, comissões técnicas. Em todas as documentações referentes à Lei de criação aparece a possibilidade de instituição de comissões geridas pelos próprios conselheiros com vistas a promover estudos a cerca de determinados assuntos e assim proporcionar melhor conhecimento a todos os outros representantes. Entretanto, apenas um deles tem formalmente comissões funcionando.

Este é um dado importante, visto que estas comissões têm como função informar os membros do conselho acerca de temas, propostas, assuntos que, muitas vezes, lhes são desconhecidos. Neste caso, elas fornecem condições para tornarem os membros dos Conselhos mais aptos a discutirem e decidirem sobre determinados assuntos, conforme nos diz o entrevistado Sílvio.

> Os projetos entram um mês antes. São avaliados pela comissão. É feito um relatório, que passa pelo colegiado, pelo conselho para aprovar ou não. Só que esta comissão, ela não tem só essa responsabilidade. Essa comissão tem a responsabilidade de acompanhar a execução do projeto. Porque no ano que vem, vai vir ou quer que seja a continuação, que seja a modificação aí. Esta mesma comissão tem que avaliar este outro projeto também. Então, assim, avaliar o projeto anterior, avaliar o que foi feito e avaliar este próximo. Isso facilita o trabalho do conselho. (Sílvio, representante governamental).

E complementa alegando que estas reuniões têm datas marcadas para todo o ano.

> A comissão de finanças tem reunião marcada todo mês até o fim do ano e vem quem quer. Gente que não é conselheiro, gente da comunidade. Gente de outros conselhos vem aqui para a reunião de comissão de finanças. E aqui é bem claro: pega todas as contas, pega todo o dinheiro que entrou, os valores que entraram, pegam todas as contas, pegam as quitações, os pagamentos e o que sobrou. Não tem o que!!! Vem aqui, vê as contas. (Sílvio, representante governamental).

Os demais conselheiros relatam que as aprovações acontecem após a apresentação dos dados pela equipe diretiva. E entendem que esta é uma das maneiras que tem atendido a seus requisitos. Isto, não significa na visão de cada um que não executem bem a função de conselheiro, mas que cada conselho tem sua maneira própria de lidar com as deliberações.

A entrevistada Sueli, representante governamental, relata que passa todos os planos para o colegiado aprovar, mas a elaboração fica por conta sempre da Secretaria de Saúde

> Isso tem que partir da secretaria porque é lá que consta todos os dados. É lá que consta os indicadores. Então o que o conselho pode estar ajudando nisso, acho que ajudar a traçar algumas metas. Ajudar a discutir alguma coisa. Mas elaborar mesmo acho que no nosso caso aqui acaba partindo como é um projeto maior acaba sendo a administração. (Sueli, representante governamental).

E complementa informando como foi a apresentação do plano de saúde para a gestão 2010-2013.

> Já colocamos eles a par da elaboração do Plano de Saúde 2010 – 2013. Certo? Agora, com relação ao Pacto, o conselho é comunicado de tudo só que a participação ativa dele é ainda ....se entende? Ainda está engatinhando! [...] Então em relação ao Pacto não teve a participação deles. Assim, na elaboração mesmo porque isso ainda é uma coisa que ele vem pronto. Ele vem pronto. Vem pra você é.....implantar. Mas tudo com o

> consentimento do conselho. Por que? Tudo é passado pro conselho. A elaboração não. Mas o conselho nosso é comunicado de tudo. E aqui é aberto. Aqui pode dar opinião. Aqui pode discutir. Pode não aprovar. [...] Mas, como por exemplo num plano municipal de saúde é diferente (Sueli, representante governamental).

O relato desta conselheira deixa claro que o Conselho neste município tem a função de ser comunicado das ações e deliberar positivamente ou não sobre as ações a serem aprovadas.

Outra conselheira, também representante governamental alega que tenta construir o plano em conjunto conforme sua fala e que os conselheiros cobram ações governamentais.

> O plano de saúde é sempre partilhado. A gente traz, mostra.... alguma coisa pra sugerir? Estamos construindo. [..] Eles cobram! Quando eles vêem que não tem alguma situação, que eles vêem que não está sendo cumprida....consta na lei tal coisa! Não então vamos fazer! (Vanessa, representante governamental).

Para analisar os documentos, antes os conselheiros precisam ter acesso a eles. Discutir entre si, estudar os planos, projetos e acompanhar as ações governamentais, ou mesmo para fazer a aprovação das contas públicas. Por exemplo, podemos destacar a Comissão de Orçamento e Finanças. Comissão de acompanhamento e monitoramento das políticas de saúde. Necessariamente, estas comissões devem ser formadas por membros Conselheiros tendo como função analisar todos os documentos, desde o plano, orçamento, até toda relação de gastos, analisando além da exatidão das contas a finalidade de cada gasto.

É importante destacar que as propostas têm que estar determinadas no Plano Municipal e aprovar esta proposta significa muito mais do que simplesmente concordar ou não com o que está determinado. É preciso discutir a fundo as pretensões do município a partir de critérios bem definidos levando em conta os problemas locais, a estrutura local de funcionamento do SUS. E obviamente ele deve ter acompanhamento sistemático para que o que foi planejado seja de fato executado.

Pontual (2008, p. 09) alega que “[...] as políticas e programas em cada gestão deve ser um dos alvos privilegiados das ações de controle social dos conselhos.” Assim, cabe aos conselhos assegurar o cumprimento das decisões tomadas pelo colegiado exigindo, conforme o mesmo autor, que o governo fixe

indicadores e metas de avaliação dos programas já existentes e dos que virão a ser implementados.

De modo geral, salvo em um dos conselhos, os programas são aprovados em sua maioria sem o conhecimento a fundo de seu conteúdo por parte dos representantes que não sejam da equipe diretiva da Secretaria de Saúde.

É certo que nenhum conselheiro precisa ter formação em contabilidade para compor estas comissões. Ou nos casos dos planos e projetos de saúde ser técnicos na área da saúde. O objetivo do Conselho não é esse. É sim, fazer com que cada vez mais pessoas entrem nos espaços dos conselhos, apoderem-se das informações e dados e possam pactuar junto com o sistema governamental os mandos públicos.

Importante é lembrar que qualquer comissão composta dentro do Conselho ou o próprio conselho tem autonomia para ao analisar a documentação contábil-financeira, dados, projetos e informações e se houver dúvidas, fazer pedido formal de informação ou esclarecimentos e assim, poder emitir parecer enquanto comissão, ou seja, a comissão não delibera em nome do conselho. O que ela faz é dar suporte ao colegiado na análise para que juntamente com o plenário discutir e este assumir sua posição que pode ser no sentido de aprovar, reprovar ou aprovar com restrições.

É necessário chamar atenção para o material analisado através dos relatos dos entrevistados. Observamos que muitos dos conselheiros vão para a reunião do conselho sem a própria pauta da reunião, o que proporcionaria também algum conhecimento sobre o assunto a ser tratado, possibilidade de discussão com suas bases. E muitos dos assuntos que serão tratados levarão à deliberação.

De maneira geral, os entrevistados alegam que no conselho se discute de tudo, desde as questões para serem aprovadas até problemas com atendimentos cotidianos.

> É mal atendimento em um lugar. É falta de profissionais do outro. É a insatisfação do outro. É a felicidade do outro. Todos os assuntos são levados ao conselho. E se tiver ao nosso alcance a gente resolve. O conselho faz o possível e o impossível para resolver o problema tanto para usuário quanto para o profissional. (Sueli, representante governamental).

> Agora tem essa gripe aí. Estamos trabalhando e o conselho é importantíssimo nesse trabalho. Por que? Nós temos um plano agora feito

> pelo secretario de enfrentamento. Então vai passar agora pelo conselho. Os conselheiros vão avaliar as ações, vão sugerir. Então tudo passa por aqui. (Vanessa, representante governamental).

Com relação aos demais itens apontados por Gilson de Carvalho (2003) como mínimos para os membros do Conselho realizarem, destacamos a divulgação das suas ações como conselheiro ou como conselho aos cidadãos. E como já vimos, neste quesito, os conselhos avaliados estão bastante frágeis.

Todas essas questões nos reforça a idéia de que atividades de capacitação poderiam auxiliar na representatividade eficiente deste órgão de participação. Para tanto, verificamos junto às falas de nossos entrevistados como eles avaliam a representatividade dos conselheiros e em seguida a importância da capacitação na tomada de decisões.

Uma das questões que acreditamos que poderia ativar a representatividade dos conselhos e conselheiros proporcionando os debates das informações junto aos representados para a tomada de decisões e ao mesmo tempo a importância da vocalização de todas as deliberações seriam atividades de capacitação direcionadas à sua formação enquanto conselheiro, pois a literatura também nos aponta que é uma demanda recorrente de conselheiros e comprovada pela fala de nossos entrevistados.

4.1.5 A capacitação

Para os representantes do governo, os conselheiros apresentam de maneira geral, muita dificuldade de entendimento sobre os diversos assuntos tratados no interior deste espaço.

> Pra ser sincera, a maioria dos usuários são pessoas mais simples, mais humildes e aí tem que tá passando pra ele realmente o que é, como funciona. Estão realmente querendo os direitos. Então a gente passa da melhor maneira possível na linguagem deles. (Fátima, representante dos usuários).

> Às vezes um material está cansativo, reunião longa. Assim... ainda mais que é a noite e o pessoal trabalho o dia inteiro mas a gente explica. Olha, não entendeu os indicadores? Por que está acontecendo isso? O que precisa para o melhoramento deles? Precisa aprovar? Então, o que

> é isso? Como que funciona isso? O que a gente precisa fazer dentro de cada um desses itens? Passa item por item. [...] Maravilha não é, porque assim.....para os conselheiros com o tempo eles vão ficando, vão se apropriando do Conselho Municipal, mas assim a gente percebe que não é fácil pra eles entenderem. Mas eles vão caminhando e vão ficando bem esclarecidos. Então em cada reunião a gente reforça, a gente repete. (Vanessa, representante governamental).

Observa-se também algumas ações dos representantes do governo para facilitar o entendimento sobre os assuntos para o segmento dos usuários, que na sua visão pouco entendem sobre os temas tratados e algumas ações concretas de secretários a fim de viabilizar o acesso de todos os conselheiros para conhecerem a estrutura funcional da saúde local. Em uma delas, citada pelo entrevistado Roberto, o Secretário de Saúde proporcionou a visita dos conselheiros às unidades básicas de saúde.

> Perguntei para os conselheiros se eles conheciam todas as unidades. Como era o funcionamento. Eu fiquei ate um pouco surpreso com alguns conselheiros, muitos conhecem tudo [...] às vezes num bairro mais distante não sabe o que está acontecendo num bairro oposto do outro lado da cidade e isso é fundamental para termos, para saber como funciona em um município e aí passarmos a ter crédito e efetividade aí junto ao conselho e controle social. (Roberto, representante governamental).

E o entrevista Sílvio observa que organizou orientação *in loco* para os conselheiros de saúde conhecerem o processo financeiro das contas da saúde.

> Nós já levamos os conselheiros na Secretaria de Finanças para ver como é que funciona, como é que paga, como é que não paga. Onde que entra as notas, como que faz licitação para eles verem como que é. (Sílvio, representante governamental).

Acrescenta,

> Falta capacitação! Eles não entendem qual o papel deles. Porque ele está ali! Eu acho que falta esclarecer isso a eles. Qual que é a função do conselheiro. Levar as reivindicações. Cobrar as mudanças necessárias. (Sílvio, representante governamental).

A nosso ver, são ações pontuais que podem esclarecer as dúvidas dos conselheiros sobre diversos assuntos cotidianos que facilitam suas ações enquanto conselheiro.

Observa-se que quanto mais organizado, mais estruturado o conselho

está, mais os seus representantes sabem qual é a função deste órgão representativo. O inverso determina-se nos conselhos onde a organização ainda está incipiente. Os próprios conselheiros desconhecem a sua realidade, necessidade, função e o conselho existe somente para cumprir um papel legal.

Os usuários também destacam a sua visão sobre os conselheiros.

> Os usuários não tem uma visão muito profunda sobre o Pacto, SUS. O que a gente busca é estar perto da integralidade, da atenção. (Vera, representante dos usuários).

Quando questionados se já houve algum tipo de ação para capacitar os conselheiros obtivemos informação que já houve ações há alguns anos, mas de todos os conselhos, apenas um dos entrevistados, que é representante governamental já havia participado e dá seu depoimento.

> Foi muito bom. Mas infelizmente quem foi capacitado não esta mais e nem sei onde está. Acho que foi em 2004. Eu faço parte da educação permanente, né. Então nós estamos tentando a todo custo tentar trazer uma nova capacitação que o ministério até prometeu. Tem até recurso disponível pra isso. Pra gente capacitar os nossos conselheiros, né. Ninguém sabe realmente a função do conselheiro. A gente não sabe ainda o poder que a gente tem na mão. (Sueli, representante governamental).

Complementa dizendo:

> Não me recordo bem, mas parece que estava em fim de mandato de conselho. Às vezes as capacitações chegam numa hora imprópria porque ta no fim do governo. Então pega pessoas descompromissadas. Tem isso também, né. E eu não me recordo bem pra te falar. Embora eu tenha feito, a gente ta na estrada há algum tempo. Então, você conhece. Não que eu saiba tudo de conselho. De maneira alguma porque eu também estou aprendendo né no controle social [...] Mas foi bom porque tudo a gente aproveita. Então é uma semente que a gente planta que amanhã você colhe. (Roberto, representante governamental).

Esta conselheira explica que a capacitação que ocorreu foi por volta do ano de 2004, foi um momento de aprendizado, mas que aconteceu em época de fim de governo e na sua visão, neste período, as pessoas não se interessam tanto pelas coisas, o que reforça nossa idéia de que as capacitações devem ser atividades constantes, mas em inicio de mandato. Antes disso devem acontecer discussões sobre a função do conselheiro e não simplesmente fornecer uma “cartilha” para o conselheiro e esperar que todos já saibam sua função.

O fato dos próprios servidores públicos não saberem o fundamento do controle social e a importância dos Conselhos Municipais de Saúde está refletido no argumento.

> A gente vê a dificuldade que os próprios profissionais servidores tem em relação ao controle social. Então não entendem o que é o controle social, a importância do controle. Então se ele não entende como é que ele vai passar isso para o usuário? É um trabalho de formiguinha! (Sueli, representante governamental).

Esta questão também nos remete à reflexão de que todo o sistema de saúde deve saber da importância do controle social sobre as políticas públicas. Deve saber que saúde é direito dos cidadãos e dever do Estado.

O conselheiro entrevistado Geraldo coloca que já aconteceu atividades de capacitação há alguns anos, mas que não participou. Este lembra que não foi, mas que encaminhou uma pessoa de sua comunidade para fazer a capacitação e que é um momento de aprendizado.

> Aqui já fez. [...] acho que já fez uma ou duas vezes, mas eu não participei porque foi uma época que eu não podia participar, mas os demais conselheiros participaram. Eu enviei um representante da associação de moradores. [...] Então eu sempre mando um representante, mas teve a capacitação e foi muito bem. O pessoal gostou muito. Aprendeu muito. A gente aprende muito né. Dentro do que traz o pessoal. Quanto mais a gente aprende, melhor né. É muito importante para o município. [....] O representante que eu mandei voltou entusiasmado. Pra ele que eu pretendo fazer o próximo presidente do Centro Comunitário foi muito importante. Eu já aprendi muita coisa. [....] o importante é que ele aprendeu muito e o que ele aprendeu ele passou pra gente. Ele chegou na associação e passou pra gente o trabalho que a secretaria ta fazendo. Mas foi muito importante! (Geraldo, representante dos usuários).

E complementa sua fala informando que a prefeitura municipal convidou além dos conselheiros os líderes das comunidades e que a medida foi bastante proveitosa, além de proporcionar o estreitamento do relacionamento entre Governo e população.

> Acho que foi importante principalmente para aquelas pessoas que não fazia parte do conselho. Porque o foco não foi no conselho. O prefeito e o secretario na época convidou todos os presidentes de bairro. Então todos presidentes participou. Pra eles foi muito importante saber o que tava realmente acontecendo na área da saúde. E a importância daquela capacitação para ajudar aí a comunidade. Ajudar na área da saúde do município. Então acho que a importância é essa e sempre que tem uma capacitação é muito importante porque tudo que vem de pessoas qualificadas a gente ta aprendendo um pouco mais aí pra poder fazer um trabalho na área da saúde. (Geraldo, representante dos usuários).

O entrevistado Sílvio explica que já houve capacitação no seu conselho há alguns anos, mas que não há nenhum conselheiro atualmente que participou desta capacitação.

> Houve uma capacitação. Foi em 2005 ou 2006. acho que em 2005 para 2006. Houve uma capacitação em que não tem ninguém mais no conselho. (Sílvio, representante governamental).

E complementa dizendo que não acredita em capacitação em formato de curso, mas na capacitação cotidiana, no decorrer dos meses com ações concretas.

> Ela acontece! A gente treina o conselheiro, a gente mostra pra eles o direito deles, o dever deles, a obrigação deles. A gente vai fazendo gradativamente. Então, acho que [...] esse treinamento pontual não funciona. (Sílvio, representante governamental).

E acrescenta que na capacitação gradativa, o conselheiro apropria-se de sua função, mas que aliado a isso ele tem que pensar no coletivo.

> Entender do assunto e querer melhorar as coisas para o vizinho dele. Aí ele consegue fazer alguma coisa. Alguma coisa decente.[...] chamo de conselheiro decente, o caro que entende de lei, de fluxo, o caro que é interessado, que vai lá atrás do que está acontecendo e que não está querendo fazer política no bairro dele. (Sílvio, representante governamental).

Os demais usuários alegam que não fizeram nenhuma atividade de capacitação, mas seria importante essa prática tendo em vista que em alguns momentos sentem dificuldades para entender algumas situações.

> Seria importante como certeza! Porque tem muitas questões, tipo assim ..... [....] algumas vezes tem algumas questões que de modo geral os conselheiros fica meio assim, né. Nossa não entendi isso! Por exemplo, numa prestação de contas que vem até nós aquele monte de papel. Então ta. Estão valores e a gente às vezes desconhece. Então eu acho muito importante porque quando alguém perguntar pra gente você vai saber responder. Realmente fala aquilo que você conhece né. (Fátima, representante dos usuários).

Neste caso especifico, não somente seria importante para saber avaliar a prestação de contas, mas observa-se a preocupação do entrevistado em poder informar a população, corretamente. Este mesmo entrevistado ainda explica que muito do que se aprova é em função de confiança no presidente do conselho que passa as informações conforme o relato a seguir.

> Por ser presidente do conselho, é uma pessoa por longos anos. É uma pessoa super competente. Tem um conhecimento assim de tudo do que

> acontece na parte de saúde, né. E a gente tem muita confiança nela. Então ela é nosso ponto de partida. (Fátima, representante dos usuários).

Outro conselheiro, representante dos usuários vai além e coloca que os conselheiros precisam saber a fundo tudo o que passa na comunidade local e ter um bom relacionamento com a administração para até fortalecer sua função de conselheiro.

> Todos os conselheiros, a obrigação deles é ter um bom relacionamento com a administração municipal e conhecer essa administração municipal porque não adianta nada ele vir aqui e não conhecer a realidade da administração municipal. Quanto que o município pode gastar, quanto que ele esta recebendo. As vezes ele recebe tanto, no outro mês tanto e dentro daquilo o secretario tem que se virar, pegar os 15% e tem mês que é pouco! (Geraldo, representante dos usuários).

E um dos entrevistados, representante governamental, alega que pretende fazer um trabalho de capacitação envolvendo os conselheiros. Conforme sua fala

> Pretendo discutir com os conselheiros. Trazer pessoal qualificado para a capacitação, pra ta sempre envolvendo os conselheiros. Acho isso fundamental. Muito importante e acho que tão breve eu farei isso, né. Nos vamos fazer da melhor forma possível. [...] vai deixar os conselheiros aptos a entenderem, a procurarem uma melhor alternativa para o serviço público e sempre fazenda da melhor forma possível. Então eu acho que isso é importantíssimo. Nós temos que fazer. (Roberto, representante governamental).

Esta questão nos leva a reflexão que muito pode ser conseguido a partir da administração municipal. A relação com a administração municipal em muito pode fortalecer a dinâmica de funcionamento dos conselhos municipais. E conforme um dos entrevistados

> Se o governo não quiser fazer com que o conselho funcione dificilmente ele vai andar. (Sílvio, representante governamental).

De fato, esta é uma realidade, pois o governo pode boicotar o trabalho de controle social o qual pode e deve ser exercido pelos Conselhos de Políticas Públicas e não somente, especificamente, o da Saúde. Esta questão pode envolver a estrutura administrativa do conselho ou a cooptação de conselheiros nas votações e deliberações.

Neste contexto fica claro que quanto mais democrático ou mais acessível for o governo mais haverá participação e controle social através dos conselhos municipais ou mesmo através de orçamentos participativos sem que postura partidária. O seu

papel é de defesa do interesse da coletividade e não de interesses políticos.

Mais uma vez, alegamos que, sabedores de seus direitos e deveres enquanto conselheiros, esta ação pode ser mais acessível.

Finalmente questionamos nossos entrevistados sobre o que eles poderiam apontar para fortalecer o controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde. Os conselheiros entrevistados apontaram duas questões centrais: 75% deles apontam atividades de divulgação das deliberações aos representados e 50% também apontam ações de capacitação

> A gente possa nos articular e eu vou até colocar na reunião para que a gente possa divulgar as conquistas do conselho. Pra gente que a gente fortaleça a imagem do conselho até para população sabê que ele existe divulgando até nas unidades com cartazes com jornalzinho interno. Então esse aí é um passo pra gente fortalecer ainda mais o conselho. (Vanessa, representante governamental).
>
> Tem que fazer um trabalho de divulgação. De trazer para a reunião de ta fazendo cartazes. É divulgar isso. Acho que é desta forma que a gente vai tentar melhorar esse conhecimento, né. (Sueli, representante governamental).
>
> Nós levarmos informação para a população! Saber como é o nosso serviço, ver a demanda, a necessidade da população e melhorando. [...] E um canal são os nossos conselheiros dos usuários dos representantes dos usuários porque isso é importantíssimo que eles vão estar ajudando, contribuindo para distribuir as informações e talvez a imprensa, a escrita, as rádios. Acho que é outro canal de comunicação e eu acho que a partir daí a população todos os usuários sabendo de que forma funciona, como deve ser acolhidos em todas os serviços de saúde. (Roberto, representante governamental).
>
> Pra melhorar você teria que capacitar os conselheiros. Não só os conselheiros. O presidente. Precisa ter uma capacitação melhor para poder ficar a par realmetne do que é a sua função. Pra você cobrar mais atuação, né. Onde você pode agir. Onde você pode dar opinião de como melhor. Mas você tem que estar capacitado. Pra ver o que se pode e o que não se pode. (Francisco, representante dos prestadores de serviços).
>
> Eu acho que estamos melhorando. Eu acho que a tendência é essa. Foi feito um trabalho muito bom nestes últimos 4 anos. Eu acho que nos temos que continuar fazendo, capacitando os conselheiros, levando os conselheiros para conhecer todas as unidades de saúde. Então eu acredito que o caminho é este e nós estamos conseguindo né. Mas vejo que está estagnado e nem que está voltando aí pra traz. Nós temos que melhorar. (Roberto, representante governamental).

Outros dois conselheiros, um representante dos usuários e outro governamental, destacam a decisão das ações partilhadamente e a preocupação com a transparência governamental.

> [...] de atitudes e decisões na perspectiva da partilha, da colaboração, da cooperação, da co-gestao e não só daquela visão de fiscalizador, corretivo, autoritário. Não! Neste aspecto de construir junto. (Vera, representante dos usuários).
> [...] eu acredito que é essa relação é muito importante na transparência. Começamos pela transparência. Então nós mostramos para os conselheiros como é, como está a situação e o que devemos fazer. Então toda a realidade é muito clara e os conselheiros eu acredito que tem uma liberdade. Eu vejo que eles tem liberdade para falar ou discutir assuntos. É para gente, chega sempre em um consenso ali. E é discutindo, chegando no que é melhor para o usuário. Então, nós pensamos eu acredito que eu vejo a administração fazendo, dando de si o melhor e os conselheiros contribuindo com a experiência local, em foco em cada bairro junto com as alternativas e decisões que são tomadas pela administração. Então a transparência a liberdade, acho que é o principal para relação ser o melhor possível. (Roberto, representante governamental).

Em síntese, vemos que existem ações de capacitação. Foram realizadas formalmente há alguns anos, patrocinadas pelo próprio Estado, mas foi uma atividade sem sequência anual. Assim, o que ocorre é que a cada 02 (dois) anos mudam-se os representantes (de todos os segmentos) e o trabalho de capacitação não tem uma continuidade. Portanto, a capacitação tem que ser uma prerrogativa de início de gestão.

Sabemos que existem e são entregues inúmeras cartilhas fornecidas pelo Estado do que é o Conselho, como funcionam estes espaços de participação, os direitos e deveres dos conselheiros, mas, efetivamente, estas formas de orientação somente terão validade e eficácia na medida em que também forem discutidas. Defendemos, desta forma, no início de cada gestão, a discussão em conjunto das funções dos conselheiros e ações de capacitação no decorrer do mandato. Finalizamos com a colocação da entrevistada Sueli.

> Eu costumo dizer que se a gente for caminhando a gente chega lá. O SUS é adolescente! O controle social é mais ainda! ...no final a gente vai amadurecer e vai ficar legal! (Sueli, representante governamental).

4.2 As Comissões de Participação Cidadã nas áreas sanitárias da Espanha

Assim, como no Brasil, na Espanha os conselhos são um instrumento de participação cidadã no processo de tomada de decisões. Na Espanha, por ser um país muito descentralizado, as competências em matéria de saúde estão

transferidas às Comunidades Autônomas (CC.AA), que adaptam a normativa Estatal ao âmbito autonômico, podendo dominar de distintas formas os órgãos de participação cidadã em saúde. No caso da Galícia, a Comunidade Autônoma analisada, neste estudo,os órgãos são denominados comissões de participação cidadã. De qualquer forma, a Lei Geral de Saúde n. 14/1986 em seu artigo 53 parágrafo 2 define que

> Com o fim de articular a participação no âmbito das Comunidades Autônomas, criar-se-á o Conselho de Saúde da Comunidade Autônoma. Em cada Comunidade Autônoma deverá constituir, órgãos de participação nos serviços sanitários.[14]

A título de explicar algumas das diferenças do formato brasileiro de participação cidadã além da capacidade apenas consultiva apresentamos na Tabela 18 as principais diferenças na forma estrutural deste mecanismo de participação.

Tabela 18 – Principais diferenças estruturais entre o formato brasileiro e espanhol

	Brasil	**Espanha**
Perfil do espaço de participação	Conselhos de saúde com atribuições deliberativas	Conselhos ou Comissões de participação cidadã com atribuições deliberativas e consultivas, mas não vinculantes
Distribuição dos cargos	O formato é paritário sendo 50% representantes dos usuários. 25% profissionais de saúde 25% prestadores de serviços e governo	Não é paritário. Tem diversos segmentos representados de acordo com a Lei. Participam: representantes da administração, sindicatos, entidades empresariais, entidades locais (prefeitos ou vereadores), associações de moradores.
Escolha dos cargos	Eleição ou indicação das organizações representadas	Indicações das organizações representadas.
Presidentes	Eleição pelo colegiado	Cargo destinado ao diretor de área Sanitária
Locais	Todos os municípios	Regiões sanitárias de saúde
Regularidade das reuniões	Mínimo uma vez por mês	No mínimo duas vezes ao ano.

[14] *Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios.*

Os dois formatos são bastante diferentes tendo como a principal e mais importante diferença, a nosso ver, a questão deliberativa no formato brasileiro e o fato do mecanismo ser consultivo, no formato espanhol.

No Brasil, os Conselhos de Saúde têm uma perspectiva paritária sendo que 50% dos seus membros são usuários enquanto que nas comissões de participação cidadã da saúde são cargos diversos contemplando representantes da sociedade civil, dos sindicatos, empresários, políticos e a própria administração. Entretanto, não tem um caráter paritário.

Enquanto no Brasil os membros dos conselhos são eleitos ou indicados pelas organizações que representam, na Espanha todos são indicados. E os presidentes na Espanha são os representantes diretores de área da saúde.

Outra questão são que os conselhos no Brasil estão em todos os municípios o que facilita o controle social e na Espanha concentram-se nas regiões sanitárias. Outra diferença diz respeito às reuniões que no Brasil realizam-se 12 (doze) ao ano enquanto que na Espanha podem realizar pelo menos 02 (duas) ao ano.

Afora todas estas diferenças básicas, no Brasil a participação através deste formato de representação está completando 20 anos enquanto que na Espanha teve um desenvolvimento desigual a nível autonômico, vendo-se, às vezes, afetada por mudanças normativas. Em Galícia, *locus* de nossa discussão, a participação cidadã regula-se de novo pela Lei n. 8 de 2003 que cria as comissões de participação cidadã que são as que estudamos em nosso trabalho e sua constituição dá-se, basicamente, em 2008, com as nomeações dos seus integrantes.

Apesar de todas essas diferenças, muito interessante foi todo o processo de investigação ao focar nossa atenção, principalmente, na forma de captação das demandas da população e na devolução das ações dos conselhos neste mecanismo de participação.

No caso da Espanha, Font e Medina (2001, p. 156) colocam que os conselhos chegaram à Espanha através da Alemanha pelo país Vasco. Como é um pedaço do país extremamente polarizado pela política, além de uma grande tradição participativa houve o interesse neste novo mecanismo de participação.

Os primeiros conselhos foram desenvolvidos em 1992 e desde esta época várias experiências participativas foram se avolumando pela Espanha. Os autores relatam que os temas tratados nos primeiros conselhos formados, na

Espanha, giravam em torno de questões gerais envolvendo a urbanização, a utilização dos espaços públicos, a provisão de serviços, a política turística, a integração dos imigrantes e até questões mais pontuais como, por exemplo, a decisão sobre estádio de futebol, instalações esportivas

No início dos anos 1990 tinham uma organização interna composta por cidadãos representantes de entidades civis, geralmente representantes de associações de bairros, ecologistas e comerciantes. Outros atores políticos que participavam deste processo eram os técnicos da administração local e também pessoas especializadas em determinados temas. De maneira geral, quem promovia os encontros e os temas de debate e deliberação eram os governos locais.

Font e Medina (2001, p. 159) destacam que algumas questões impulsionavam alguns governos locais a promoverem este mecanismo participativo. Um deles está relacionado ao fato do governo local querer implementar uma política pública que pode de alguma maneira ser considerada como risco e que poderá gerar protestos. Assim, para evitar situações como esta, o governo local poderia lançar mão deste mecanismo de participação para referendar a sua política.

O segundo fator apontado pelos autores está relacionado com o desejo de adotar uma decisão popular que contribuísse para melhorar os resultados eleitorais do partido que ocupa a instituição que os promove. Neste aspecto, o governo local teria popularidade junto a estas esferas de representação e traria a impressão ou a imagem de um governo que favorecesse a participação e a consulta de opinião dos cidadãos (FONT; MEDINA, 2001, p. 159).

Com relação a este aspecto, em algumas localidades, políticos da ala de oposição, claramente, demonstravam sua insatisfação com relação a esta possibilidade de participação tendo em vista que vislumbravam um protagonismo destes partidos políticos.

A experiência dos conselhos ou comissões de participação cidadã tem protagonismo diferente em cada uma das comunidades autônomas, deste país, tendo em vista que cada uma delas possui identidade, administração e legislação própria.

Como sabemos, a Espanha é um país da União Européia que administra seu território através da Lei maior do país – sua Constituição de 1978 aprovada pelo

congresso em outubro de 1978 e ratificada pelo povo espanhol através de referendum em dezembro do mesmo ano.

Em seu artigo 1, inciso 2 já decide que a soberania reside no povo determinando que

> Espanha se constitui como um Estado social e democrático de Direito que propõe como valores superiores de seu ordenamento jurídico a liberdade, a justiça, a igualdade e o pluralismo político.[15]

E no inciso 3 determina que "[...] a forma política do Estado espanhol é a Monarquia parlamentar."[16]

O artigo 2 da Constituição Espanhola de 1978 garante o direito à autonomia das nacionalidades e regiões que compõem o Estado. E o artigo 143 determina que "as províncias limítrofes com características históricas, culturais e econômicas comuns, os territórios insulares e províncias com entidade histórico-regional poderão usufruir do direito de autogoverno e constituirem-se em Comunidades Autônomas[17]". Ao todo o Estado Espanhol é composto por 17 comunidades autônomas e estão dividas em 52 províncias, conforme o mapa 4. Ainda compõem o Estado as cidades de Ceuta e Melilla que recebem o título de cidades autônomas, e que são enclaves espanhóis em território de Marrocos no continente Africano.

---

[15] *España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.*

[16] *[...] la forma política del Estado español es la Monarquía parlamentaria*

[17] *[...] las provincias limítrofes con características históricas, culturales y económicas comunes, los territorios insulares y las provincias con entidad regional histórica podrán acceder a su autogobierno y constituirse en Comunidades Autónomas.*

Mapa 4 - Províncias da Espanha
Fonte: SEGUROS... (online).

Cada uma das províncias também tem seus municípios e segundo o artigo 140.

> A Constituição garante a autonomia dos municípios. Estes gozam de personalidade jurídica. Seu governo e administração corresponde a seus respectivos Conselhos, compostos de prefeitos e vereadores. Os conselheiros serão eleitos pelos moradores do município por sufrágio universal e igual, livre, direto e escrutínio secreto, na forma prescrita pela lei. Prefeitos são eleitos pelos vereadores ou pelos cidadãos. A lei regulamentará as condições em que se proceda o regime aplicável do conselho aberto.[18]

Na Espanha os vereadores (*concejales*) são eleitos pelos cidadãos através do voto em eleições diretas e têm representantes tanto na "*Diputación*" que é um órgão administrativo da província (unidade administrativa que não temos no sistema político brasileiro), quanto no próprio conselho municipal. Este conselho é como no sistema brasileiro a câmara de vereadores.

[18] *La Constitución garantiza la autonomía de los municipios. Estos gozarán de personalidad jurídica plena. Su gobierno y administración corresponde a sus respectivos Ayuntamientos, integrados por los Alcaldes y los Concejales. Los Concejales serán elegidos por los vecinos del municipio mediante sufragio universal, igual, libre, directo y secreto, en la forma establecida por la ley. Los Alcaldes serán elegidos por los Concejales o por los vecinos. La ley regulará las condiciones en las que proceda el régimen del concejo abierto.*

Este país é considerado um dos países mais descentralizados da União Européia tendo em vista que seus diversos territórios administram seus sistemas de educação, saúde e outros. Destaca-se inclusive que nas Comunidades Autônomas que têm língua própria, estas línguas são co-oficiais com a Língua do Estado (o espanhol), ou seja, nas Comunidades Autônomas de Galícia fala-se o galego, idioma muito parecido com o português. Na Comunidade Autônoma da Catalunha, fala-se catalão, como também falam-se em Comunidade Autônoma de Valência e Comunidade Autônoma das Ilhas Baleares, e finalmente na Comunidade Autônoma de Euskadi (País Vasco) fala-se o *euskera*.

Com relação à participação dos cidadãos nas decisões governamentais, o artigo 23 da Constituição Espanhola determina que

> 1. Os cidadãos têm o direito de participar nos assuntos públicos, diretamente ou por intermédio de representantes livremente eleitos em eleições periódicas por sufrágio universal.[19]

O artigo 105 complementa dizendo que

> A lei regulará:
> a. A escuta dos cidadãos, diretamente ou através de organizações e associações reconhecidas pela lei no processo de elaboração de normas administrativas que lhes digam respeito.
> b. O acesso dos cidadãos aos arquivos e registros administrativos, exceto no que afetam a segurança e a defesa do Estado, investigando crimes e da privacidade dos indivíduos.
> c. O processo pelo qual os atos administrativos devem ocorrer, assegurando, se for o caso disso, a escuta ao interessado.[20]

Com relação à gestão de saúde, a Constituição Espanhola, de 1978, em seu artigo 43, estabelece que a proteção à saúde é um direito fundamental do

---

[19] *Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal.*

[20] *La ley regulará:*
a. La audiencia de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la ley, en el procedimiento de elaboración de las disposiciones administrativas que les afecten.
b. El acceso de los ciudadanos a los archivos y registros administrativos, salvo en lo que afecte a la seguridad y defensa del Estado, la averiguación de los delitos y la intimidad de las personas.
c. El procedimiento a través del cual deben producirse los actos administrativos, garantizando, cuando proceda, la audiencia del interesado.

cidadão e a *Ley n. 14, de 1986* − Lei Geral de Saúde − define os princípios e diretrizes que permitem o exercício desse direito, que são:

- Financiamento público, universalidade e gratuidade;
- Direito e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos;
- Descentralização política para as Comunidades Autônomas;
- Atenção Integral;
- Integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos ao sistema de saúde.

As comunidades autônomas realizam as ações de planejamento, de saúde pública bem como de assistência à saúde e o Sistema Nacional de Saúde mantém a coordenação geral do sistema de saúde e sua coesão é articulada por um Conselho Interterritorial, constituído pelos Ministro de Saúde e por dirigentes de saúde (*Consejeros de Salud*) das Comunidades Autônomas.

As decisões do Conselho acontecem por consenso e têm como apoio uma Comissão composta por representantes das comunidades autônomas e do Ministério e um Comitê Consultivo, do qual participam seis representantes do ministério, seis das comunidades, quatro da administração local, oito de entidades empresariais e oito de organizações sindicais. O que chamamos de Comitê Consultivo é o que no Brasil recebe o nome de Conselho.

O modelo de atenção à saúde é parecido com o do Brasil, sendo organizado através de assistência médica primária, serviços especializados (assistenciais, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, tanto em regime ambulatorial quanto hospitalar) e assistência farmacêutica.

Esta última prestação de serviço –assistência farmacêutica– apresenta diferenças peculiares, pois somente têm direito a medicamentos sem qualquer custos, os pensionistas e seus dependentes. Os demais cidadãos pagam uma porcentagem especifica pela medicação. Por exemplo:

- Pessoas comuns – pagam 40% do medicamento.
- Pacientes com vírus HIV e portadores de doenças crônicas – pagam 10% do medicamento.
- Pensionistas não pagam.

Quanto à gestão do Sistema Nacional de Saúde, a articulação como apontamos anteriormente, é realizada por meio do Conselho Interterritorial.

A Espanha é um país, extremamente, descentralizado e este processo, na saúde, aconteceu através da transferência da gestão da saúde para as comunidades autônomas.

A participação dos cidadãos na gestão de saúde da Espanha é determinada pela *Ley General de Sanidad* n. 14 de 1986 e em seu artigo 5 do Capitulo 1 – "*De los servicios generales*" ou dos princípios gerais, determina que

> 1. Os serviços públicos de saúde são organizados de modo que é possível articular a participação da comunidade através das autoridades locais envolvidas na formulação da política de saúde e no acompanhamento da sua execução.
> 2. Para os efeitos devem ser entendidas como incluindo organizações empresariais e trabalhistas. A representação de cada uma dessas organizações são definidas de acordo com critérios de proporcionalidade, como previsto no Título III da Lei Orgânica sobre a Liberdade de Associação.[21]

Logo, cada uma das comunidades autônomas tem sua própria administração e legislação. Assim, apontamos a seguir os dados da comunidade autônoma da Galícia, local onde realizamos nossa pesquisa.

4.2.1 O sistema de saúde na Galícia

A partir do reordenamento político da Espanha, a Galícia passa a gerir seu sistema de saúde.

O direito de todos à saúde, já abordado, através da Constituição Espanhola toma forma definitiva a partir de 1986 com a "Lei General de Sanidad" ou a Lei Geral da Saúde, configurando o modelo de organização e serviços sanitários através do Sistema Nacional de Saúde.

---

[21] *1. Los servicios públicos se organizarán de manera que sea posible la participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales correspondientes, en la formulación de la política sanitaria y en control de su ejecución.*
2. A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las Organizaciones Empresariales y Sindicales, la representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, segundo lo dispuesto en el título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical.

Conforme dados da página oficial do Serviço Galego de Saúde (SERGAS), a Galícia assume as primeiras ações em saúde a partir de 1980 quando recebe as primeiras transferências governamentais, mas é importante destacar que as transferências plenas somente se efetivam, no ano de 1991, depois da criação do Serviço Galego de Saúde, pela Lei 1 de 02 de janeiro de 1989, como um organismo autônomo.

Esta comunidade autônoma também tem uma organização territorial na área da saúde atendendo a critérios geográficos, socioeconômicos, demográficos dentre outros, organizando seus atendimentos dentro destas áreas sanitárias, conforme determina a *Ley n. 8 de 2008* em seu artigo 67, sobre o ordenamento do território que define que "[...] o Sistema Público de Saúde da Galícia estruturam-se, territorialmente, em áreas e zonas sanitárias articulados no Mapa Sanitário da Galícia, no qual será definido em regulamento."[22]

O Artigo 68 determina que

> 1. As áreas de saúde são o equivalente de demarcação territorial nas áreas de saúde abrangidas pelo artigo 56 da Lei 14/1986 de 25 de Abril.
> 2. O âmbito geográfico de cada um dos cuidados de saúde é determinada por decreto do Governo uma proposta do Ministério da Saúde, dependendo das necessidades de saúde da região autônoma, tendo em conta o trabalho geográfico, socioeconômicas, demográficas, provisionamento de vias e meios de comunicação e os critérios e diretrizes para o planejamento e desenvolvimento territorial estabelecidas pelo Governo de Galícia.[23]

As áreas de atenção primária e especializada concentram-se nas seguintes áreas sanitárias: Ferrol, A Coruña, Cervo, Santiago de Compostela, Lugo, Salnés, Pontevedra, Vigo, Ourense, Monforte e Barco de Valdeorras. Destaca-se que estas áreas podem estar agrupadas ou interrelacionadas para a prestação dos serviços nos atendimentos que se fizerem necessário.

O Conselho Galego de Saúde está como o principal órgão de participação comunitária no Sistema Público de Saúde da Galícia, determinado através da Lei n. 8/2008, que substitui a Lei n. 7/2003, permitindo o assessoramento ou acompanhamento e controle da "*Consejería*" de Saúde (órgão equivalente à

---

[22] *Las áreas sanitarias constituyen la demarcación territorial equivalente a las áreas de salud contempladas en el artículo 56 de la Ley 14/1986, de 25 de abril.*

[23] *El ámbito geográfico de cada una de las áreas sanitarias se determinará por decreto del Consejo de la Xunta a propuesta de la Consellería de Sanidad, en función de las necesidades sanitarias de la comunidad autónoma y teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, de dotación de vías y medios de comunicación y los criterios y directrices de ordenación y de desarrollo territorial establecidos por la Xunta de Galicia.* (idioma galego)

Secretaria de Saúde a nível estadual no Brasil) da Junta de Galícia (Governo de Galícia).

O capítulo VI, desta Lei, determina a participação dos cidadãos no sistema de saúde e conforme o artigo 22, parágrafo 2

> A participação na formulação da política de saúde e no acompanhamento da sua execução é um direito da cidadania e da sociedade em geral, um valor social e um instrumento de cooperação e de informação no domínio do sistema de saúde pública na Galícia, para a melhoria da saúde e o bem-estar dos cidadãos.[24]

O artigo 23 do parágrafo 1 da mesma Lei complementa determinando que [...] esta Lei prevê como órgão de participação comunitária o Conselho Galego de Saúde e, no âmbito de cada área sanitária, os conselhos de saúde de área."[25] (Lei n. 8/2008).

O conselho galego de saúde tem a seguinte composição conforme esta Lei:

- 06 (seis) representantes da Administração Sanitária designados por pessoa titular da *Consejeria de Sanidad* (Secretaria de Saúde).
- 12 representantes dos cidadãos através de entidades locais (prefeitos e vereadores).
- 09 representantes de organizações sindicais mais representativas da Galícia.
- 09 representantes das organizações empresariais mais significativas da Galícia.
- 04 representantes das associações de consumidores e usuários.
- 06 representantes de profissionais sanitários.
- 02 representantes de faculdades ligadas à área de ciências da saúde.
- 04 representantes de associações de pacientes e familiares mais representativos.
- 02 representantes de associações *vecinais* (associações de moradores) galegas.

---

[24] *A participación na formulación da política sanitária e no control da sua ejecución constitui um derecho da cidadania e da sociedade em geral, um valor social e um instrumento de cooperación e información no sistema de saúde de Galícia, para a melhora da saúde e do bem estar da cidadania.* (idioma galego)

[25] *La presente Ley prevé como órgano de participación comunitaria el Consejo Gallego de Salud y, en el ámbito de cada área sanitaria, los consejos de salud de área.* (idioma galego)

Os membros deste conselho são nomeados através de indicação de cada uma das representações. Procura-se manter uma paridade entre mulheres e homens. É importante destacar que o parágrafo 2 do artigo 25 da Lei n. 8/2008 determina que o presidente do conselho galego de saúde é o titular da *Consejeria de Sanidad* (Secretaria de Saúde).

Os conselhos de saúde de área, foco de nossa análise, e que chamamos neste de trabalho de comissões de participação são definidos no artigo 25 da *Ley n. 8/2008* determinando em seu parágrafo 1 que "os conselhos de saúde de área são órgãos de natureza consultiva através do que se articula a participação comunitária no terreno das áreas sanitárias"[26]. E sua composição dá-se da seguinte maneira:

- Entidades locais compreendidas nas áreas sanitárias.
- Associações de moradores com atuações na área sanitária.
- Organizações empresariais.
- Diretor, gerente ou representante de equipe diretiva de áreas sanitárias.
- Pessoa responsável pela área de saúde pública.
- Representante da *consejería* de sanidade (Secretaria de Saúde).
- Associações de pacientes.

Os artigos 26 e 27 da Lei n. 8/2008 ainda determinam que poderão ser estabelecidos outros órgãos de participação com a finalidade de assessorar os órgãos diretivos. São eles as comissões de participação cidadã e o voluntariado.

Os órgãos de participação estão localizados nas mesmas áreas de regiões de saúde citadas anteriormente, ou seja, Ferrol, A Coruña, Cervo-Burela, Lugo, Monforte de Lemos, O Barco de Valdeorras, O Salnés, Ourense, Pontevedra, Santiago de Compostela e Vigo.

Destas, a única região onde a participação está organizada por decreto é a de Ferrol: Decreto 15/2005 de 03 de fevereiro o qual estabelece a estrutura do sistema sanitário de Ferrol. Inclusive os membros deste órgão foram nomeados através do Diário Oficial de Galícia em setembro do mesmo ano. Mas é importante destacar que nas outras cidades a participação está constituída, mesmo que sem

[26] *Los consejos de salud de área son los órganos colegiados de naturaleza consultiva a través de los cuales se articula la participación comunitaria en el terreno de las áreas sanitarias.*

decreto e, também os membros do órgão foram nomeados e publicados no Diário Oficial de Galícia no mesmo mês.

Na Galícia a participação através das comissões de participação cidadã são bastante recente.

4.2.1.1 A estrutura e a dinâmica das comissões de participação cidadã

4.2.1.1.1 A estrutura de funcionamento das comissões de participação cidadã

Na Espanha os órgãos de participação cidadã são regulados por decreto governamental de cada Comunidade Autônoma. Assim, na província de Galícia, as comissões de participação cidadã são reguladas, atualmente, conforme a Lei n. 8 de 10 de julho de 2008, no capitulo VI que trata da participação social na saúde, especificamente, nesta província.

Segundo o artigo 25 desta Lei, a composição destas comissões dá-se da seguinte maneira: entidades locais compreendidas nas áreas sanitárias, associações de moradores com atuações na área sanitária, organizações sindicais mais representativas da área da Galícia, organizações empresariais, diretor, gerente ou representante de equipe diretiva de áreas sanitárias, pessoa responsável pela área de saúde pública, representante da *conselheria* de sanidade (secretaria de saúde), associações de pacientes.

Entretanto, informa-se que, anteriormente, existia a *Ley n. 7* de 9 de dezembro de 2003 que definia a ordenação sanitária da Galícia onde no capítulo III já se determinava a participação através das comissões de participação cidadã. E desta forma, baseados na *Ley n. 7/2003*, em 27 de maio de 2005 é criada a ordem de n. 27, que aprova a composição, organização e funcionamento das comissões de participação cidadã, que é o que regula, até nos dias atuais, a composição destas comissões.

As pessoas são nomeadas através de portaria publicada no Diário Oficial de Galícia respeitando o que determina a *Ley n. 8/2008* a qual o que estava determinada na *Ley n. 7/2003*. Entretanto, destaca-se que esta Lei não determina o

número de pessoas que deveria compor os conselhos de área. Somente determinam quem poderá participar destas comissões e que estas nomeações poderão ser por um período de quatro anos podendo estas pessoas serem reconduzidas com a aprovação da sua representação. Mas a ordem de n. 27, estabelecendo a organização, composição e funcionamento determina em seu artigo 3 que

> As comissões de participação cidadã estão integradas pela representação das seguintes entidades e organizações:
> a) quatro representantes das entidades locais compreendidas dentro da área sanitária.
> b) quatro representantes das associações de moradores com atuação no âmbito sanitário.
> c) dois representantes das organizações empresariais mais representativas da Comunidade Autônoma da Galícia, com implantação no âmbito da área sanitária.
> d) quatro representantes das organizações sindicais mais representantivas da Comunidade Autônoma da Galícia, com implantação no âmbito da área sanitária.
> e) o diretor da área sanitária correspondente e, no caso, os gerentes dos dispositivos a que se refere o artigo 7.6 da Lei 7/2003, de 9 de dezembro de 2003, de ordenação sanitária de Galícia e dos centros e dos estabelecimentos do Serviço Galego de Saúde, compreendidos na área sanitária.[27]

Ao analisar a nomeação destas pessoas através do Diário Oficial de Galícia n. 175 de 10 de setembro de 2008 e n. 34 de 18 de fevereiro de 2009 e em conformidade com a Lei n. 8 de 2008 e com a ordem 27 de maio de 2005, verifica-se que somente não ocorreu a nomeação de pessoa representando a associação de pacientes.

Todas as demais estão contempladas conforme mostra a tabela abaixo:

---

[27] *As comisións de participación cidadã atópase integradas pola representación das seguintes entidades e organizacións:*
a) catro representantes das entidades locais comprendidas dentro da área sanitaria.
b) catro representates das asociacións veciñais com actuación no ámbito da área sanitaria.
c) dous representantes das organizacións empresariais máis representantivas da Comunidade Autónoma de Galícia, con implantación no ámbito da área sanitaria.
d) catro representantes das organizacións sindicais máis representativas da Comunidade Autónoma de Galicia, com implantación no ámbito da área sanitaria.
e) o director da área sanitaria correspondente e, de ser o caso, os xerentes dos dispositivos a que se refire o artigo 7.6 da Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia, e dos centros e establecementos do Servizo Galego de Saúde, comprendidos na área sanitaria. (texto em galego)

Tabela 19 – Organização das comissões de participação das cidades espanholas estudadas

Lugo	Ourense	Pontevedra	Santiago de Compostela	O Salnés
Representantes da Equipe Diretiva				
Presidente (Gerente do Complexo Hospitalar de Lugo) **Vice presidente** (gerente de Atenção primária de Lugo) **Secretario** (Subdiretor de Gestão do Complexo Hospitalar)	**Presidente** (gerente de Atenção primária) **Vice presidente** (gerente do Complexo Hospitalar) **Secretario** (secretario do Serviço Galego de Saúde de Ourense)	**Presidente** (gerente do Complexo Hospitalar de Pontevedra) **Vice presidente** (gerente de atenção primária) **Secretario** (assessora jurídica do Complexo Hospitalar de Pontevedra	**Presidente** (Gerente do Complexo Hospitalar) **Vice presidente** (Gerente de Atenção Primária) **Secretaria** (subdiretora Operativa do Complexo Hospitalar)	**Presidente** (Gerente do Hospital de O Salnés) **Vice presidente** (Gerente de Atenção primária) **Secretaria** (assessora jurídica do Hospital de O Salnés)
Entidades Locais				
4 titulares (3 prefeitos e 1 vereador) 4 suplentes (2 prefeitos e 2 vereadores)	4 titulares (3 prefeitos e 1 vereador) 4 suplentes (2 prefeitos e 2 vereadores)	4 titulares (3 prefeitos e 1 vereador) 4 suplentes (2 prefeitos e 2 vereadores)	4 titulares (3 prefeitos e 1 vereador) 4 suplentes (2 prefeitos e 2 vereadores)	4 titulares (02 prefeitos e 1 vereadores) 4 suplentes (1 prefeitos e 3 vereadores)
Associações de moradores				
4 titulares 4 suplentes	4 titulares 4 suplentes	4 titulares 4 suplentes	4 titulares 4 suplentes	4 titulares 4 suplentes
Organizações empresariais				
2 titulares 2 suplentes	2 titulares 2 suplentes	2 titulares 2 suplentes	2 titulares 2 suplentes	2 titulares 2 suplentes
Organizações Sindicais				
4 titulares (1 CIG; 1 CC.OO e 2 UGT) 4 suplentes (1 CIG; 1 CC.OO e 2 UGT)	4 titulares (1 CIG; 1 CC.OO e 2 UGT) 4 suplentes (1 CIG; 1 CC.OO e 2 UGT)	4 titulares (2 CIG; I CC.OO e 1 UGT) 3 suplentes (1 CC.OO., 1 UGT e 1 CIG membro rotatório por um ano)	3 titulares (1 CIG, 1 UGT e 1 CC.OO) 3 suplentes (1 CIG, 1 CC.OO. e 1 UGT)	4 titulares (2 CIG, 1 CC.OO e 1 UGT) 3 suplentes (1 CIG, 1 UGT e 1 CC.OO)
Total 17 titulares 14 suplentes	**Total 17 titulares 14 suplentes**	**Total 17 titulares 13 suplentes**	**Total 16 titulares 13 suplentes**	**Total 17 titulares 13 suplentes**

De maneira geral, as 05 (cinco) regiões sanitárias que observamos têm suas comissões de participação cidadã funcionando desde 2006. Entre a equipe diretiva observa-se que mantém nas cinco regiões sanitárias pessoas representando

a Atenção Primária e o Complexo Hospitalar das Regiões Sanitárias seguindo o disposto na Lei.

As entidades locais são representadas em todas as regiões sempre em caráter titular por 03 (três) prefeitos (alcaldes) e 01 (um) vereador (concejal) das cidades que compõem as áreas sanitárias. É importante destacar que a ordem 27 de 2005 em seu artigo 4, parágrafo a determina que "[...] os representantes das entidades locais serão designados pela Federação Galega de Municípios e Províncias (FEGAMP)."[28]

A mesma ordem (27/2005) determina que "[...] os representantes das associações de moradores, e seus suplentes serão designados pelo diretor da área sanitária entre os que figuram nas petições apresentadas pelas associações de moradores implicadas."[29] Assim as associações de moradores (chamada de asociaciones vecinales) são representadas nas regiões sanitárias de Lugo, Pontevedra e Ourense pelas Federações de associações de moradores (Federación de Asociaciones Vecinales). Em Santiago de Compostela e O Salnés é representada por pessoas das associações de moradores porque, nestas regiões, as associações não são federadas.

É interessante destacar que esta ordem parece bastante arbitrária ao determinar que de todas as representações, somente os moradores serão designados pelo diretor da área sanitária depois que é enviado pelas organizações os nomes das pessoas, ou seja, o diretor de área pode, entre os vários nomes, indicar quem ele quer.

A ordem 27 de maio de 2005 em seu parágrafo c determina que "[...] os representantes das organizações empresarias e seus suplentes serão designados pela Confederação de Empresários da Galícia."[30]

E o parágrafo d determina que "[...] os representantes das organizações sindicais, e os seus suplentes, serão designados tendo em conta os critérios de proporcionalidade estabelecidos na Lei orgânica n. 11/1985, de 2 de agosto, de

---

[28] [...] *os representantes das entidades locais será designados pola Federación Galega de Municipios e Provincias (FEGAMP).* (idioma galego).

[29] *Os representantes das asociacións veciñais, e os seus suplentes serán designados pólo director da área sanitaria entre os figuren nas solicitudes presentadas pólas asociacións veciñais implicadas.* (idioma galego)

[30] *Os representantes das organizacións empresariais, e os seus suplentes serán designados pola Confederación de Empresarios de Galicia.*

liberdade sindical, ou norma que a substitua."[31]Assim, quanto às organizações sindicais, estas são representadas pelas organizações: o sindicato Unión General de Trabajadores (UGT), Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO) e Confederación Intersindical Galega (CIG). Em Lugo e Pontevedra foram nomeados 04 representantes titulares, sendo 02 (dois) da UGT e um de cada um dos outros sindicatos. A mesma organização é pertinente para os suplentes, nestas duas cidades. Na cidade de Pontevedra o sindicato com maior representação na comissão de participação é o CIG que mantém duas representações mas quando observa-se os suplentes apenas 03 existem de cada uma das organizações (UGT, CIG e CC.OO) sendo que o do CIG é membro rotatório pelo período de um ano.

Em Santiago de Compostela, os três sindicatos têm representações, mas apenas uma pessoa de cada um deles totalizando 03 pessoas titulares e 03 suplentes. É a única região sanitária que se difere, nesta representação.

Apesar de estar determinada em *Ley (n. 7/2003 e n. 8/2008)* e pela ordem 27 de maio de 2005, gostaríamos de saber como se dá a eleição no espaço destas representações. Como acontece a escolha das pessoas no interior de cada uma das representações, ou seja, como a Federação Galega de Municípios e Províncias (FEGAMP) determina seus representantes, assim como, os sindicatos e as associações de moradores, para depois serem nomeadas conforme determina a *Ley n. 8/2008* no seu artigo 25 parágrafo 4 pela pessoa titular da *"conselleria de sanidad".*

É interesse notar como estes espaços participativos se organizam, com relação a suas reuniões, à definição da pauta de discussão. Assim, a seguir apresentamos estes aspectos neste formato de participação.

4.2.1.1.2 A escolha ou eleições dos membros das comissões de participação cidadã

De maneira geral os membros diretivos são nomeados em razão de seu cargo e todos mudam de acordo com as eleições municipais. Automaticamente e

[31] *Os representantes das organizacións sindicais, e os seus suplentes, serán establecidos na Lei orgânica 11/1985, do 2 de agosto, de liberdade sindical, ou norma que a substitua.*

conforme determina a Ordem de 27 de maio de 2005, os membros diretivos também serão os Presidentes, Vice presidentes e Secretários destas comissões.

O artigo 5, parágrafo 1 define que "[...] a presidência da comissão de participação cidadã será exercida pelos diretores das respectivas áreas sanitárias."[32] No caso do Vice presidente o artigo 6 da mesma ordem determina que este "[...] será um dos membros que atua como representante da Administração sanitária, designado pelo Secretário de Saúde (*Conselleiro de Sanidade*) por proposta da Comissão."[33] E o artigo 7 define o cargo do Secretário que será "[...] designado pelo presidente entre o pessoal adscrito pela direção da área sanitária ou, se for o caso, da gerência."[34]

Os representantes das entidades locais que representam os prefeitos (*alcaldes*) e vereadores (*concejales*), são determinados pela AFEGAM, mas conforme a fala do entrevistado quem decide ou determina quem a AFEGAM vai encaminhar são os partidos, ou seja, é o partido quem decide quem participará das comissões de participação cidadã, conforme os depoimentos de Juan (prefeito) e Mariluz (vereadora).

> Atualmente o partido que determina que o prefeito participe em cada área sanitária. Então, o partido determina que na região sanitária, a cidade de A Estrada estaria representada pelo prefeito (Juan – prefeito).[35]

> Fui nomeada pelo partido socialista. Então, dentro do partido, na área sanitária de O Salnés, tiveram em conta, digamos a implicação, a relação que eu tinha com a saúde. Eu como, vereadora de Vila Garcia e do partido socialista e o próprio partido pensou que era, bom, a pessoa mais adequada para fazer parte desta comissão e bom, tem critérios diferentes e do partido é este (Mariluz, vereadora).[36]

No caso dos sindicatos, participam aqueles com maior representatividade a nível autonômico. Através do depoimento de Nuria, representante sindical,

---

[32] *A presidencia das comisións de participación cidadá exercerana os directores das respectivas áreas sanitarias.* (idioma galego)

[33] *Será un dos membros que actúe en representación da Administración sanitaria, designado polo Conselleiro de Sanidade por proposta do presidente da comisión*. (idioma galego)

[34] *Designado polo presidente entre o persoal adscrito á drección da área sanitaria ou, se é o caso, da xerencia.* (idioma galego)

[35] *Actualmente el partido que determina que el alcalde participa en cada área sanitaria. Entonces el partido determina que en esta región sanitaria A Estrada estaría representada por el alcalde.* (Juan – *alcalde*)[35]

[36] *Fue nombrado pelo partido socialista. Entonces dentro del partido, en area sanitaria de O Salnés, tuvieron en cuenta digamos la implicación, la relación que yo tenía con sanidad. Yo como soy consejala de Vila Garcia e de partido socialista y el propio partido pensó que era, bueno, la persona mas adecuada para formar parte de esta comisión y bueno, que tiene criterios diferentes y del partido socialista que soy es esto.(*Mariluz – *concejala*).

observa-se que quem são membros da comissão são as pessoas dirigentes dos sindicatos.

> Não se elege por votação. Por exemplo, porque em tudo tem um representante. Há um secretario geral na comarca ou comissão e que em tudo se decide por todo o sindicato dos trabalhadores a nível social, a nível institucional. Então, a pessoa que vai representar a sociedade é sempre o secretario geral e neste caso por convite e sou eu. (Nuria, representante sindical). [37]

As associações de moradores das áreas sanitárias têm uma dinâmica diferente. Na Espanha a organização dos moradores dá-se por associações de moradores, que podem também estar organizadas em Federações (que agregam várias associações) e Confederações (que agregam várias Federações). Assim, nas regiões sanitárias estudadas há diferenças em suas indicações, conforme descrito a seguir através das falas de nossos entrevistados.

> Normalmente, no que diz respeito às associações de moradores nos reunimos aqui em Santiago e uma vez cada certo tempo e de maneira bastante informal. Mas se decide no mesmo dia. Não há uma eleição. Não há uma votação. Simplesmente: Olha, como já estou em outra comissão, estou em outro conselho, pode ser você? (José, representante dos moradores).[38]

Este mesmo conselheiro complementa dizendo que em Santiago de Compostela funciona desta maneira, pois não existe uma Federação de Moradores como em outras regiões o que poderia determinar a indicação do nome do representante.

> Eu sei que em A Coruña, por exemplo e em Vigo as associações de moradores estão federadas. São uma Federação. Então, esta Federação que se encarrega das nomeações e aqui como não temos Federação temos recorrido a este sistema um pouco ..... não é muito democrático. Simplesmente nos colocamos de acordo e elegemos uma pessoa. (José, representante dos moradores).[39]

---

[37] *No, no se elige por votación. Por ejemplo, porque en todo hace un representante, hay un secretario general en un comarca o comisione y que todo se decide de todo los sindicato de trabajadores a nivel social, a nivel institucional. Entonces persona que va representar a la sociedad es siempre el secretario general y en este caso por invitación y que soy yo. (*Nuria, representante sindical)

[38] *Normalmente lo que toca a las asociaciones vecinales de vecinos nos reunimos aquí en Santiago una vez cada cierto tiempo. De esta manera bastante informal. Pero decide un en este mismo día. No hay una elección. No hay una votación para hacerlos. Simplemente….mira como ya estoy en otra comisión, estoy en otro consejo, importa ser tú?* (José, *representante vecinal*).

[39] *Yo sé que en A Coruña, por ejemplo y en Vigo las asociaciones de vecinos están federadas. Son una federación. Entonces esta federación es que se encarga de sus nombramientos y aquí como no tenemos federación tenemos recorrido a este sistema un poco….no es muy democrático. Simplemente nos ponemos de acuerdo entre nosotros y se elige una persona* (José, *representante vecinal*).

Nas regiões sanitárias de Lugo, Ourense e Pontevedra, as indicações dão-se pelas Federações de moradores (Federación de Vecinos) já destacadas por José. Esta fala também é comprovada por Maria que descreve sua nomeação pela Federação de Associações de Moradores

> Elegemos as pessoas em votação. Primeiro tem que dizer que está interessado. Quem interessa em concreto! Mas depois temos uma reunião mensal de áreas diferentes. Área de saúde, área de cultura, área de participação cidadã que seria a nossa mais especifica porque a associação de moradores ... pertencemos a participação cidadã. [...] elegemos a área mas depois pode-se eleger a área que gosta e que se cria uma comissão e é o presidente desta comissão e pode reunir-se com as pessoas que queira nesta comissão. E é o que organiza e dirige esta comissão. Aqui se pergunta: Quem quer pertencer a esta comissão. Apontamos 3, 4 pessoas que estão na lista. Então naquele momento o presidente de Limiar[40] é o presidente desta comissão. Então aponta a pessoa que queira. (Maria).[41]

As regiões sanitárias de Lugo e Ourense tiveram seus representantes dos moradores decididos pelas Federações, mas destacando-se que este deveria estar envolvido em temas de saúde e com conhecimentos adequados.

> Inicialmente, tivemos algumas regiões que não tinham pessoas com conhecimento suficiente da situação. Então, somos de Lugo, em principio estive como pessoa para atender e para estar controlando a gestão em hospitais, nos três hospitais que existem na província de Lugo: em Monforte, em Lugo e Burela. Quando conseguimos que tivesse representação de entidades com gente que já conhecia o tema nestas zonas, pudemos ficar na área sanitária de Lugo. (Pablo, representante de moradores).[42]

---

[40] Limiar é o nome da Federação de Associação de Moradores de Ourense “Limiar”.

[41] *Elegimos las personas en votación. Primero tienes que decir que esta interesado. Quien interesa en concreto! Pero después es que aquí tenemos una reunión mensual de diferentes áreas. Área de sanidad, área de cultura, área de participación ciudadana que seria la nuestra más especifica porque la asociación de vecinos pertencenemos a la participación ciudadana que seria la nuestra más especifica porque la asociación de vecinos pertenecemos a la participación ciudadana.[..] Elegimos la área pero después puede elegir el área que le gusta y se crea una comisión y es presidente de esta comisión y el puede reunirse con la gente que quiera en esta comisión. Y es el que organiza y dirige esta comisión. Aquí pregunta: Quien quiere pertenecer a esta comisión? Nos apuntamos 3, 4 personas que están en la lista. Entonces en aquel momento el presidente de Limiar es el presidente de esta comisión. Entonces apuntes la gente que quier*. (María)

[42] *Inicialmente tuvimos algunas zonas que no teníamos personas con conocimiento suficiente de la situación. Entonces, nosotros, somos de Lugo, en principio estuve como persona para atender y para estar controlando gestión en hospitales en los 3 hospitales que hay en la provincia de Lugo, en Monforte de Lemos y Burela. Cuando conseguimos tuviere la representación de entidades con gente que ya conocía el tema en estas zonas hemos podido quedar en área sanitaria de Lugo (Pablo, representante vecinal).*

Este membro da comissão de participação cidadã, Pablo, informa que o processo de escolha sempre se dá pela Federação e que, enquanto Federação, preocupam-se em indicar pessoas com conhecimentos sobre a gestão sanitária. Outra coisa é que para ele a comissão pode exercer um controle sobre a política de gestão.

> Exercer um controle como usuários do que fazem, em que se gastam o dinheiro, para que se gasta, quais sãos as reclamações dos cidadãos, sobretudo a nível de assistência, de prestação sanitária, qual é o grau de satisfação dos usuários.(Pablo, representante dos moradores).[43]

Desta forma, podemos entender que mesmo nas regiões sanitárias onde não existem federações de moradores organizadas as próprias associações de moradores encarregam-se de definir seus representantes na comissão de participação.

4.2.1.1.3 A dinâmica das reuniões das comissões

O artigo 9 da Ordem de 27 de maio de 2005 determina que “o pleno da comissão de participação reunir-se-á em sessão ordinária em um mínimo de duas vezes ao ano”.[44]

Desta forma e conforme destaca a Tabela 20 nas regiões sanitárias estudadas em apenas uma delas não atendeu ao que determina a ordem.

Tabela 20 - Número de reuniões das comissões de participação das áreas sanitárias no ano de 2009

Lugo	Ourense	Pontevedra	Santiago de Compostela	O Salnés
3 (três) reuniões	2 (duas) reuniões	3 (três) reuniões	1 (uma) reunião	2 (duas) reuniões

Fonte: entrevistas com os membros das comissões de participação

[43] *Ejercer un controle como usuarios de lo que se hace, en que se gastan el dinero, para que se gasta, cuales son las reclamaciones de los ciudadanos, sobretodo al nivel de asistencia de prestación sanitaria, cual es el grado de satisfacción de los usuarios* (*representante vecinal*)

[44] *O pleno da comisión de participación reunirase en sesión ordinaria un mínimo de dúas veces ao ano.* (idoma galego)

Nas Comissões de O Salnés, Ourense, houve duas reuniões no ano de 2009 conforme o depoimento de Mariluz (O Salnés) e Nuria (Ourense).

> Olha, em princípio estavam lotadas umas reuniões determinadas quando dá criação. Mas tivemos duas reuniões quando estava... com este governo tivemos uma forçado pelos membros da comissão. Porque como não tínhamos notícias pedimos uma reunião extraordinária para o presidente assinada por quase todas as pessoas que formamos a comissão. Então bom, convocaram-nos para uma reunião, mostramos nossas demandas, queríamos saber o que vai acontecer com o hospital de O Salnés. (Mariluz, vereadora).[45]

Nuria, representante através do sindicato, acrescenta que, neste ano, conseguiram realizar a segunda reunião, na região sanitária de Ourense, e que houve um avanço.

> Te digo que tivemos a segunda reunião deste comitê. A primeira tivemos em 08 de janeiro deste ano, quando ainda estava o PSOE no governo. E desde então e depois da mudança de governo não tivemos nenhuma outra coisa. E o primeiro contato outra vez foi ontem. [...] A Lei diz que temos que nos reunir duas vezes por ano e ontem acordamos que nos reuniremos a cada 03 meses porque 6 meses nos parece muito tempo. Reunimos normalmente 03 meses e em caso de haver algum tipo de tema a tratar ou alguma coisa ou petição de qualquer membro se pode fazer. Então neste ano nos reunimos duas vezes: em janeiro e ontem. (Nuria). [46]

As regiões sanitárias de Lugo e Pontevedra reuniram-se 03 (três) vezes. Assim, Pablo, representante dos moradores da área sanitária de Lugo, destaca que sempre tem que estar pressionando para conseguir algo, e é o que acontece com as reuniões desta comissão.

> Tivemos duas e depois uma reunião posterior com o gerente com um tema do plano estratégico dedicado ao novo hospital, mas a reunião da comissão cidadã com a administração, temos que estar insistindo, pressionando sempre para que não se esqueça. E neste caso que está esquecendo é

[45] *Mira, en principio estaban dotadas unas reuniones determinadas cuando da creación. Pero tuvimos dos reuniones cuando estaba con este gobierno tuvimos una forzada por los miembros de la comisión. Porque como no teníamos noticias pedimos una reunión extraordinaria para el presidente firmada por casi todos las personas que conformamos la comisión. Entonces bueno, nos convocaran para una reunión, mostramos nuestras demandas, queríamos saber lo que vas pasar con el hospital de O Salnés.* (Mariluz, concejala)

[46] *Te digo que tuvimos la segunda reunión de este comité. La primera tuvimos en 08 de enero de este ano, cuando todavía estaba el PSOE en gobierno. Y desde aquello y después del cambio de gobierno no tuvimos ningún otro tipo de cosa. Y el primer contacto otra vez fue ayer. […] La ley dice que tenemos que nos reunir dos veces al ano y acordamos ayer reunirnos cada 3 meses porque 6 meses nos parecen mucho tiempo. Reunimos normal 03 meses y en caso de haber algún tipo de temas que tratar, o alguna cosa o a petición de cualquier miembro se puede hacerla la comisión. Entonces en este ano nos reunimos dos veces: en enero y ayer. Y ahora nos tocaría 03 meses por menudo.*

> algo que está comprometido e que é algo que está acordado, tem nas atas correspondentes e no Diário Oficial da Galícia que diz qual é a missão. (Pablo, representante dos moradores).[47]

Na região sanitária de Pontevedra também houve três reuniões em função de terem acordado entre os membros da própria comissão que serão realizadas reuniões trimestrais, conforme depoimentos de Claudia e de Ramón.

> Bom, nossa comissão elaborou e aprovou um regulamento de funcionamento interno, não? E se acordou que as reuniões seriam trimestrais, 4 ao ano. Até este momento fizeram três desde que se constituiu. (Claudia, Secretária).[48]

> Cada 3 meses supõe-se que tem que ter uma reunião. Agora com a mudança de governo queremos que se regularize. Em 2009 tivemos 3 que não foram, que foram um pouco para especificar o regulamento, uma com a nova gerencia e teve duas como mínimo sobre o tema gripe A e hospital único. Aqui se participa faz anos, mas abaixo de pressão, abaixo de notas de imprensa, e não tem em conta em algumas votações, em bastante mas abaixo de pressão mediática, de pressão social, não por vontade própria da administração sanitária. Agora mesmo estamos, neste governo nomeia o gerente de área no mês de abril, não nos convoca até setembro ao que manda uma carta saudando-nos e em setembro nos convocam por uma coisa para me parece uma coisa pouco lógica mas se tem que é um tema completo. Que nos convoca em setembro por dois temas concretos: gripe A e situação sanitária de novo hospital em Pontevedra (Ramón, representante dos moradores).[49]

O que se observa, nas falas dos entrevistados representantes dos moradores, Ramon e Pablo, entretanto, é que apesar de estar determinado na Ordem de 27 de maio de 2005, as comissões foram criadas, mas as reuniões apesar de terem tido avanço com relação ao número das mesmas em três das comissões

---

[47] *Hemos tenido dos y después una reunión posterior con el gerente con un tema de plan estratégico dedicado para el nuevo hospital pero la reunión de comisión ciudadana con la administración, hay que estar insistiendo, presionando siempre para que no se olvide En este caso que esta olvidando y es algo que esta comprometido y es algo que esta acordado, hay en las correspondientes atas y en diario oficial de Galicia que dice cual es la misión.* (Pablo, *representante vecinal*)

[48] *Bueno, nuestra comisión se elaboro y aprobó un reglamento de funcionamiento interno no? Y se acordó que as reuniones serian trimestrales, 4 al año. Hasta este momento se hicieron 03 desde que se constituyo.* (Claudia, Secretaria).

[49] *Cada 3 meses se supone que tiene que haber una reunión, ahora con el cambio queremos que se regularice. En 2009 tuvimos 3 que no fueron, que fueron un poco para especificar el reglamento, una con la nueva gerencia y ha tenido dos como mínimo y sobre tema gripe A y hospital único. Aquí se participa hace anos pero abajo de presión, abajo de notas de prensa, y no tiene en cuenta en algunas votaciones, en bastante pero abajo de presión mediática, de presión social, no por volunta propia de la administración sanitaria. Ahora mismo estamos, en este gobierno nombra el gerente de área en mes de abril, no se nos convoca até septiembre al que manda una carta saldándonos y en septiembre nos convocan por una cosa para me parece una cosa poco lógica pero se tiene que es un tema completo. Que nos convoca en septiembre por dos temas concretos: gripe A y situación sanitaria de nuevo hospital en Pontevedra.* (Ramón, *representante vecinal*)

de participação estudadas, estas somente acontecem debaixo de muita pressão, principalmente da parte dos representantes da população.

Na região sanitária de Santiago de Compostela a reunião aconteceu apenas uma vez, conforme destacam os entrevistados José e Juan, ambos da mesma área sanitária.

> Fui a uma única. No complexo Hospitalario de Santiago. Uma única vez. Em 2009 somente uma reunião. Me convocaram somente uma vez. Pode ser que na anterior [...].eu entretanto não fazia parte. (Juan – prefeito). [50]

> Veja que a convocatória que tenho aqui é de 12 de dezembro de 2008. Até este momento não nos convocaram. (José – associação de moradores).[51]

Avaliando a fala dos dois entrevistados aliada aos documentos fornecidos pelo entrevistado José, observa-se que em 2008 houve uma única reunião e em 2009 não houve reunião até a data da entrevista. E que provavelmente Juan, participou desta primeira e única reunião da comissão de participação da saúde.

Em síntese, verifica-se, pelo menos por parte dos representantes dos usuários um grande empenho e pressão para que este órgão de participação funcione e se efetive tendo em vista que é mais um espaço de participação. Observa-se também que em função da mudança de governo no início do ano e, conseqüentemente da equipe diretiva, as comissões estagnaram-se.

Quanto à quantidade de reuniões e conforme já apontamos, a Ordem de 27 de maio de 2005 determina que deve acontecer duas vezes no ano, pelo menos, mas esta situação não acontece em todas as regiões sanitárias. Aliado a isso, apenas duas vezes ao ano, também não parece cômodo à maioria dos entrevistados, membros da comissão de participação cidadã, tanto que em 02 (duas) ou 40% das comissões estudadas já estão organizadas de maneira a serem reuniões trimestrais (apesar de não terem cumprido o acordado no ano de 2009) e outra comissão (a da área sanitária de Ourense) organizou na última reunião conforme fala anterior de Núria (representante sindical) que as reuniões seriam a partir deste próximo ano trimestralmente, o que subiria nossa porcentagem para

---

[50] *Fui a una única. En el complexo hospitalario de Santiago. Una única vez. En 2009 solo una reunión. A mi me convocaran solo a una. Puede ser en que la anterior…..yo todavía no hacia parte.* (Juan – alcalde)

[51] *Verás que la convocatoria que tengo aquí es de 12 de diciembre de 2008. Hasta el momento no ha vuelto convocados.* (José)

60% as comissões de nossa área analisada, que se reúnem mais do que o acordado pela Ordem de 27 de maio de 2005.

Observa-se que os representantes dos moradores e sindicatos reforçam a questão de entenderem que apenas duas reuniões anuais se mostra muito pouco para se inteirar sobre tudo o que passa na saúde da sua região sanitária e apenas um dos entrevistados que é representante das entidades locais (uma vereadora) pactua com essa questão. Os demais entendem que apenas uma ou duas reuniões seria suficiente para os fins pelos quais a comissão foi determinada.

Maria (representante dos moradores) deixa claro pelo seu depoimento que duas vezes por ano é muito pouco para que os membros da comissão possam tomar idéia e se posicionar sobre a política de saúde em tão pouco tempo. Acrescenta que a saúde é algo imprescindível e importante a todos os cidadãos.

> Se te referes à comissão de saúde una, duas vezes...para mim me parece pouca! Porque creio que na saúde temos os problemas mais importantes da vida e preocupa a todos os cidadãos. Eu creio! E creio que não há um problema que preocupe tanto! (Maria, associação de moradores).[52]

José, representante dos moradores, também destaca que na sua visão é pouca esta quantidade de reuniões. Acredita que deveria ter mais reuniões anuais, mas observa que

> Também não tem muito sentido fazê-las com muita periodicidade porque poucos temas podem ser resolvidos em um curto período de tempo. Eu entendo que se a diretora ou o diretor geral de saúde programa fazer algo .... nós temos que propor....e nos dois meses seguintes não vão chegar com soluções nas mãos. É impossível! (José, representante dos moradores).[53]

Já um dos representante das entidades locais (prefeitos e vereadores) coloca que

> Eu creio que uma reunião é suficiente. Vamos ver, eu creio que a atividade da área sanitária não está bem de gestores. Então o que temos que ver é

[52] *Se te refieres a la comisión de la sanidad de la junta de Galicia un, dos veces […] mi parece poco! Porque creo que en la sanidad tenemos los problemas mas importantes de la vida y que nos preocupa a todos los ciudadanos. Yo creo! Y yo creo que no hay un problema que preocupe tanto!* (María)

[53] *Tampoco tiene mucho sentido hacerlas con mucha periodicidad porque tampoco pocos temas se puede resolver en un periodo muy corto de tiempo. Yo entiendo que se la directora o director general de salud programa hacer algo […] claro nosotros nos proponemos […] y en dos meses siguientes no va llegar con la solucione en las manos. Es imposible!* (José)

> como está funcionando a área e apontar as melhores idéias possíveis. (Juan, prefeito).[54]

É interessante o depoimento deste representante que destaca que a organização e gerência da área sanitária, em sua opinião, não vai bem e que apesar disto está suficiente, a comissão de participação reunir-se apenas uma vez ao ano. A fala dele deixa claro que esta comissão de participação não tem qualquer peso decisor tendo em vista ainda suas outras falas

> As decisões aqui em política de saúde se toma o partido do governo (Juan, prefeito).[55]

Analisando estes relatos deste representante observa-se que ele entende que o órgão decisor deve ser sempre o do representante governamental e a tomada de decisões em conjunto pode ser um dificultador. Na nossa visão, a fala deste prefeito traduz a "*performance"* e idéias dos políticos e partidos políticos.

A outra representante local que entrevistamos, vereadora, tem outra visão, mas observa-se que o partido que está no poder nesta gestão não é o mesmo partido pelo qual esta vereadora entrevistada está vinculada o que, na nossa visão, pode justificar a sua fala.

> Tinha que ser mais a miúdo entre uma reunião e, sobretudo nesta situação que há conflitos, pois coisas que não entendemos, que não sabemos, mas não há comunicação e não penso que tem....ser a comissão de participação cidadã informada. Por exemplo, quando decidiram eliminar o laboratório da Casa do Mar a comissão foi a primeira que nos informaram, explicando o porquê, bom explicando os motivos. Bom, depois, bom, somos um órgão consultivo. Evidentemente a ultima palavra tem que ser... mas bom, inclusive por deferência, por educação deveria ter informado a comissão (Mariluz, vereadora).[56]

---

[54] *[...] yo creo una reunión es suficiente. Vamos a ver. Yo creo que la actividad de área sanitaria esta malo de gestores. Entonces o que tenemos que ver es como esta funcionando a área y aportar lo mejor posible ideas.* (Juan, alcalde)

[55] *Las decisiones aquí en política sanitaria se toma el partido del gobernó.* (Juan, alcalde).

[56] *Tenía que ser mas a menor entre una reunión y sobretodo en esta situación que hay conflictos, pues cosas que no entendemos, que no sabemos, pero no hay comunicación y yo pienso que tiene....ser la comisión de participación ciudadana informada. Por ejemplo, cuando decidieron eliminar el laboratorio del Casa del Mar a la comisión era la primera que nos informaran, explicando o porque, bueno explicando los motivos. Bueno después bueno somos un órgano consultivo. Evidentemente la ultima palabra tiene que ser…. pero bueno incluso por deferencia, por educación debería tener informado a la comisión* (Mariluz, vereadora)

No depoimento de Mariluz, observa-se que ela entende a comissão como um órgão consultivo conforme está determinado em Lei e que “evidentemente” conforme disse a última palavra e, portanto, a decisão tem que ser da administração.

Quando a questão se volta para os cargos gestores representando os membros do governo a questão se inverte e o número de reuniões sempre parece suficiente, como destacam os representantes.

> A meu modo de ver, parece-me razoável devido a maturidade que tem este tipo de participação cidadã. Neste momento é baixa. A maturidade é baixa. A maturidade nesta gestão...as organizações sanitárias espanholas nunca tiveram maturidade na participação cidadã. (Javier, Secretário).[57]

> Eu creio que sim porque há sobretudo os representantes sindicais que..de moradores que são os que mais estão interessados e desde logo querem que se celebre todas as reuniões e insistem e desde que se constituiu a comissão vêem sendo cumpridas.(Claudia, Secretária).[58]

No discurso destes dois entrevistados, observa-se que as comissões reúnem-se principalmente pela insistência dos moradores e sindicatos. Sucumbiram às solicitações por maior número de reuniões, mas que conforme destaca Javier, ainda falta maturidade neste formato de participação, o que, a nosso ver, justifica-se pelo pouco tempo que tem, em vigor.

4.2.1.1.4 A organização da pauta das reuniões do Conselho

No artigo 5 da Ordem de 27 de maio de 2005 em seu parágrafo 2 determina-se quais são as funções do presidente. Assim uma delas conforme a letra d é “fixar a ordem do dia das sessões, tendo em vista as propostas e petições formuladas pelos seus membros”.[59]

---

[57] *A mi modo de ver, paréceme razonable debito a la madurez que tiene este sistema de participación ciudadana. En este momento es baja. La madurez es baja. La madurez en esta gestión….las organizaciones sanitarias españolas nunca tuvieran madurez en la participación ciudadana* (Javier, Secretario).

[58] *Yo creo que sí porque sobretodo los representantes sindicales y los representantes de vecinos que son los que mas están interesados y desde luego quieren que se celebre todas las reuniones e insisten en ello y desde que se constituyo la comisión se vienen cumpliendo.(*Claudia, Secretaria)

[59] *Fixar a orde do día das sesións, tendo en conta as propostas e peticións formuladas pólos seus membros.*

Conforme depoimento dos entrevistados, a pauta das reuniões em todas as comissões de participação cidadã já vem elaborada pela direção geral conforme as falas dos entrevistados.

> É elaborado pela secretaria da comissão de participação. (José, representante dos moradores).[60]

> Então, quando chegamos ali a ordem do dia está pronta e não participamos da ordem do dia. O que podemos é opinar e perguntar sobre os diferentes temas, opinar sobre o que seja que se quer corrigir algo. Logo podemos acrescentar. (Maria, representante dos moradores).[61]

De maneira geral, todos os entrevistados alegam que não encontram dificuldades se quiserem colocar algum assunto na pauta a ser elaborada, mas entendemos que para isso deveriam saber primeiro qual seria a data da reunião.

Núria, representante sindical, informa que se quiserem podem encaminhar alguma sugestão ou encaminhamento para a pauta a ser discutida.

> Normalmente, quem indica a ordem do dia é o presidente. Neste caso é a gerente. Mas, não temos nenhum tipo de problema para querer introduzir algum ponto na ordem do dia. Nenhum problema! (Nuría, sindicato). [62]

Quanto aos representantes das entidades locais, os representantes prefeitos ou vereadores das cidades que compõem as regiões sanitárias, alegam que não são questionados, antecipadamente, sobre se querem incluir algum assunto a ser discutido na pauta da reunião, conforme a fala do entrevistado Juan, prefeito.

> Não nos consulta para a pauta da ordem do dia. Pelo menos, não me consulta. (Juan, prefeito).[63]

Já Mariluz, vereadora, destaca que sabe que já introduziram assuntos solicitados nas pautas, mas coloca que um dos problemas é o fato de não saberem

---

[60] *Es elaborado por la secretaria de la comisión de participación.* (José, *representante vecinal*).

[61] *Entonces, cuando llegamos allí tenemos el orden del día hecho y no participamos en el orden del día. Lo que sí podemos es opinar y preguntar sobre los diferentes temas, opinar sobre lo que sea, se quiere corregir algo. Logo los puede añadir* (María, *representante vecinal*).

[62] *Normalmente quien indica el orden del día es la presidente. En este caso es la gerente. Pero, bueno no tenemos ningún tipo de de problema para nosotros querer introducir algún punto en el orden del día. Ningún problema!*

[63] *No se nos consulta el orden del día. Por menos no me consulta.* (Juan, *alcalde*)

quando vão acontecer as reuniões, tendo em vista que a região sanitária de O Salnés não tem um calendário organizado para elas.

> Bom, sei que introduziram mas como não sabemos quando vão nos convocar estamos um pouco a espera. [...] nas primeira reuniões era fácil, mas agora desde que mudou o governo que te falo que não sei, como não nos reunimos, como não nos convocam estamos um pouco na expectativa. (Mariluz, vereadora).[64]

A confirmação de que é aceita a introdução de assuntos na pauta de discussão é feita pelos representantes da comissão indicados pelo governo, que figuram os cargos diretivos da área da saúde, conforme os depoimentos a seguir.

> A questão é que a ordem do dia é feita pelo diretor de área, mas sob as propostas que os próprios membros estabelecem. Às vezes os membros, os membros da administração, os próprios gerentes de área, a maioria dos temas foram propostos, em maioria, pelos movimentos dos moradores. A ordem do dia quem faz é o presidente sob as propostas que fizeram os membros. (Javier, Secretario).[65]

> Normalmente entre o presidente e a secretaria. Eles podem pedir os pontos que queiram mas não pediram nenhum ponto. Nós fixamos, mandamos e depois de o ver e podemos ampliar (Claudia, Secretaria).[66]

De maneira geral, conforme as falas dos entrevistados a pauta da reunião já vem pronta, mas é possível acrescentar algo sempre que necessário estando assim em consonância com a Ordem de 27 de maio de 2005.

Javier, Secretário, destaca que são inseridos os assuntos que os próprios membros da comissão solicitam. Isto se confirma pela fala de Pablo, representante dos moradores desta região sanitária.

Claudia, também Secretária, explica que todos os membros têm liberdade para pedir inclusão de pauta do assunto que quiserem, mas nas reuniões que

---

[64] Bueno sé que lo introdujeron pero como no sabemos cuando van a nos convococar, estamos un poco a la espera. Hombre yo pienso que si, que no […] las primeras reuniones, si que era fácil, pero ahora desde que cambio el gobierno que te digo que no lo sé, como no nos reunimos, como no nos convocan estamos un poco en la expectativa (Mariluz, vereadora).

[65] *La cuestión es que orden del día es hecha por director de área, pero bajo las propuestas que los propios miembros establecen. As veces los miembros, los miembros de administración, los propios gerentes de area, la mayoría de los temas han sido propuestos en la mayoría por los movimientos vecinales. El orden del dia quien hice es el presidente pero bajo las propuestas que hicen los miembros* (Javier, secretario)

[66] *[...] normalmente entre el presidente y la secretaria. Ellos pueden pedir los puntos que quieren pero no pidieron ningun punto. Nos fixamos nosotros nos mandamos y después venirlo y podemos ampliarnos* (Claudia, Secretaria)

aconteceram na região sanitária de Pontevedra, segundo seu relato, não houve nenhuma solicitação.

E finalmente Beatriz, Vice presidente, alega que houve muito pouco tempo para que estas comissões tomassem um formato, mas que com seu propósito todas as inclusões de pauta que qualquer membro da comissão solicitasse seria incluída. E acrescenta

> Não aconteceu assim, mas seria assim para que cada um introduza um tema. (Beatriz, Vice presidente).[67]

Observa-se que a Federação de Moradores (Federación de Vecinos) de Lugo é bastante reivindicativa e, ao mesmo tempo que, reivindicam que as reuniões sejam realizadas, dizem que tem um espaço aberto para colocar os pontos que querem discutir também com a representação do governo local, conforme a fala de Pablo, representante dos moradores.

> Quem faz é sempre o presidente da comissão. Aqui em Lugo é o gerente do Hospital....a pauta e nós estamos enviando para a pauta, quais são os pontos que nós queremos que se trate. Enviamos por correio eletrônico. Eu pelo menos ando sempre com ele, à sua secretária. São os pontos para a próxima reunido da comissão (Pablo, representante dos moradores).[68]

José, representante dos moradores, informa que existe um momento da reunião em que é dada a palavra aos participantes e que inclusive já houve uma solicitação dos moradores atendida conforme seu relato

> [...] no ultimo ponto da ordem do dia e onde apontamos coisas e esperamos que se inclua agora e as sugestões que neste momento se podem incluir no próximo conselho. De pronto mudou-se o horário, visto que encaminhamos uma carta e mudou-se para as 16 horas. Sim, solicitamos a possibilidade de mudança e foi aprovado por unanimidade. E claro todos concordaram porque era impossível. (José Maria, associação de moradores).[69]

---

[67] *Non aconteceu así pero seria así para que cada un introduza un tema.* (Beatriz, Vice c,io878presidente) – (idioma galego).

[68] *[...] quien hace es siempre el presidente de la comisión Aquí en Lugo es el gerente del hospital…el orden del día y nosotros estamos enviando para el orden del día, cuales son los puntos que nosotros queremos que se trate. Enviamos por correo electrónico. Yo por lo menos ando siempre con el, a su secretaria. Son los puntos para la próxima reunión de la comisión.* (Pablo, *representante vecinal*)

[69] *[...] en este ultimo punto en orden del día y donde apuntamos cosas que esperamos que incluya ahora y las sugerencias que en este momento que se pueden incluir en próximo consello. De hecho lo cambió el horario puesto que encaminamos una carta y se cambió para las 16 horas. Sí, solicitamos la posibilidad de cambiar y fue aprobado por unanimidad. Y claro todos de acuerdo porque era imposible la asistencia.*

Segundo este entrevistado, na primeira e única reunião que ele participou aconteceu a reivindicação por parte do segmento associações de moradores que se mudasse o horário da reunião. Esta reunião havia sido agendada para as 10 horas da manhã e muitos não podem ir em função de horário de trabalho. Assim, fizeram a reivindicação de mudança de horário e foi aprovada por unanimidade.

Observa-se também que outras reivindicações, conforme já apontadas, foram aceitas pela administração como o aumento do número de reuniões da comissão.

4.2.2 Captação das demandas da população

Tendo em vista que o artigo 2 da ordem de 27 de maio de 2005 determina quais são as funções das comissões de participação cidadã na área da saúde e que uma delas determina em seu parágrafo a "propor aos órgãos de direção da área aquelas medidas de caráter sanitário que contribuam a elevar o nível de saúde da população"[70] dissertamos a seguir como os diversos representantes captam as demandas da população a fim de exercerem essa função determinada.

De maneira geral, os membros das comissões de participação cidadã fazem sua captação das demandas da população de maneiras diversas.

Para Daniel, Presidente de uma das comissões, a responsabilidade é de todos os membros na captação e cabe à administração da região administrativa captar os dados levados por todos.

> Está dividida entre políticos, moradores, trabalhadores e a responsabilidade é o levantamento dos dados. (Daniel, Presidente).[71]

Os representantes locais, os prefeitos (*alcaldes*) e vereadores (concejales) fazem suas captações através do próprio partido político e conforme destaca o prefeito de uma das regiões isto é feito, sistematicamente, através dos

[70] *a) Propoñerlle aos órganos de dirección da área aquelas medidas de carácter sanitario que contribúan a elevar o nivel de saúde da poboación.* (idioma galego)

[71] *Está dividida entre los políticos, vecinos, trabajadores y la responsabilidad es la toma de datos.* (Daniel, Presidente)

próprios filiados do partido ou dos simpatizantes. Assim, nas reuniões do partido são feitas as captações das demandas da população.

> Em principio cada um representa um setor, os moradores, os sindicatos, os grupos políticos. Então, cada um leva suas demandas previamente debatidas em cada organização. [...] estou representando como...o partido socialista e as demandas que me chegam como vereadora (Mariluz, vereadora).[72]

> Bom, em meu caso, como sou médico conheço-as por minha profissão. Mas habitualmente nos partidos tem debates a respeito de determinadas coisas. Por exemplo: A Estrada estava na área sanitária de Pontevedra e tinha um centro de referência que era Pontevedra. Bom, era uma demanda social que passássemos a área de Santiago, porque é mais próxima. Então, habitualmente, isto se debate nos partidos a nível local. Que são os que estabelece aqui no governo de Galícia. Habitualmente as demandas sociais, os partido as captam através dos militantes de seu partido ou simpatizantes que estabelecem nos partidos as necessidades. (Juan, prefeito).[73]

No entanto, destacam que as demandas que são trazidas da comunidade não são tratadas no espaço da comissão de participação cidadã que segundo um deles é um espaço que não cabe este tipo de situação.

Na sua visão as demandas são e devem ser tratadas no espaço da prefeitura (*ayuntamiento*) e em consonância com o Governo da Comunidade Autônoma (Junta de Galícia).

> Se eu como prefeito creio que tem que construir um novo centro de saúde, por exemplo, creio que tem que ter um centro de alta resolução, o que faço é através da prefeitura e de SERGAS é estabelecer ali a necessidade, mas nunca através desta comissão. É certo que o gerente da área sanitária faz um plano de área e ali pode-se estabelecer. Mas na realidade, isto não se move através da comissão, mas se move diretamente através da prefeitura. (Juan, prefeito).[74]

---

[72] *En principio cada uno representa a un sector, los vecinos, los sindicatos, los grupos políticos. Entonces cada un lleva sus demandas previamente debatidas en cada organización. […] estoy representando como …. el partido socialista y las demandas que me llegan como concejala* (Mariluz, concejala)

[73] *[...] bueno, en mi caso, como soy medico las conozco por mi profesión. Pero habitualmente en los partidos hay debates a respecto de determinadas cosas. Por ejemplo: A Estrada estaba en área sanitaria de Pontevedra y tenía un centro de referencia que era Pontevedra. Bueno pues una demanda social era que pasáramos a área de Santiago, por que es mas cerca. Entonces habitualmente esto se debate en los partidos a nivel local. Que son demandas que se plantea aquí en el consejo de junta de Galicia. Habitualmente las demanda sociales, los partidos las capta a través de los militantes de su partido o simpatizantes que con los que plantean en los partidos las necesidades.* (Juan, *alcalde*)

[74] *Si yo como alcalde creo que tiene que construir un nuevo centro de salud, por ejemplo, creo que tiene que haber un centro de alta resolución. O que hago es a través de la consejería y de SERGAS plantear ahí la necesidad, pero nunca a través de esta comisión. Es cierto que el gerente de área sanitaria hace un plan de área y ahí pode plantear. Pero en realidad esto no se mueve a través de la comisión, sino que se mueve directamente a través de la consejería.* (Juan, *alcalde*)

Uma das entrevistadas representante dos moradores através da Federação, Maria, também destaca que ao solicitarem alguma coisa não utilizam o espaço da comissão de participação cidadã

> Temos que fazer de uma forma mais impositiva. Como por exemplo, aqui em Ourense não tínhamos hemodinâmica que é o serviço de cateterismo para quem tem um enfarto agudo. Tínhamos que ir a Vigo sempre. O que acontece é que muita gente ficava pelo caminho. E tem que atender com uma hora, uma hora e pouco como muito. E de Vigo aqui tem uma hora, como sabe. Então, a Federação de moradores tivemos que fazer manifestação e correr assinaturas e agora temos 2 mil assinaturas e tivemos que apresentar a Consejeria (Secretaria) de Saúde (Maria, associação de moradores).[75]

Outro representante dos moradores, Pablo conta outra situação em que as reivindicações foram feitas fora do espaço, destas comissões.

> Aqui em Lugo, por exemplo, há um tema que é o serviço do novo hospital. Não tem nada que ver as comissões cidadãs, tivemos muitíssimo que ver com a localização e definição do hospital. Eu, por exemplo, sou a cabeça de que o hospital esteja onde está. Tinha o interesse que o hospital se montasse em outra zona da cidade. [...] Então começamos algumas propostas. Tinha uns terrenos municipais que eles poderiam ceder. Não há edifícios, propondo para as chegadas de helicópteros ou para qualquer meio de transporte rápido para um doente ou acidentado, era uma área virgem, estava muito próxima a autovia e os rádios de alta densidade para procurar todas comunicações e então tivemos que aceder a um grupo de políticos neste momento e conseguimos localizar onde esta localizado. (Pablo, representante dos moradores).[76]

Independente destas situações, todos vêem com bons olhos os espaços destas comissões e, a nosso ver, há que se considerar o pouco tempo que essas comissões estão em funcionamento.

---

[75] *Tenemos que hacer de una forma más impositiva. Como por ejemplo, aquí en Ourense no teníamos hemodinámica que es el servicio cateterismo para quien tiene un infarto agudo. Teníamos que ir a Vigo siempre. Como pasa es que mucha gente se quedaba por el camino. Y tienes que atender con una hora, una hora y pico como mucho. Y de Vigo a aquí hay una hora como sabes. Entonces es que la federación de vecinos tuvimos que hacer manifestación y además recorrida de firmas y ahora tenemos. 2 mil firmas y tuvimos que presentar a la consejería de sanidad* (María, *representante vecinal*)

[76] *Aquí en Lugo, por ejemplo, hay un tema que es el servicio de nuevo hospital. No tiene nada que ver las comisiones ciudadanas, hemos tenido muitisimo que ver con la ubicación y definición de hospital. Yo, por ejemplo, soy la cabecilla de que lo hospital este donde está. Había el interés que hospital se montara en otra zona de la ciudad. Entonces empezamos algunas propuestas. Había unos terrenos municipales que ellos podrían ceder. No hay edificios, planteando para las llegadas de helicópteros o para cualquier medio de transporte rápido para un enfermo o accidentado, era una área virgen, estaba muy próxima a autovia y los radios de autadensidad para buscar todas comunicación y entonces tuvimos que acceder a un grupo de políticos en este momento y conseguirnos ubicar donde esta ubicado* (*representante vecinal*)

Os sindicatos costumam receber as demandas da população através do contato com a classe trabalhadora, conforme a representante sindical, mas como os demais, destaca a importância da administração não apenas para ouvi-los mas para interessarem-se pelas demandas e empenharem-se em atendê-las.

> Nós estamos muito em contato com os trabalhadores nas fabricas, nas empresas, nas ruas, dos problemas laborais logicamente. Contam-nos uma serie de coisas, suas inquietações, suas coisas, não? Como podemos circular em todas associações, estamos muito envolvidos com as pessoas da sociedade civil e de alguma maneira e nós corremos todas as informações para neste caso desvelar para este comitê e outros comitês e associações, não? (Nuria, representante do sindicato).[77]

Acrescenta que não encontra problemas em sugerir ou reivindicar questões para serem colocada na pauta mas destaca

> Não temos nenhum problema em comunicar e desenvolver alguma tipo de reivindicações, ou algum tipo de inquietude que nos....outra coisa é fazer caso, não? (Nuria, representante do sindicato).[78]

Com relação aos representantes dos moradores, a captação das demandas dá-se de maneira geral, através da própria federação que tem muitas associações federadas. É a organização que mais captação tem das demandas da população pois é o coletivo que representa a totalidade da população, conforme os entrevistados Maria e Pablo.

> Aqui nós temos 46 associações de moradores federadas e então esta gente continuamente nos demanda coisas que. As carências ou diferenças que se notam, ou quando tem algo ou algum problema sanitário....somos os catalisadores digamos dos protestos de todos associados que são muitos por certo, por exemplo 46 associação, algo em torno que cada uma pode ter 500 ou 1000 membros ou mais. É muita gente na realidade (Maria, associação de moradores).[79]

---

[77] *[...] nosotros estamos muy en contacto con los trabajadores en las fábricas, en las empresas, en las calles, de los problemas laborales lógicamente. Nos cuentan una serie de cosas, sus inquietudes, sus cosas, no? Como podemos ambientarse de todo de asociaciones, estamos muy metidos la gente de la sociedad civil e de alguna manera y nosotros corremos toda la información para en este caso desvela para este comité y otros comités y asociaciones, no? (*Nuria, representante sindical)

[78] *No tenemos ningún problema en comunicar y en plantear cualquier tipo de reivindicaciones o algún tipo de inquietud que nos….otra cosa es hacer caso, no?* (Nuria, representante del sindicato)

[79] *Aquí nosotros tenemos 46 asociaciones federadas y entonces esta gente continuamente nos demanda cosas. Pues las carencias o diferencias que se notan, o que tienen algo ingresado o algún problema sanitario…somos los catalizadores digamos de las protestas de todos asociados que son muchos por cierto, porque por ejemplo 46 asociaciones algo mejor que cada una puede tener 500 o 1000 miembros o más. Es mucha gente en la realidad.* (María, asociación vecinal).

Apesar deste grande número de associados, a entrevistada alega que a participação poderia ser muito mais efetiva.

> Somos o coletivo mais forte que pode existir. [...] a verdade é que em Galícia não tem muita reivindicação. Só vai encontrar na rua. Só faz manifestações quando querem algo de verdade (associação de moradores).[80]

Pablo, representante dos moradores também relata suas experiências através da sua Federação.

> Fazemos de muitos modos. Temos gente que está no próprio hospital, centro de saúde. Eu pessoalmente, por exemplo, em finais de semana, em um sábado ou domingo, vou falar com as pessoas, saber quais são os problemas que têm. [...] Então, nós fazemos um trabalho de vigilância continua, no centro de saúde, como fazem, às vezes não damos a cara, vamos e como se fossemos um paciente a mais, na sala de espera e vemos o que acontece (Pablo, representante dos moradores).[81]

Quando não estão organizados em associações também podem realizar captação das demandas para poder discutir nas reuniões. Contudo, é uma questão que ainda mostra debilidades na comissão de participação cidadã da área de Santiago de Compostela, conforme o entrevistado José

> Nós não temos tido reuniões prévias à comissão. A falta de conhecimentos tem que estar mais tempo e mais reuniões. As associações de moradores consideram nos reunir pelo menos os quatro (os quatro representantes de moradores desta comissão) e falar das necessidades que entendemos que tem na área sanitária como a maioria. Até neste momento não temos votação do que são. Então temos um pouco da apreciação pessoal e neste caso se eu faço algo é minha apreciação pessoal, mas não nos contatamos com os demais moradores. Realmente entendo que isto deveria funcionar assim. Seria melhor que corrigíssemos. (José, associação de moradores).[82]

---

[80] *[...] somos el colectivo más fuerte que puede existir. La verdad es que en Galicia no hay muy reivindicativa. Solo vas encontrar en la calle. Solo hace manifestaciones cuando quieren algo de verdad.* (María, asociación vecinal)

[81] *Hacemos de muchos modos. Tenemos gente que esta en propio hospital. Centro de salud. Yo personalmente, por ejemplo, en fines de semana, en un sábado o domingo voy hablar con la gente, saber cuales son los problemas que tiene.[…] Entonces nosotros hacemos un labor de vigilancia continua, en el centro de salud, como hacen, a veces no nos damos a cara, vamos y como se fosemos un paciente más, en la sala de espera y vemos o que acontece.* (Pablo, *representante vecinal*).

[82] *[...] nosotros no hemos tenido reuniones previas a la comisión. La falta de conocimientos hay que estar más tiempo y más reuniones. Las asociaciones de vecinos considera reunirnos por lo menos los cuatro y hablar de las necesidades que entendemos que hay en área sanitaria como la mayoría. Hasta en este momento nos lo hemos votación con que es. Entonces tiene un poco de la apreciación personal y en este caso si yo hago algo es mi apreciación personal pero no hay nos contactado con el resto de los vecinos. Realmente entiendo que esto debería funcionar así. Seria mejor que había que corregirlas.* (José, asociación de vecinos)

Em síntese, observamos que existem formas diferentes de captação das demandas para serem discutidas e que a maneira como são feitas, em especial as captações realizadas pelos representantes sindicais e pelas federações de moradores, parecem organizadas.

Outra questão que merece destaque é que as associações de moradores, quando federadas, pareceu-nos mais organizadas já que englobam um número maior e mais expressivo da população.

Na mesma linha, já sabedores de como fazem para captar as demandas de seus representados, também gostaríamos de saber como fazem para informar seus representados sobre as ações e decisões, não da comissão tendo em vista que não é um órgão decisor, mas das ações da política de saúde de cada região sanitária.

4.2.3 Vocalização das ações das comissões de participação cidadã

Da mesma forma que a captação das demandas tem diferentes processos, a vocalização das ações também se difere de acordo com as representações.

No caso dos prefeitos e vereadores (representando as entidades locais) estes informam as ações que foram tratadas na comissão na reunião do partido, onde podem esclarecer como está a saúde da região da qual pertencem e tratar de organizar estratégias de ação, conforme a fala dos entrevistados Juan (prefeito) e Mariluz (vereadora).

> Os prefeitos transmitem através de seu partido mas tem pessoas representantes de associações de moradores, tem uma série de representantes que eu imagino, como te disse, falam com suas organizações e ao mesmo tempo que estabelecem reivindicações de associações na própria prefeitura (Juan, prefeito).[83]

[83] *Los alcaldes transmite a través de su partido pero hay personas representantes de asociaciones de vecinos hay una serie de representantes que me imagino que lo te dices se habla en sus organizaciones y al mismo tiempo que plantea reivindicaciones de asociaciones en el propio concejo.* (Juan, *alcalde*).

> Eu transmito depois das reuniões ao partido, aqui ao grupo de governo (Mariluz, vereadora).[84]

No caso dos sindicatos, não existe um formato especifico de como informar as representações sobre as ações da Secretaria de Saúde (Consejeria de Sanidad). De maneira geral, quando há reunião do sindicato costuma-se comentar e informar o que foi discutido na mesma, mas é uma situação que na visão do sindicato precisa e pode ser melhorada.

> Eu creio que a única maneira de informá-los mais rápido talvez e neste caso a única que há é de cada representante que está na comissão, cada um vá atuando com seus representados. Seria bonito! Seria o ideal ter um folheto informativo. (Nuria, representante do sindicato).[85]

Os representantes dos moradores são mais organizados quando se necessitam de vocalizar os assuntos da saúde, mas observa-se que esta questão concretiza-se melhor quando a questão é tratada pelas federações de associações de moradores.

A associação de moradores de Ourense, por exemplo, através da sua representante de moradores, Maria, coloca que emite carta aos seus associados orientando-os sobre as decisões de tudo que se passa na associação de moradores, e por tabela vão as informações sobre as ações da comissão de participação cidadã, nesta área sanitária.

> Nós normalmente emitimos carta se não temos assembléias mensais e os informamos. (Maria, associação de moradores).[86]

Já Pablo, representante dos moradores de Lugo, alega que tem reuniões mensais, que são abertas a todos os cidadãos, momento em que se informam tudo o que se passou no decorrer do mês. Outra ação destacada por este membro é que tem utilizado um sistema de mandar mensagens por correio eletrônico por blocos de

---

[84] *[...] yo traslado después de las reuniones a lo partido, aquí a el grupo del gobierno.* (Mariluz, concejala)

[85] *Yo creo que la única manera de infórmalos mas rápido quizás y en este caso la única que hay es de cada representante que está en esta comisión cada un va actuando con sus representados. Seria bonito! Seria lo ideal tener un folleto informando.* (representante del sindicato).

[86] *Pues nosotros normalmente emitimos cartas se no tenemos asambleas mensuales y los informamos.* (Asociación vecinal).

representantes. Assim, outros podem se incumbir de atingir o maior número de pessoas.

> Nós nos reunimos como Federação, temos reuniões todos os meses. As reuniões são abertas, mas tenho prestado serviço em vários blocos.[...] e depois há muitos para dar as informações e temos o correio eletrônico para dar informação. (Pablo, representante dos moradores).[87]

Ramón, também representante dos moradores, informa que além das reuniões com as várias associações federadas também utilizam meios de comunicação de massa.

> Informamos as próprias associações em assembléias. Mas ao mesmo tempo, fazemos um resumo e enviamos a todos os meios de Galícia, não somente de Pontevedra, mas da Galícia. Tenho selecionado 34 meios da Galícia das 4 províncias, aqueles que tem mais difusão. (Ramón, representante dos moradores).[88]

Já os representantes do governo determinam que as notícias sobre tudo o que acontece e não somente sobre a comissão de participação cidadã é noticiada pela imprensa. E no caso específico da comissão de participação cidadã quando tem alguma reunião a imprensa é comunicada.

> Havia informação pública porque se comunica com a imprensa. Punham-se em contato para fazer um resumo dos temas tratados na reunião e depois cada uma das pessoas eram os responsáveis em informar os órgãos de participação. (Beatriz, Vice presidente, Gerente de Atenção Primária).[89]

Em suma, podemos destacar que entendemos que efetivamente a administração pública precisa informar toda a população de todos os assuntos que se referem à coletividade. No caso específico desta comissão de participação cidadã, como foi dada esta possibilidade de participar dos meios e canais de

---

[87] *Nosotros nos reunimos como federación, tenemos reuniones todos los meses. Las reuniones son abiertas, pero tengo prestado servicio en varios blocs […] y después hay muchos para darles a información y después tenemos el correo electrónico para dar información.* (Pablo, *representante vecinal*).

[88] *Informamos las propias asociaciones en asambleas. Pero al mismo tiempo, hacemos un resume y enviamos a todos los medios de Galicia, no de Pontevedra solo, pero de Galicia. Tengo seleccionados 34 medios de Galicia, de las 4 provincias aquellos que tienen mas difusión.* (*representante vecinal*).

[89] *Había información pública porque comunica coa prensa. Poníase en contacto para facer un resumo dos temas tratados en reunión e despois cada unha dás persoas eran os responsables de informar os órganos de participación*. (Vicepresidente, Xerente de Atención Primária). (idioma galego).

comunicação, estes devem ser fortalecidos. Mas de maneira geral, entendemos que existe uma rede organizada principalmente no que se refere aos moradores.

4.2.4 Efetividade das comissões de participação cidadã

De maneira geral, os entrevistados acreditam na pouca efetividade das comissões de participação cidadã. Observam-se diferentes pontos de vista de acordo com as representações. Para os representantes das entidades locais (prefeitos e vereadores) são pouco eficazes, mas um canal de participação.

Juan, prefeito e membro da comissão deixa claro que o papel da comissão é apenas receber informações de como estão as ações em saúde naquela área sanitária e transmitir aos seus representados estas ações, ou seja, a comissão é apenas um canal informativo que serve de alguma maneira para aproximar as representações das áreas governamentais.

> Muito pouco eficaz. Definitivamente aqui a tomada de decisões são dos representantes, os gerentes da parte política de quem governa no momento. Digamos que aqui os integrantes desta comissão servem para receber informação e transmitir informação. Mas não toma, do meu ponto de vista, nenhuma decisão. As decisões se tomam desde a prefeitura, SERGAS, a partir de aí gerentes de cada zona. Mas são meramente consultivas, nunca se toma decisões ali que se transmita a gestão (Juan, prefeito).[90]

Este mesmo representante enfatiza que apesar de ter pouca efetividade, até por conta de seu caráter consultivo, é um canal importante de informação. Coloca ainda que é importante que o governo ao tomar ciência das demandas da população, que seja no momento da reunião, e não somente tomar ciência mas levar em conta estas demandas para providencias cabíveis, o que na sua visão, na prática, não acontece.

---

[90] *Muy poco eficaz. En definitiva aquí en toma de decisiones son los representantes, los gerentes de la parte política quien gobierna en este momento. Digamos que aquí los integrantes de esta comisión sirven para recibir información y transmitir información. Pero no toma, logo mi punto de vista, ninguna decisión. Las decisiones se toma desde la consejería, SERGAS, a partir de ahí gerentes de cada zona. Pero son meramente consultivas nunca se toma decisiones ahí se transmita a la gestión*. (Juan, *alcalde*)

> Eu creio que é um canal de informação entre as partes. Na realidade, efetivamente muito pouca, e participação na tomada de decisões. Agora, tem que ter a opinião. Quando se leva em conta a opinião ..... mas minha experiência pessoal diz que nunca se toma conta. (Juan, prefeito).[91]

Mariluz (vereadora) também aponta grandes limites para efetivação deste espaço de participação.

> Bom, foram criadas faz um tempo, foram convocadas, começamos a trabalhar no tema, mas te digo que estamos parados como nula, nula, nula. Também não nos dão opção a este controle social, ou pelo menos desta atenção que deveríamos dar....agora mesmo estão inoperantes (Mariluz, vereadora).[92]

Esta mesma entrevistada diz que os pontos negativos fazem com que a participação cidadã se estagne.

> É um órgão consultivo. Estamos captando o que a sociedade está demandando, bom, a problemática que há em cada área de saúde. Pode-se solucionar, melhor então. Bom, isto é só por interesse. [...] o negativo é que a periodicidade com que está se reunindo é nula que com a parte positiva não se pode demonstrar. [...] pois dependendo de quem esteja administrando cada área pode ter mais em conta ou menos em conta as contribuições (Mariluz, vereadora).[93]

A representante dos sindicatos coloca que vê com bons olhos este espaço de discussão e informação.

> Eu creio que é for idôneo. Ele se constituiu exatamente para que os cidadãos possam ter participação. [...] é uma coisa muito boa, mas, todavia não temos conhecimento de seu resultado. Tudo vale para algo, temos que lutar e temos que aproveitar todo este tipo de processos para... bom...para reivindicar, para transmitir, para propor, para pedir coisas e pouco a pouco tentando (Nuria, representante sindical).[94]

---

[91] *Yo creo que es un canal de información entre las dos partes. En realidad, efectivamente muy poca, y participación en la toma de decisiones Ahora es que se tenga la opinión. Cuando a tenga en cuenta la opinión …. pero mi experiencia persona dice que nunca se tiene en cuenta.* (Juan, *alcalde*).

[92] *Bueno fueron creadas pues hace un tiempo, fueron convocadas, empezamos a trabajar en el tema, pero te digo estamos parados como cual, nula, nula. Tampoco nos dan opción a este control social, o por lo menos de esta atención que deberíamos dar, ahora mismo están inoperativas.* (Mariluz, *concejala*).

[93] *Es un órgano consultivo. Estamos captando lo que a sociedad está demandando, bueno, lo que la problemática que hay en cada área de salud. Si puedes solucionar entonces pues mejor. Bueno pues esto es solo por interés.[…] Lo negativo es la periodicidad con que esta se reunido es nula que con que la parte positiva no se puede demostrar.[…] pues dependiendo quien esté gestionando cada área puedes tener mas en cuentas o menos en cuenta las aportaciones.* (Mariluz, *concejala*).

[94] *[...] yo creo que es un foro idóneo….esto se constituyó exactamente para que los ciudadanos pueda tener participación. es una cosa muy buena pero todavía no tenemos conocimiento de su resultado. Todo vale para algo, que tenemos que luchar y tenemos que aprovechar todo este tipo de procesos para bueno….para reivindicar para transmitir, para proponer para pedir las cosas y poco a poco intentando.* (Nuria, representante sindical)

Os representantes dos moradores apresentam-se mais otimistas com tal possibilidade. Talvez em função de ser mais um espaço garantido de participação e vocalização das demandas da população, apesar de ainda apresentar muitos limites a serem transpostos.

> Eu creio que é uma boa intenção. Isto é inegável. Dar aos cidadãos a oportunidade de participar e expor aos poderes políticos o que nos afeta, o que é tão sensível na saúde. Saúde é um tema muito sensível e eu creio que tudo é importante mas a saúde.....vamos ver a boa intenção como te digo é a diferença. Não? E então neste aspecto tudo é positivo, o que se fala. Uma vez ao ano é positivo. Os cidadãos e os moradores podemos colocar algo e dizer algo em algum momento. (José, associação de moradores).[95]

Mas o mesmo representante também apresenta desconfiança com este sistema instalado, alegando que por enquanto o que se destaca, é a pouca eficácia que podem ter qualquer sugestão ou solicitação e a pouca mobilização dos cidadãos em se organizar. Esclarece que na atualidade as pessoas não estão preocupadas em agir coletivamente, tratando-se de resolver, individualmente, seus problemas.

> Nesta nossa sociedade, agora mesmo, é a pouca a implicação que os cidadãos tem em participar nas coisas, ou que seja não se complicar na vida. Então, se nas associações de moradores fossem reais, que têm 400 sócios, seria uma força impressionante na hora de dizer algo, de se manifestar. A conclusão é que, o que foi criado com uma boa Idéia, uma boa intenção, não funciona porque eu creio que a participação cidadã apesar do que se diga é baixa. Eu não me sinto respaldado quando estou ali. Sinto-me um pouco fatalista. Não? Mas parece-me! (José, associação de moradores).[96]

Complementa dizendo que

> O aspecto negativo é que ao propormos coisas nossa força é pouca. Pouco respaldo! Somente em algum tempo muito pontual e em campo estritamente sanitário porque em relação ao centro de saúde e do hospital geral é muito caro. Custa muito caro. Um tema tem que ser estritamente sanitário. Então

---

[95] *Yo creo que es una buena intención. Esto es innegable! Dar a los ciudadanos a oportunidad de participar y exponer a los poderes públicos o que nos afecta, o que es tan sensible como es la sanidad. Sanidad es un tema muy sensible y yo creo que esto todo es sensible pero la sanidad…haber la buena intención como le digo es la diferencia. No? Y entonces en este aspecto todo es positivo, o que se habla. Una vez al año es positivo. Los ciudadanos y los vecinos podemos aparca algo y decir algo en algún momento.*

[96] *[...] en esta sociedad nuestra, esta ahora mismo, es la poca implicación que los ciudadanos tiene a participar en cosas, o que sea no complicarse en la vida. Entonces se en la asociaciones de vecinos fuesen reales, que tiene 400 socios seria una fuerza impresionante en la hora de decir algo y manifestarlo. La conclusión es que, lo que se ha creado con una buena idea, una buena intención, no funciona porque yo creo que la participación ciudadana a pesar do que se diga es baja. Yo no me siento respaldado cuando estoy allí. Mi siento un poco fatalista. No? Pero me parece!* (José, *asociación vecinal*).

> é da porta para dentro. Diz que é mal entendido, que os médicos são pouco qualificados, algumas esperas tremenda. Isto seria a participação, mas nos dão assuntos pouco colaterais (José, associação de moradores). [97]

Sobre esta ação o mesmo representante de moradores explica que muita coisa mudou nos processos de participação da sociedade e até da associação de moradores. Conforme seu relato estas associações de moradores realmente lutavam pelo queriam e se mobilizam em prol de suas vontades. Ações e situações que mudaram com o tempo.

> Há 40 anos ou 30 anos quando se formavam as associações de moradores era um canal, um conduto de participação porque os poderes públicos estavam muito distante. Com a ditadura, o público estava muito distante. Chegar a eles teria que…..então se criava as associações de moradores, gente muito comprometida que lutava muito por coisas que queria. Havia seus próprios centros sociais colocando as mãos em obras. Não esperavam nada dos poderes públicos e também se organizavam. Agora todos estão próximos. Qualquer cidadão pode falar com seu vereador ou inclusive com o prefeito e ser recebido e as pessoas não querem se complicar na vida. Preferem correr, escrever uma carta a imprensa que a publique. Então, difunde muito mais que no grupo de cidadãos que ..... a participação cidadã em geral é muito baixa. As pessoas não se comprometem com um, não há um compromisso e as associações e colégios .... todos os lugares convocam, mas ...Estou muito ocupado! Não tenho tempo!.[98]

Mas quando estão federados os representantes sentem-se mais fortes o que se observa pelos entrevistados Maria e Pablo, apesar de apontarem os desafios que são muitos pela frente.

> Está um pouco parado porque estamos reclamando a reunião que corresponde a este quadrimestre. E tem que convocar até o dia 31 e dizemos que têm que convocar em um horário não laboral porque é muito fácil, por exemplo, o presidente Lugo convoca a gente esta hora... nós somos trabalhadores, tenho ter a possibilidade de estar ali. Vou defender sempre os interesses dos

[97] *O aspecto negativo es que al que propongamos cosas nuestra fuerza es poca. Poco respaldo! Solamente en algún tema muy puntual y en campo estrictamente sanitario porque en parte del centro de salud y de lo incluso hospital general es muy caro. Costa muy caro. Un tema tiene que ser estrictamente sanitario. Entonces es da puerta para dentro. Dice que es atendido mal, o que los médicos son poco calificados, algunos que por espera tremenda. Esto seria la participación pero haber nos toca asuntos un poco colaterales.* (José, *asociación vecinal*)

[98] *Hace 40 años o 30 años cuando se formaba las sociedades vecinales o asociaciones vecinales era un canal, un conducto de participación porque los poderes públicos estaban muy lejos. Con la dictadura o público estaba muy lejos. Llegar a ellos tenia que….entonces se criaba las asociaciones vecinales, gente muy comprometida, que lutava mucho por las cosas que quería. Había sus propios centros sociales poniendo la mano de obra. No esperaban nada de los poderes públicos y también se organizaban ellos. Pues que ahora todos están próximos. Cualquier ciudadano puede hablar con su concejal o incluso con el alcaide y ser recibido y la gente no quiere complicarse en la vida. Prefiere correr, escribir una carta a la prensa que la publique. Entonces difunde muitisimo más que no en grupo de ciudadanos que….la participación ciudadana en general es muy baja. La gente no se compromete con un, no hay un compromiso y las asociaciones y los colegios….todos os sitios convocan pero….Estoy muy ocupado! No tengo tiempo!* (José, *asociación vecinal*)

> trabalhadores. Buscamos sempre para todos os cidadãos. Então, queremos que esta reunião seja as .... as reuniões de 19:30, 20 horas com uma hora e meia, duas horas [...] o único problema é que esta administração, não querem entrar na dinâmica que nós queremos, mas se não fazem vai sempre custar algo. (Pablo, representante dos moradores).[99]

E complementa dizendo que esta questão não envolve apenas a dinâmica das reuniões desta comissão, mas de modo geral, nas questões políticas envolvendo a província de Lugo, ou seja, as associações de moradores, através da sua Federação vão sempre pressionar para que a voz do cidadão seja ouvida.

> Sempre vamos ter dialogo antes disso. Se não nos entende vão entender. Algum político que não saiba que está representando a cidadania e para mim... não pude fazer o que queria para os cidadãos. Tu foste eleito para administrar ma o modelo ....temos que exigir no dia a dia. E tu tens que mudar senão nós vamos... (Pablo, representante dos moradores).[100]

Situação parecida mostra-se na região sanitária de Pontevedra onde o representante dos moradores destaca que precisa pressionar mas, no caso específico das comissões de participação cidadã, ainda que apresentem propostas a equipe diretiva, não lhe dão atenção.

> Não tomam em conta e nos dizem que não era legal e não houve mais propostas porque não houve mais reuniões. Quando entrou este governo a reunião foi para informar parte de suas idéias. Onde está a falha? Que temos que pelejar, pelejar, pelejar para conseguir que nos faça caso (Ramón, representante dos moradores).[101]

Estes representantes apontam questões centrais para estas comissões a título de pontos positivos e pontos negativos.

---

[99] *[...] esta un poco frenado porque estamos reclamando la reunion que corresponde a este cuadrimestre. Y tienen que convocar hasta el dia 31 y dicimos que tienen que convocar en un horario no laborable porque es muy facil por ejemplo el presidente de Lugo convoca la gente esta hora….nosotros trabajamos, tengo que tener la posibilidade de estar allí. Voy defender siempre los intereses de los trabajadores. Buscamos siempre para todos los ciudadanos. Entonces queremos que esta reunión sea las …reuniones de 19:30, 20 horas con una hora e media, dos horas. […] Lo único problema es que esta administración, que no quieren entrar en la dinámica que nosotros queremos pero se no la hacen esto vas siempre costar algo.* (Pablo, *representante vecinal*)

[100] *[...] siempre vamos tener dialogo antes de esto. Si no lo entiende vas a entender Algún político que no sepa que esta representando la ciudadanía y a mi….no pude hacer lo que quería para los ciudadanos. Tu has sido elegido para gestionar pero el modelo… tenemos que exigir en el día a día. Y tu tienes que cambiar sino nos vamos…..* (Pablo, *representante vecinal*).

[101] *[...] no a tenido en cuenta y nos ha dicho que no era legal y no hubo mas propuestas porque no hubo mas reuniones. Cuando entro el gobierno la reunión fue para informar parte de sus ideas, donde esta el fallo? Que tenemos que pelear, pelear, pelear para conseguir que nos haya caso.* (Ramón, *representante vecinal*).

> Positivo é tudo, porque o dialogo e tentar mudar algo que pode não funcionar bem, mas adequar. Negativo que não se entenda qual e a sua responsabilidade (enquanto governo).[102]

> Pelo menos estamos ali, nos interamos do que passa, podemos falar, podemos perguntar e podemos opinar. O negativo é que normalmente não fazem questão do que dizemos. É diferente! Tu tens que expor tuas idéias, tuas consultas, ou escolher o que creia que és. Outra coisa é fazer caso! (Maria, associação de moradores).[103]
> Não há como fazer uma valoração dela porque acaba de nascer. Tem dois anos, não tem funcionado como teria que funcionar e estamos tentando que funcione. [...] que é positiva, pois está criada. Esta é uma verdade. [...] eu prefiro uma comissão que em principio a utilizem como um fingimento do que não haja nenhuma. Pode-se ir mudando, melhorando. Se pode chegar para o que foi criada. Podemos conseguir o que queremos que seja .... (Ramón, representante dos moradores).[104]

> O negativo é que nos tomam por tontos. Eles crêem que os cidadãos são tontos.[...] transformamos em positivo porque vamos sempre com a arma carregada e como somos tontos não esperam que vamos por determinados cenderos e aí transformamos positivo. (Ramon, representante dos moradores).[105]

E o governo determina que

> Penso que se podem fazer coisas, mas agora não houve tempo para poder colocar em prática. Eu penso que isto é o conceito de uma comissão de participação cidadã e de verdade se esforçar para levar a cabo a participação dos próprios cidadãos nas organizações. Este é o sentido da comissão. Agora o resultado depende do esforço dos participantes. (Beatriz, Vice presidente, gerente de Atenção Primária).[106]

---

[102] *Posito es todo porque el dialogo y tentar cambiar algo que puede no funcionar bien pero adecuar. Negativo que no se entienda cual es su responsabilidad*.

[103] *[...] por lo menos estamos allí, nos enteramos lo que pasa, podemos hablar, podemos preguntar y podemos opinar. Los negativos es que normalmente no has hecho mucho caso do los decimos. Es diferente! Tú tienes que exponer sus ideas, sus consultas, o apartare lo que crea que es. Otra cosa es que hace casos!* (María, *asociación de vecinos*).

[104] *[...] no hay como hacer una valoración de ella porque acaba de nascer. Tiene dos anos, no ha funcionado como tenia que funcionar y estamos intentando que funcione. […]Que es positiva que se ha creado. Esto es una verdad.[…] yo prefiero una comisión que en principio la utilice como un paripé do que no hay ninguna. Se puede ir cambiando, mejorando. Se puede llegar para lo que fuera creada. Podemos lograr que lo que queramos que sea …(representante vecinal)*

[105] *Lo negativo es que nos toman por tontos. Ellos creen que los ciudadanos son tontos. […] transformamos en positivo porque vamos siempre con la arma cargada y como somos tontos no esperan que vamos por determinados senderos e ahí transformamos positivo. (representante vecinal).*

[106] *Penso que se pode facer cousas pero agora non houbo tempo para poder pór en práctica. eu penso que isto é o concepto dunha comisión de participación cidada y de verdade se esforçar para levar a cabo a participación dos propios cidadáns nas organizacións. Este é o sentido da comisión. Agora o resultado depende do esforço dos participantes.* (Beatriz, *Vicepresidente, xerente de Atención Primaria*). (idioma galego).

E reitera que pode ser feito muita coisa se o propósito da comissão for levada como deveria, isto é, que seja um espaço de diálogo com a sociedade de modo a informar e ser informada acerca das necessidades.

Apesar dos muitos limites impostos e de como dizem não fazerem conta desta comissão, a comissão existe e é um canal de interlocução que pode ser usado para o levantamento de dados e discussões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho de pesquisa trata da participação e do controle social, no espaço dos conselhos municipais de saúde. Sabemos dos limites e da complexidade do assunto e mais ainda que este não se esgota, mas instiga a procurar outras explicações, contextos. A partir do estudo realizado, teceremos algumas considerações sobre as principais conclusões, alinhavando aspectos que consideramos importantes para que se atinja a efetividade destes espaços. Assim, em um primeiro momento tecemos as conclusões envolvendo os conselhos de saúde no Brasil, e posteriormente, sobre o formato de participação nas comissões de participação cidadã, na Espanha.

O controle social, no SUS, é um processo em construção permanente que ora trabalha com avanços, ora trabalha na perspectiva de recuos, mas busca superar os imensos desafios cotidianos para avançar na consolidação do SUS.

Inequivocamente, podemos afirmar que os Conselhos e as conferências assumem papéis institucionais fundamentais, nestes últimos 20 (vinte) anos, mas concordamos com Santos e Avritzer (2008, p. 49) que destacam que a participação democrática pode ser cooptada porque, muitas vezes, podem ocorrer: burocratização da participação nestes espaços, pela reintrodução do clientelismo sob novas formas, pela instrumentalização partidária, pela exclusão de interesses subordinados através do silenciamento ou da manipulação das instituições participativas. E estes perigos só podem ser prevenidos através da aprendizagem e da auto-reflexibilidade constantes donde se possam extrair incentivos para novos aprofundamentos democráticos.

Propusemo-nos a compreender e analisar a questão da capacitação dos conselheiros como mecanismo para favorecer o entendimento sobre o significado/objetivo do Conselho Municipal de Saúde e a responsabilidade deste órgão institucionalizado de controle social. Consideramos tê-lo atingido na medida em que a pesquisa nos conduziu a tecer análises sobre a sua importância no processo de consolidação do controle social.

Retomamos nosso pressuposto de que, apesar dos conselhos municipais de saúde terem sido implantados há mais de 20 (vinte) anos, na elaboração, acompanhamento, monitoramento e fiscalização das decisões da esfera pública, a

participação através desta instância, ainda se mostra incipiente, tendo em vista algumas questões: uma delas diz, respeito do fato de que muitos brasileiros não conhecem a possibilidade de participação através desta instância de poder, porque em grande medida os conselhos não têm canais de informação com a população e em muitos momentos sequer com os segmentos que representam.

Isto leva, por conseguinte, ao fato de que os conselhos mostram dificuldades na captação e, consequentemente, vocalização das demandas da população e em muitos momentos, representam o interesse da coletividade a partir de seus próprios julgamentos. Esta idéia significa, que muitos conselheiros desconhecem a sua função nestes órgãos de deliberação e, portanto, um ponto que poderia auxiliar na efetividade destes espaços é a capacitação para esta importante função.

Para tratar este assunto discutimos pontos centrais como a participação, a estrutura e dinâmica dos conselhos, a representatividade dos conselheiros e, finalmente, a necessidade de capacitação. A seguir, apontamos os principais pontos destacados e algumas ações propositivas.

O primeiro ponto diz respeito à participação. A legislação brasileira oportuniza a prática participativa e deliberativa através da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas de Saúde 8080 e 8142 de 1990. Mas a participação, apesar de observamos, no decorrer do estudo, que ela foi construída ao longo da história e, que, o povo brasileiro lutou e luta muito pela sua efetivação, esta é, ainda, uma questão muito mais ampla e complexa.

O modelo atual de prática participativa e de controle social, através dos conselhos, foram aspirações dos sanitaristas e dos movimentos sociais. Este formato cresceu, consolidou-se e é um dos mecanismos, hoje, de maior visibilidade. Apesar do indiscutível progresso apresenta limites e necessários avanços para consolidar-se como prática coletiva. Neste quesito, ações propositivas são necessárias para envolver a construção da cidadania desde a formação do cidadão na vida escolar, na vida familiar, até seu engajamento enquanto cidadão que se vê e se sente como sujeito, não só de direitos, mas também, sujeito de deveres e responsabilidades.

Entendemos que apenas o formato dos conselhos por si só, não é suficiente para a consolidação da participação. É necessária a firmação de outros mecanismos.

Sabemos dos limites da democracia e do próprio capitalismo, mas também entendemos que é possível avançarmos na direção de um projeto político de sociedade, centrado no fortalecimento da democracia e que em uma sociedade democrática todos os órgãos do governo (local, estadual e federal), mandatos e instituições devem ser alvo de controle social.

Na questão política, é necessário ter a visão de que política não significa monopólio de políticos eleitos, representantes de toda a sociedade. É preciso extrapolar a vida partidária e trazer a participação popular para o centro das decisões políticas e econômicas, inclusive favorecendo a realização de mecanismos de participação direta, previstos na Constituição Federal, como os plebiscitos, referendos e a iniciativa popular.

Para tanto, entendemos que é possível convocar a população para consultas sobre os principais temas nacionais, utilizando como forma de informações, os meios de comunicação como a televisão, o rádio, os jornais e a internet.

Outro ponto que merece defesa é a construção de uma política pública de educação para a cidadania. É preciso que o Estado assuma o seu papel nesta direção criando condições para que a sociedade civil possa influir, efetivamente, sobre as políticas públicas, criando programas de formação e campanhas educativas, viabilizando à população, informações para o exercício da participação. Também seria interessante o exercício da participação democrática com envolvimento de alunos, familiares, comunidade e gestores em temas de interesse coletivo como, por exemplo, a criação de câmaras escolares mirins e juvenis para debates de temas de interesse coletivo.

Quando participar significar construção, sugestão, diálogo e discussão é que nos apropriaremos dos conceitos e valorizaremos o bem construído. Portanto, a educação de construção, com a metodologia do aprender e vivenciar poderemos deixar a apatia das ações individuais.

Apontamos ainda o estímulo às organizações comunitárias, à participação plural, à mobilização social em torno de temas de interesse da coletividade e a ampliação dos canais de participação com a comunidade, em particular, nas câmaras de vereadores.

Estas ações poderiam incrementar o hábito da discussão, do debate sobre problemas e estimularia a participação e a descoberta da responsabilidade de

cada um pelos destinos da vida em sociedade, servindo de ruptura ao comodismo, ao descompromisso, à delegação de responsabilidade apenas àqueles que elegemos para nos representar. Ou seja, trata-se, diríamos, de reencantar a todos pela causa pública.

O segundo ponto que trazemos é a questão da estrutura e dinâmica dos conselhos, que é uma das formas que temos hoje de participação da população nos mandos públicos. Este ponto está relacionado à necessidade de analisar se os conselhos da região estudada (municípios da DRS VIII) estão adequados aos indicativos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 333/2003.

Ao avaliarmos este item, observamos que os mesmos (os conselhos) ainda não alcançaram e nem estão adequados à citada Resolução, que é uma norteadora para que os conselhos funcionem não somente de acordo com a Lei, mas que criem mecanismos que poderão auxiliá-los na criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde e, portanto, na efetivação do controle social.

Como sabemos, os conselhos têm seu desenho formal estruturado em forma de representação de organizações e entidades da sociedade civil. Na região pesquisada, avaliamos que os conselhos municipais de saúde não estão adequados ao ideal preconizado. E os dados comprovam que a nível nacional também precisam equiparar-se.

Neste quesito, apontamos dois aspectos que nos parece de extrema importância: o processo de eleição dos conselheiros e a prática de organização de comissões de trabalho que levam a deliberações efetivas.

É necessária a garantia de processos de seleção mais inclusivos, com presença de eleição e abertura do conselho para o maior número de diferentes entidades, ou seja, se o processo de eleição não acontece durante as conferências municipais de saúde, que seria o ideal, o processo de eleição deve ser bastante divulgado pelos órgãos da mídia escrita e falada o que oportuniza para a população o conhecimento deste espaço de participação e ainda, que esta possa participar não somente da eleição, mas também dos processos decisivos.

Outro aspecto diz respeito a estimular que os conselhos criem uma organização interna de comissões, comitês ou grupos de trabalho o que possibilita maiores debates, tomada de consciência e maior aprofundamento de determinados assuntos e temas tratados para posterior deliberação. Na região analisada, apenas

um dos conselhos estudados mantém comissões ativas, apesar de todos, constarem na Lei de criação, este mecanismo.

Como vimos, a ação de deliberação, deve ser o resultado das negociações entre os diversos segmentos com o objetivo de discussão e a possibilidade de contemplar seus interesses nas políticas públicas. A literatura nos aponta e a pesquisa por nós concluída referenda, que os conselhos trabalham muito no aspecto de fiscalização das políticas públicas e em menor medida nos aspectos de elaboração ou na proposição de ações que interessem à coletividade. Desta forma, a eleição, contemplando o maior número de pessoas de diversos segmentos e a formação de comissões são interessantes mecanismos determinados pela Resolução n. 333/2003, os quais possibilita o debate, a apropriação do conhecimento qualificado e, portanto, ações deliberativas conscientes.

O terceiro ponto que trazemos é a representatividade dos conselheiros. Este está relacionado à necessidade de analisar os mecanismos utilizados pelos Conselhos Municipais das cidades que compreendem a Direção Regional de Saúde VIII (DRS VIII) para favorecer a captação das demandas da população e na mesma medida como acontece a devolutiva das ações para a comunidade.

Reconhecemos que esta representatividade é ainda muito frágil. O desenho formal destes espaços de participação determina maior pluralização da representação da sociedade. Entretanto, observamos que este mecanismo participativo ainda mantém-se atrelado à lógica tradicional, ou seja, à representação eleitoral. Avaliamos que não existe um formato concreto de conduta de captação das demandas da população e as ações desenvolvidas e deliberadas nestes espaços, não são, habitualmente, informadas à população ou aos diversos segmentos representados, ou seja, os cidadãos continuam de alguma maneira, sendo excluídos dos desígnios da administração pública se considerarmos, que a grande maioria sequer conhece este espaço de participação e os conselheiros continuam exercendo sua função, individualmente.

O círculo de ações que envolvem captação de demandas e devolução de ações, discussões e deliberações é precioso, pois possibilita o contato direto com os representados, com a população, de modo a fazer com que cada vez mais este espaço de interlocução seja conhecido como mecanismo de prestação de contas, entre conselheiros e seus constituintes, e, mais um espaço de poder. É, portanto,

instrumento que qualifica a representatividade dos conselheiros no seu papel de interlocutor entre sociedade e Estado.

Os conselheiros entrevistados entendem que mantêm um bom relacionamento com as administrações municipais e compreendemos que isto qualifica os conselhos como um órgão que é e deve ser respeitado por qualquer administração. Em contrapartida, apesar de alegarem que também possuem bom relacionamento com seus representados, o fato de não terem uma organização em captar e ao mesmo tempo ter ações de informação e prestação de contas aos seus representados leva-nos a avaliar que, a nível de representatividade, precisam melhorar sua atuação. Parece-nos que quanto melhor estiverem na sua função de representação, melhor estarão intermediando o diálogo com as administrações municipais, seja ele, no momento da proposição ou da fiscalização.

Para que os conselhos cumpram o papel de interlocutor é preciso o aprofundando da relação entre representados e conselheiros e, na mesma medida, entre conselheiros e Estado.

Uma das questões que, estimularia esta representatividade e, conseqüentemente, este aprofundamento das relações, seria a capacitação, já que esta poderia proporcionar a discussão sobre os direitos e deveres dos conselheiros, o conhecimento qualificado sobre os princípios e a estrutura do SUS e da realidade local, e sobre a função do conselho que deve ser propositiva, de monitoramento, fiscalização e deliberação.

A capacitação, no formato atual de conselhos, é fundamental, pois induz, a curto prazo, o conhecimento qualificado sobre a estrutura e diretrizes do SUS o que é, extremamente, importante para a tomada de decisões. Esta qualificação, permite que os conselhos, através de seus conselheiros, assumam de fato as suas funções propositivas, de monitoramento e não somente de fiscalização e deliberação. Todas estas funções são, extremamente, importantes e se complementam, no processo de controle social.

A qualidade da representação dos usuários, como vemos, perpassa a capacitação, ou seja, o conselheiro tem que conhecer os princípios do SUS, a realidade local, regional, nacional e acima de tudo, ter vontade de dar voz ao coletivo e reivindicar pelo coletivo. E, como vimos no decorrer de nossa investigação, a divulgação e o contato direto com os representados é um importante instrumento que qualifica a representatividade destes conselheiros.

A princípio pretendíamos relacionar as programações de cursos de capacitação realizadas junto aos conselheiros bem como o seu aproveitamento para avaliar a sua eficácia. Entretanto, verificamos que houve algumas atividades de capacitação há alguns anos, na região estudada (DRS VIII), mas que não houve continuidade. Deste modo, averiguamos como os conselheiros entendem a necessidade de capacitação.

De maneira geral, todos a avaliam como fundamental o que agrega conhecimentos para a tomada de decisões, o que reforça nossa avaliação de que a capacitação deveria ser prerrogativa para início de cada gestão.

Como vimos, houve um projeto de capacitação de conselheiros há alguns anos, mas que não teve sequência, o que inviabiliza um projeto de tomada de consciência contínua. O formato atual dos conselhos de políticas públicas e em especial, os da saúde, incidem na necessidade de troca de conselheiros para que cada vez mais pessoas participem, tomem consciência das ações em saúde e, consequentemente, mais pessoas possam exercer, efetivamente a função de conselheiro, não só de saúde, mas também de outras áreas das políticas públicas. Nesta lógica, cada vez mais pessoas exercitariam a sua função cidadã de participar - de outros fóruns de atuação, de processos de orçamentos participativos, de reivindicação de direitos.

Parece utópico pensar desta forma, mas cada vez mais pessoas estariam discutindo e debatendo sobre a saúde, os direitos, as ações em saúde, os deveres cidadãos.

O Pacto pela Saúde, em vigor, determina algumas ações para o fortalecimento do processo de participação e, dentre elas, coloca a questão de apoiar o processo de formação dos conselheiros.

É necessário que seja disponibilizado recursos obrigatórios para esta finalidade. Sabemos que existem vídeos, cartilhas, cursos prontos do Ministério da Saúde, mas é necessário avançar neste formato, utilizando-se de estratégias a partir da realidade dos municípios, utilizando-se também mecanismos de interligar conselhos de outros municípios com histórias interessantes e de sucesso.

É preciso instrumentalizar os representantes dos conselhos quanto ao seu papel para que possam atuar melhor e, efetivamente, no controle social, norteando suas decisões, ou seja, os conselhos devem estar representando e lutando, politicamente, pelas dificuldades da comunidade, pela melhoria na

qualidade de vida e pelo crescimento da comunidade. É preciso discutir, formular e acompanhar as políticas públicas em favor da população.

Apontamos também a necessidade de articulação dos vários conselhos de políticas públicas, em um contexto de superação da visão setorizada e, muitas vezes, corporativa de muitos deles. Em muitos casos são identificados problemas comuns os quais possibilitam soluções plausíveis. Soluções como a otimização de espaços únicos para que todos os conselhos (das diversas áreas do município) funcionem. Disponibilizando salas para cada conselho e um ambiente onde possam ser realizadas reuniões individuais de cada um deles, além de poderem compartilhar recursos materiais como acesso a computadores, internet, telefone, telões, televisão e outros.

Experiências como estas não são novas e já foram praticadas em muitas localidades neste país, inclusive por uma das cidades que compõe esta investigação e marca a possibilidade destes conselhos trabalharem em um único lugar com a mesma população alvo, com enfoques distintos, mas facilitando a articulação de olhares diferentes sobre a mesma realidade e a busca em torno de posicionamentos para superarem os desafios para o desenvolvimento de cada município.

O encontro sistemático dos diversos presidentes dos conselhos de cada localidade também pode ser estimulado como outro mecanismo para que possam estreitar os laços e facilitar a ampliação das informações sobre as necessidades, demandas e ações de cada conselho.

Na Espanha, o sistema de saúde é bastante organizado e acreditado pela população. A experiência de pesquisar sobre participação e controle social na saúde, neste país, foi extremamente rica e contribuiu muito para o aprofundamento das reflexões sobre a participação no Brasil.

Através da análise da investigação realizada nas comissões de participação cidadã da região da Galícia na Espanha temos alguns pontos a destacar.

O primeiro é a participação cidadã que, neste país, diríamos, é diferente do Brasil. Não é possível dizer que é mais avançada, tendo em vista que são realidades diferentes, com contextos históricos diferentes, mas o que podemos apontar é que as pessoas são, culturalmente, participativas. As associações de moradores (*asociaciones vecinais*) são fortes e estruturadas e delas participam grande parte da população.

É interessante que quando questionados sobre a participação neste país alegam que é preciso melhorar neste quesito, mas observamos, a partir de nossa análise, que os movimentos sociais e sindicatos são bastante estruturados e fortalecidos lá.

Na saúde, foco de nossa análise, o formato de participação cidadã é diferente da realidade brasileira, pois naquela cultura, as comissões de participação cidadã são utilizadas apenas para consulta. A partir de nossa análise, observamos que este espaço de participação está desperdiçado e que poderia melhorar na sua estrutura e funcionamento.

Avaliamos que a estrutura e dinâmica de participação cidadã na saúde, apesar de atenderem à legislação espanhola e da comunidade autônoma da Galícia, em vigor, precisa se firmar e avançar, pois encontra muitos desafios pela frente e, em especial, a necessidade de mostrar a sua importância no controle social, até mesmo para os representantes que a compõem.

As demandas da população são captadas pelas associações de moradores, sindicatos e partidos políticos e estes organismos não vêem no espaço dos conselhos um órgão de interlocução porque estes órgãos apresentam força reivindicativa, ou seja, quando querem reivindicar algo pelo coletivo não utilizam o espaço das comissões de participação cidadã, mas outras instâncias como os próprios órgãos executivos e legislativos e assim, acreditam que o espaço das comissões, como um espaço consultivo, não teria esta possibilidade de captação de demandas.

Apesar de não ser possível uma avaliação sobre o nível de representatividade dos conselheiros nas comissões, por ser um espaço consultivo, em formação, e não ter muitos encontros anuais, foi possível avaliar o nível de representatividade dos movimentos sociais através das associações de moradores, que a nosso ver, é forte e articulado.

Chama-nos a atenção o nível de engajamento da comunidade nos movimentos sociais fazendo com que a população, realmente, seja ouvida. E neste aspecto, avaliamos que a representatividade dos diversos atores envolvidos, a partir da análise da captação das demandas, apresenta-se mais sistematizada, em especial, a que é realizada pelos representantes dos moradores e dos sindicatos.

O mesmo podemos afirmar, quando se trata de informar os representados sobre as ações desenvolvidas, e neste quesito, reiteramos, as ações realizadas não

se trata, apenas, das comissões de participação cidadã na saúde, visto que este espaço não tem um avanço significativo.

O nível de engajamento dos cidadãos espanhóis, nos processos participativos é avançado, mas por ser um país muito descentralizado não comporta ações semelhantes em todo o território. Assim, entendemos que os mecanismos participativos que temos, no Brasil, com a experiência dos conselhos de políticas públicas é algo muito grande, complexo, mas ao mesmo tempo atende a todo o território nacional brasileiro e que apesar das diferenças locais, regionais apresentam ricas experiências. Enquanto em alguns locais ou municípios a participação e o controle social se mostram precário em outros podem mostrar-se mais mobilizado e efetivo.

A cultura participativa espanhola apresenta-se mais estruturada e organizada, envolvendo um significativo número de pessoas.

No Brasil, sem sombra de dúvidas, temos um avanço significativo dos processos participativos, mas falta articulação, entrosamento e compromisso da população.

Concluímos que se a Espanha tivesse o formato e a organização com uma proposta de elaboração, fiscalização e deliberação das políticas públicas, sem dúvida nenhuma o controle social, seria muito efetivo, tendo em vista o nível de engajamento, a cultura participativa e a consciência crítica dos cidadãos.

No Brasil avaliamos que se tivéssemos a consciência crítica e a organização dos movimentos sociais como na Espanha, aliados a nossa legislação e forma de participação legalizada, temos certeza, os conselhos seriam mais efetivos.

No Brasil temos esta possibilidade garantida por Lei. Cabe-nos tornar mais atuantes e os conselhos mostrarem-se mais à comunidade de modo a poderem captar as demandas da população, utilizando-se também da mídia para isso. Neste mesmo aspecto, os centros comunitários e entidades representantes dos usuários também têm que ter maior capacidade de mobilização. Neste aspecto a experiência espanhola pode nos ajudar visto que as associações de moradores espanholas possuem canais efetivos de captação das demandas da população.

Outra questão é o dialogo constante com a administração municipal e reiteramos, que nem sempre é interessante para o Estado, ter um conselho propositivo, atuante, mas, acreditamos que para a verdadeira democracia, pessoas,

criticamente, conscientes, poderão trabalhar em conjunto com o Estado para a efetivação do controle social e fortalecimento da democracia.

Finalmente, pode-se perceber que a construção do conhecimento exige partilha. O conteúdo desta será disponibilizado como mais uma tese concluída pela Universidade Estadual Paulista e gerará artigos científicos, mas é necessário que a divulgação destes dados seja disponibilizada aos muitos cidadãos que não lêem teses ou artigos científicos. Os resultados desta serão partilhados através de encontros no espaço dos conselhos municipais de saúde os quais participaram desta investigação oportunizando o conhecimento bem como o debate dos dados levantados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Debora Cristina Rezende; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. O potencial dos conselhos de políticas na alteração da relação entre Estado e sociedade no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 14., Rio de Janeiro, 2009. **Anais....** Rio de Janeiro: SBS, 2009. Disponível em: <http://starline.dnsalias.com:8080/sbs/arquivos/14_6_2009_22_17_45.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2010.

ANASTASIA, Fátima. Federação e relações intergovernamentais. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio. (Org.). **Sistema político brasileiro:** uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 2004.

_____.; INÁCIO, Magna. **Democracia, poder legislativo, interesses e capacidades.** Belo Horizonte, 2006 (no prelo).

_____.; NUNES, Felipe. A reforma da representação. In: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fátima. (Org.). **Reforma política no Brasil.** Brasília, DF: PNUD; Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.

_____. **Instituições políticas brasileiras.** Bloco 1-5. Arranjo Institucional do Brasil. Programa de Formação de Conselheiros Nacionais. 2009. Disponível em: <http://www.ufmg.br/conselheirosnacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html>. Acesso em: 19 ago. 2009

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da crise e as metamorfoses do mundo do trabalho. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, ano 17, n. 50, p. 76-78, 1996.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 2003.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 324-335, set./dez. 2003.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: _____. et al. (Org.). **Participação, democracia e república:** curso de atualização. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

_____. **Instituições Políticas, participação e processos de globalização.** Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, 2009. Disponível em: <http://www.ufmg.br/conselheirosnacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html>. Acesso em: 7 nov. 2009.

BARBOSA, Carmen Ferreira. **O processo de participação e de controle social dos usuários do SUS no Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande – MS.** 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2000.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia:** um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BAVA, Silvio Caccia. O financiamento das políticas sociais. In: RAICHELIS, Raquel; RICO, Elizabeth de Melo. (Org.). **Gestão social:** uma questão em debate. São Paulo: EDUC : IEE, 1999.

BLANCO, Ismael. Pressupuestos participativos em Rubi: innovación, limites y retps de una experiência pioneira. In: GANUZA FERNÁNDEZ, Ernesto; ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR, Carlos. (Coord.). **Democracia y presupuestos deliberativos**. Barcelona: Icaria, 2003. p.155-174.

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

BORGES, Roberto Mauro. Foi quando abrimos as portas para a gestão participativa. Entrevista. **Revista do Cosems/SP:** 20 anos SUS e COSEMS-SP. Da Constituinte ao Pacto pela Saúde. São Paulo, p. 32, 2008

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. (Cultura brasileira e culturas brasileiras).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: nov. 2009.

_____. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex:** Legislação Federal e Marginalia, São Paulo, v. 54, p. 1060-1073, jul./set. 1990a.

_____. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outra providência. **Lex:** Legislação Federal e Marginalia, São Paulo, v. 54, p. 1463-1465, out. /dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545, 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

_____. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000a. Seção I. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 23 ago. 2009.

_____. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2000b. Seção I. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 1 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992.** Revogada pela Resolução n. 319, de 7 de novembro de 2002b. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/Legislação/resoll33.htm>. Acesso em: 31 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais:** pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Serie A. Normas e manuais técnicos) (Série pactos pela saúde, v.1).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 675 (**de 30 de março de 2006). Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_675.doc>. Acesso em:

_____. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção I. p. 43.

_____. Portaria 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2008. n. 36. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2009

BRAVO, Maria Inês de Souza. As políticas brasileiras de seguridade social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: intervenção e pesquisa em serviço social. Mod. 5. Brasília, DF: CEAD : CFESS : ABEPSS, 2000.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e serviço social. Mod. 1. Brasília, DF: CEAD : CFESS : ABEPSS, 1999.

CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: política social. Mod. 3. Brasília, DF: CEAD : CFESS : ABEPSS, 2000.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil. 1995. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Antes dos SUS. Entrevista. Revista do Cosems/SP. 20 anos SUS e COSEMS-SP. Da Constituinte ao Pacto pela Saúde, 2 São Paulo, São Paulo, p. 27, 2008.

_____. **Saúde:** Fundo Municipal de Saúde. São Paulo: Instituto Pólis, 2003. v. 1.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Introdução à temática da gestão social. In: ÁVILA, Célia M. de. (Org.). **Gestão de projetos sociais.** 3. ed.rev. São Paulo: AAPCS, 2001. (Gestores sociais).

CAVALHEIRO, José R. Os desafios para a saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 1-10, jan./abr. 1999.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2007.

CERNADAS RAMOS, Andrés. El uso de la metodología cualitativa como técnica de investigación social y como herramienta útil para evaluar la acción de los gobernantes y la satisfacción de los ciudadanos. **Administración & Ciudadanía,** Santiago de Compostela, v. 4, n. 1, 2010. (en prensa).

_____.; FENTANES FORTES, Rocío. Gestión pública local, cultura política y participación ciudadana en Galicia. **Revista de Estudios Locales**, Cunal, n. 97, p. 64-83, 2007. Disponível em: <http://www.fes-web.org/sociopolitica/documentos/2jornadas/Cernadas.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010

CHAUÍ, Marilena. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. In: TEIXEIRA, Ana Claudia Chaves (Org.). **Os sentidos da democracia e da participação.** São Paulo: Instituto Polis, 2005.

_____. O que é política. In: NOVAES, Adauto. (Org.). **O esquecimento da política.** Rio de Janeiro: Agir, 2007.

CLÍMACO, Arlene Carvalho de Assis. Sindicalismo e transição: de movimento sociopolítico a organização institucionalizada. **Inter-Ação:** Revista da Faculdade de Educação da UFG, Goiânia, v. 27, n. 2, p. 1-54, jul./dez. 2002.

COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, Marcos. (Org.). Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004. Disponível em: <http://books.google.com/books>. Acesso em: 27 nov. 2009.

COHEN, Joshua. Democracia y libertad. In: ELSTER, Jon. (Org.). **La democracia deliberativa.** Traducción de José María Lebrón. Barcelona: Gedisa, 2001.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Saúde no Brasil:** políticas e organizações de serviços. São Paulo: Cortez : Cedec, 1996.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.cns.org.br/#inicio>. Acesso em: 27 ago.2009

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. **Relatório final**: municipalização é o caminho. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2009.

_____. **Cadastro de Conselhos de Saúde.** Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/cns/>. Acesso em: 11 nov. 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis,** Brasília, DF, v. 13, p. 11-38, 2007.

_____. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. **Revista do Centro Brasileiro Estudos de Saúde,** Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 64, p. 138-147, 2003.

_____. As perspectivas do controle social no Serviço Social. In: ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2., 2000, Porto Alegre. **Seguridade Social Pública:** é possível!/Gestão e Controle Social, 2000. p. 9-479.

COSEMS/SP. **20 anos SUS e COSEMS-SP:** da constituinte 88 ao Pacto pela Saúde. Sáo Paulo: Pyxis Editorial e Comunicaçao. 2008.

COSTA, Ana Maria; NORONHA, José Carvalho. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e modernidade. **Perspectivas,** São Paulo, n. 22, p. 41-59, 1999.

CREVELIM, Maria Angélica. Participação da comunidade na equipe de saúde da família:é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. O direito à saúde na visão de um Conselho Municipal de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out./dez. 1996.

DEGENNSZAJH, Raquel Raichelis. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: reprodução social, trabalho e serviço social. Mod. 2. Brasília, DF: CEAD : CFESS : ABEPSS, 2000.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista:** noções de política social participativa. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

DORNELLES, Soraia; LOCKS, Maria Teresa. Controle social: de quem? Para o que? **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.

ELSTER, Jon. (Org). **La democracia deliberativa.** Traducción de José María Lebrón. Barcelona: Gedisa, 2001.

_____. La deliberación y los procesos de creación constitucional. In: _____. (Org). **La democracia deliberativa.** Traducción de José María Lebrón. Barcelona: Gedisa, 2001.

_____. Jon Elster e a democracia. Entrevistadora: Claudia Antunes. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 17 jun. 2007. Disponível em: <http://adrianocodato.blogspot.com/2010/01/jon-elster-e-democracia.html>. Acesso em: 11 nov. 2009.

ESPAÑA. **Constituición Española.** Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978. Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. Madrid, 1978. Disponivel em: <http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html>. Acesso em: 21 nov. 2009. (con traducción).

_____. **Comunidades autónomas.** [2009]. Disponível em: <http://www.spain.info/ven/comunidades-autonomas/?l=pt>. Acesso em: 11 de nov. 2009.

ESPAÑA. **Instituto Nacional de Estadística.** Disponível em <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>. Acesso em: 8 jan. 2010**.**

_____. **Ley n. 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.** Disponivel em: <http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.tp.html>. Acesso em: 30 out. 2009.

_____. **Ley n. 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galícia.** Disponivel em: <http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.tp.html>. Acesso em: 30 out. 2009.

_____. **Ley n. 7/2003, do 9 de deciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.** Subdirección General de Régimen Administrativo; Galicia. Consejería de Sanidad (Xunta de Galicia). Galicia, 2004. Disponível em: <http://www.csi-csif.es/galicia/modules/mod_sanidad/archivossanidade/Losga%202004.pdf>. Acesso em: 30 out. 2009.

FARIA, Claudia Feres. Os determinantes da efetividade democrática da participação social. In: AVRITZER, Leonardo et al (Org.). **Democracia, república e participação:** curso de atualização. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

_____. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos conselhos municipais da saúde e de direitos da criança e do adolescente no nordeste. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **Participação social no nordeste.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

_____. Políticas **Públicas e participação.** Bloco 1-3. Participação Cívica e Teoria democrática. Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, 2009. Disponível em: <http://www.ufmg.br/conselheirosnacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html>. Acesso em: 12 set. 2009

FONT, Joan; MEDINA, Lúcia. Consejos ciudadanos en Espana: um despilfarro europeo? In: _____. (Coord.) **Ciudadanos y decisiones públicas.** Barcelona: Ariel, 2001.

FURTADO, Lumena Almeida Castro. Mobilização civil garantiu SUS na Constituição. Entrevista. **Revista do Cosems/SP:** 20 anos SUS e COSEMS-SP. Da Constituinte ao Pacto pela Saúde, São Paulo, São Paulo, p. 7, 2008.

GALVANESE, Fernando Aurélio Calligares. Passando da relação convencional ao pacto entre entes federados. Entrevista. Revista do Cosems/SP. 20 anos SUS e COSEMS-SP. Da Constituinte ao Pacto pela Saúde, 2 São Paulo, São Paulo, p. 27, 2008.

GANUZA FERNÁNDEZ, Ernesto; ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR, Carlos. (Coord.). **Democracia y presupuestos participativos.** Barcelona: Icaria, 2003.

GERSCHMAN, Sílvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov./dez. 2004.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOMÀ, Ricardo; FONT, Joan. La democracia local: un mapa de experiências participativas. In: FONT, Joan. (Coord.). **Ciudadanos y decisiones públicas.** Barcelona: Ariel, 2001.

_____.; REBOLLO, José Oscar 2001. Innovación democrática: nuevas formas de participación ciudadana en la esfera local In: FONT, Joan. (Coord.). **Ciudadanos y decisiones públicas.** Barcelona: Ariel, 2001.

GUIMARÃES, Juarez. As culturas brasileiras da participação democrática. In: AVRITZER, Leonardo. (Org.) **A Participação em São Paulo.** São Paulo: Ed. UNESP, 2005.

_____. **Participação, democracia e República***.* Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, 2009. Disponível em: <http://www.ufmg.br/conselheirosnacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html>. Acesso em: 9 out. 2009

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2007.

_____.; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2007.

INTEREMPRESAS: la plataforma multimedia de la industria**.** Disponível em: <http://www.interempresas.net/Oficinas/MercadoInmobiliario/Mapas/Mapa_Galicia.gif>. Acesso em: nov. 2009.

LABRA, Maria Eliana. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?** contribuições para um debate urgente. Rio de Janeiro, dez. 2007. Disponível em: <http:cebes.iphoel.info/anexos/particular>. Acesso em: 11 abr. 2008.

LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde Pública e participação cidadã:** uma análise do controle social no SUS de Franca-SP. 2004. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2004.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova:** Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 70, p. 139-170, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a07n70.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

LUIZ, Lindomar Teixeira. **A cidadania no espaço público e privado**. 2006. 176 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2006.

MAIZ, Ramón. **Más allá de la democracia representativa?"** Madrid: Asociación Española de Sociología Política, 2004

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2009.

MELO, Carlos Ranulfo. Nem tanto ao mar, nem tanto a terra: elementos para uma análise do sistema partidário brasileiro. In: MELO, Carlos Ranulfo; ALCÂNTARA, Manuel. **A democracia brasileira:** balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

_____. **Partidos políticos.** Bloco 1-3. Participação e Democracia. Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, 2009. Disponível em: <http://www.ufmg.br/conselheirosnacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html>. Acesso em: 12 out. 2009

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTERIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO E GESTÁO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 11 dez. 2007

MISOCZKI, Maria Ceci. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debates,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 336-347, set./dez. 2003.

NATALINI, Gilberto Tanos. Se a EC-29 não fosse aprovada o SUS corria risco de vida. Entrevista. **Revista do Cosems/SP:** 20 anos SUS e COSEMS-SP. Da Constituinte ao Pacto pela Saúde, São Paulo, p. 45, 2008.

NAVARRO YÁÑEZ, Clemente Jesús. Limites y contingência de la democracia asociativa. Gobierno municipal y asociaciones cívicas en Italia y España (1960-1995). In: FONT, Joan. (Coord.). **Ciudadanos y decisiones públicas.** Barcelona: Ariel, 2001a.

_____. Democracia asociativa a nivel municipal: sistema y pauta de interación. In: FONT, Joan (Coord.). **Ciudadanos y decisiones públicas.** Barcelona: Ariel, 2001b. 95-98

NOBRE, Marcos. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, Marcos. (Org.). Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004. Disponível em: <http://books.google.com/books>. Acesso em: 25 ago. 2009

OLIOSA, Durvalina Maria Sesari. **Municipalização da saúde em Vitória-ES***:* uma experiência participativa. 1999. 139 p. Dissertação (Mestrado em Ciência) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

OLIVEIRA, Erico Avelino. **Participação democrática.** 2005. Monografia (Especialização em Direito Público) – Instituo de Educação Continuada, Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte. 2005. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/bancoconhecimento/tematico/PartDemo.pdf>. Acesso em: 11 out. 2005.

OLIVEIRA, Francisco. **O capital contra a democracia:** os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Polis, 2004.

OLIVEIRA, Jaime A.de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Previdência Social:** 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes : ABRASCO, 1986.

PAIVA, Beatriz Augusto de. La timidez de las políticas sociales en el gobierno Lula: "cuando el fondo del pozo se vuelve nuestra morada". In: OBSERVATÓRIO LATINO-AMERICANO. (Org.). **La transicion inconclusa:** un análisis critico del gobierno de Lula. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006. v. 1.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PIMENTA, Aparecida Linhares. Sem a CPMF, a luta é, novamente, para não perder orçamento. Entrevista. **Revista do Cosems/SP:** 20 anos SUS e COSEMS-SP. Da Constituinte ao Pacto pela Saúde. São Paulo, p. 70, 2008

PNUD. **A democracia na América Latina:** rumo a uma democracia de cidadãs e cidadãos. Tradução de Mônica Hirta. Santana do Parnaíba, SP: LM&X, 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/publicacoes/democracia/index.php>. Acesso em: 27 out. 2009.

PONTUAL, Pedro. **Desafios à construção da democracia participativa no Brasil:** a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas. 1 ago. 2008. Disponível em: <http://www.polis.org.br/artigo_interno.asp?codigo=190>. Acesso em: 1 nov. 2008.

_____. Presupuesto Participativo y participación ciudadana en Santo André. In: GANUZA FERNÁNDEZ, Ernesto; ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR, Carlos. (Coord.). **Democracia y presupuestos deliberativos.** Barcelona: Içaria, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Saúde e qualidade de vida: Franca no caminho do SUS. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1., 1998, Franca. **Relatório Final.** Franca, 1998.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema Municipal de Saúde de Franca.** Franca, 2004. (mimeo).

RAICHELIS, Raquel. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: política social. Mod. 3. Brasília, DF: CEAD : CFESS : ABEPSS, 2000.

_____. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Cartilha Controle Social, uma questão de cidadania:** saúde é assunto pra mulheres. Disponível em: <www.redesaude.org.br/html/ct-cs02-cap6.html>. Acesso em: 2 fev. 2005.

RIBEIRO, J. Mendes. Estruturas tecno-burocráticas e instancias colegiadas no SUS – uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Org.). **Política de saúde e inovação institucional.** Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional : ENSP : Fiocruz, 1996.

RIZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, Juan Stuard Yazlle; LIPORONI, Andréia A. R. C. Perfil profissional e capacitação dos conselheiros municipais em municípios participantes do PROESF-SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8.; CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE COLETIVA, 11., 2006, Rio de Janeiro. **Anais....** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

SACARDO, Gislaine A.; CASTRO, Iracema Éster do N. **Conselhos de Saúde.** São Paulo: Instituto Polis : PUC-SP, 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 8)

SADER, Emir. **Quando novos personagens entram em cena:** experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SÁNCHEZ, Felix. Presupuesto participativo em São Paulo: nuevos desafios para la gestión democrática. In: GANUZA FERNÁNDEZ, Ernesto; ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR, Carlos. (Coord.). **Democracia y presupuestos deliberativos.** Barcelona: Içaria, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone. In: AVRITZER, Leonardo et al (Org.). **Democracia, república e participação:** curso de atualização. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS – quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num pais federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 189-204, maio/dez. 2006.

SANTOS, Miriam de Oliveira. Democracia e participação popular. **Espaço Acadêmico,** ano 2, n. 11, mar. 2003. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/022/22cmsantos.htm>. Acesso em: 17 nov. 2004.

SÃO PAULO. **Secretaria da Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/folder/ses_geral.mmp?home=402881b40e9f7c76010ea499333c0037>. Acesso em: 27 nov. 2009.

SILVA, Marcelo Kunrath; ANJOS, Flavio Sacco. El presupuesto participativo en Brasil: um abordaje crítico sobre la experiencia de Porto Alegre, RS. In: GANUZA FERNÁNDEZ, Ernesto; ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR, Carlos. (Coord.). **Democracia y presupuestos participativos.** Barcelona: Içaria, 2003.

SILVA, Silvio Fernandes. **A saúde na Espanha e comparação com o Brasil.** Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/Saude_Espanha_comparacaoo_Brasil_jul_07.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.

SINGER, Paul. **Desenvolvimento econômico e evolução urbana:** análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife. São Paulo: Ed. Nacional, 1977. (Biblioteca universitária. Ciências sociais, v. 22).

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.

SPOZATI, Aldaíza. Globalização da economia e processos de exclusão social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e serviço social. Mod. 1. Brasília, DF: CEAD : CFESS : ABEPSS, 1999.

STARLING, Heloisa Maria Murgel. Republicanismo: alguns apontamentos. In: AVRITZER, Leonardo et al (Org.). **Democracia, república e participação:** curso de atualização. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v.30, n. 73/74, p. 149-160, maio/dez. 2006.

STEWART, Joan. Deliberación Ciudadana. In: FONT, Joan (Coord.). **Ciudadanos y decisiones públicas.** Barcelona: Ariel, 2001.

SUBIRATS, Joan. Nuevos mecanismos participativos y democracia: promesas y amenazas. In: FONT, Joan. (Coord.). **Ciudadanos y decisiones públicas.** Editora Ariel. Barcelona: Ariel, 2001.

TATAGIBA, Luciana; TEIXIERA, Ana Claudia Chaves. **O papel do CMDCA na política de criança e adolescente em São Paulo.** São Paulo: Polis : PUC-SP, 2007 (Cadernos do observatório, 29).

TEIXEIRA, Ana Cláudia; TATAGIBA, Luciana. Dinâmicas participativas institucionalizadas e produção das políticas públicas. In: ENCONTRO DA ABCP, 6., 2008, Campinas. **Anais...:** Campinas, Ed Unicamp, 2008.

TEIXEIRA, Sônia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: _____. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VALLA, Victor Vicent. (Coord.). **Participação popular e os serviços de saúde:** o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares: Fiocruz, 1993.

_____.; STOTZ, Eduardo Navarro. (Org.). **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

_____. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; WITT, Regina Rigatto. Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 137-137, maio/ago.2003.

VEIGA, Luciana. Os partidos brasileiros na perspectiva dos eleitores: mudanças e continuidades na identificação partidária e na avaliação das principais legendas após 2002. **Opinião Pública,** Campinas, v. 13, n. 2, p. 340-365, 2007.

VIERA, Flávio Lúcio R. Celso Furtado, pensador do Brasil. **Conceitos,** João Pessoa, n. 11/12, p. 15-26, jul./2004-jul./2005. Disponível em: <http://www.centrocelsofurtado.org.br/adm/enviadas/doc/pt_00000062_20080423170119.pdf>. Acesso em: 23 set. 2009.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social:** (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: Ed. Univali, 2002

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a),

Eu, Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni, Assistente Social, inscrita no Programa de doutorado em Serviço Social pelo Universidade Estadual Paulista – UNESP – campus de Franca, estou projetando a pesquisa que fundamentará a minha tese de doutorado cujo título é: Os Conselhos de Saúde dos municípios da DRS VIII: estudo sobre a efetivação do controle social, capacitação de conselheiros e captação das demandas da população.

Esta pesquisa está voltada para analisar a capacitação dos conselheiros como mecanismo para favorecer o entendimento sobre o significado e objetivo do Conselho Municipal de Saúde e a responsabilidade dos mesmos participantes de órgãos institucionalizados de as cidades que compõem a DRS VIII e a responsabilidade dos conselhos municipais de saúde como órgão institucionalizado de controle social.

A pesquisa é composta por questões que serão respondidas pelo conselheiro (algumas por escrito e outras gravadas). No entanto, é importante destacar que o Senhor (a) terá total liberdade em se recusar a participar ou retirar-se da pesquisa e que será preservado totalmente o segredo quanto as questões de caráter pessoal e profissional.

Informo ainda que seu nome ou qualquer possibilidade de identificação serão resguardadas no documento resultante dessa pesquisa.

Se, de acordo, por favor, preencha e assine o termo abaixo.

Eu, _____, conselheiro do Conselho Municipal de Saúde da cidade de _____, após receber informações da pesquisa intitulada Os Conselhos de Saúde dos municípios da DRS VIII: estudo sobre a efetivação do controle social, capacitação de conselheiros e captação das demandas da população, concordo em participar da mesma. Autorizo a utilização e a divulgação dos resultados obtidos no estudo, desde que meu nome não seja revelado a ninguém.

_____, ____ de _____ de 2009.

_____
Assinatura

Pesquisadora: Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

APÊNDICE B - TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y CLARO

Yo, _____, miembro de la Comisione de Participación Ciudadana de la región sanitaria de _____, declaro haber sido entrevistada por Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni (doctoranda en Trabajo Social por la Universidad Estadual Paulista - Brasil y haciendo una estancia de doctorando en la Universidad de Santiago de Compostela) e informando de los objetivos y alcance del estudio que está llevando a cabo.

A su vez, Andréia, se compromete a no utilizar la información facilitada fuera del ámbito estrictamente académico y a asegurar la confidencialidad de las personas entrevistadas preservando en todo momento su anonimato.

_____, ___ de _____de 20__.

Andréia A.R.C.Liporoni
Pesquisador

_____
Miembro de la comisión

APÊNDIDE C - Roteiro provisório para as entrevistas

1. Nome:_____

2. Idade _____

3. Escolaridade:

Ensino Fundamental ( ) completo ( ) incompleto

Ensino Médio ( ) completo ( ) incompleto

Superior ( ) completo ( ) incompleto

( ) Pós graduação

4. Há quanto tempo é Presidente do Conselho Municipal de Saúde e quem representa? _____ ( ) governo ( ) usuários ( ) Profissionais de Saúde

5. A eleição do colegiado coincide com a eleição da Administração Municipal?

( ) Sim ( ) Não

6. Tempo de mandato do colegiado ( ) 2 anos ( ) 4 anos.

7. As reuniões ordinárias acontecem com qual periodicidade?

( ) semanalmente ( ) quinzenalmente ( ) mensalmente ( ) outros

8. Acha suficiente essa periodicidade?( )sim( )Não.Por que?_____

9. Quem elabora as pautas para discussão e estas são enviadas com antecedência?

( ) sim ( )não. Por quê?

_____

_____

10. Quanto a Capacitação de conselheiros, já participou de alguma e quando aconteceu?

11. Quem ministra esses cursos e como avalia o aproveitamento?

12. Como este conselho capta as demandas da população para discussão no conselho? Tem facilidade para expor essas demandas da população durante as reuniões?

13. Como este Conselho informa a população das decisões do conselho?

( ) jornais ( ) folhetos informativos ( ) rádios locais ( ) cartazes ( ) nenhum

( ) outros – Quais?_____

14. O que você entende por controle social e como avalia a efetividade deste conselho no que se refere ao controle social?

15. Como avalia a relação deste conselho municipal com a administração local?

APÊNDICE D - Guía provisional para las entrevistas

1. Nombre:_____

2. Edad _____

3. ¿Cuáles son los criterios que se suelen seguir para los nombramientos de los miembros de las comisiones de participación ciudadana?

( ) Conocimientos de asuntos de salud.

( ) otros critérios. Cuales? _____

4. ¿Con qué frecuencia se reúnen estas Comisiones?

5. ¿Piensa que es adecuada esta periodicidad?

( )Si ( )No. ¿Por qué?_____

6. ¿Quien elabora el orden del día para su discusión?

7. ¿ Existe facilidad para introducir algún tema de interés en el orden del día?

( ) sim ( )no. ¿Por qué?

_____

_____

8. ¿Como son captadas las necesidades y demandas de la población por los miembros de la comisión para proponer su debate?

9. ¿Crees que los miembros de esta comisión informan a la población de las decisiones tomadas? ¿Cuáles son las vías más utilizadas?

( ) Prensa ( ) folletos informativos ( ) correo electrónico ( ) cartas ( ) ninguno

( ) outros – Cuales?_____

10. Dado que las Comisiones de Participación Ciudadana son consultivas, cuando llegan a alguno acuerdo, ¿con qué frecuencia el decisor político acepta las propuestas o acuerdos de esta comisión?

11. ¿Qué entiende por control social y como valora la efectividad de esta comisión de participación ciudadana en o que se refiere al control social?

12. ¿Qué aspectos positivos y negativos cree que merece la pena destacar de estas Comisiones?

ANEXO

ANEXO A - Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003

Brasília – DF
2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003

Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

Brasília – DF
2003

2003. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 4.000 exemplares

Distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, Ala A, 1.° andar, sala 104-B
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2150 / 315 2151
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: http://conselho.saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

RESOLUÇÃO N.º 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais,Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

Resolução n.º 333

3

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política

de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades de usuários;

b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;

c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) de associações de portadores de patologias;

b) de associações de portadores de deficiências;

c) de entidades indígenas;

d) de movimentos sociais e populares organizados;

e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;

f) de entidades de aposentados e pensionistas;

g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) de entidades de defesa do consumidor;

i) de organizações de moradores.

j) de entidades ambientalistas;

k) de organizações religiosas;

Resolução n.º 333

5

Resolução n.º 333

l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;

m) da comunidade científica;

n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;

q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para

o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da eqüidade.

Resolução n.º 333

Resolução n.º 333

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII - Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

Resolução n.º 333

11

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

http://www.saude.gov.br/bvs

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

http://www.saude.gov.br/editora

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, dezembro de 2003
OS 1559/2003