

4. Conselhos municipais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre

funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais

Soraya Vargas Côrtes
Fernando Canto Michelotti
Adriane Cristine Goldoni
Liege Adamski dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CÔRTEZ, SV., *et al.* Conselhos municipais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEZ, SV., org. *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 145-176. ISBN 978-85-7541-346-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

4. CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: FUNCIONAMENTO, ATORES E DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS

Soraya Vargas Côrtes
Fernando Canto Michelotti
Adriane Cristine Goldoni
Liege Adamski dos Santos

Este capítulo examina processos participativos em conselhos municipais de Saúde como um meio de revelar o papel por eles desempenhado na gestão pública em relação à política setorial, em nível municipal. Independentemente das prescrições legais que conferem funções específicas a essas instâncias, a ação concreta dos diferentes atores envolvidos organiza-se por meio de regras que são fruto do ambiente institucional da área da saúde e da dinâmica de relações sociais que ali se estabelece. O presente estudo destaca a importância das características institucionais em condicionar processos sociais e políticos e em modelar a ação dos atores, mas também reconhece a importância da dinâmica das relações entre atores societais e estatais nos conselhos municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA).

A Constituição do Estado do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 1989, art. 16), em acordo com a Constituição Federal (Brasil, 1988, art. 25), conferiu ao estado o poder de instituir regiões metropolitanas para integrar a organização, o planejamento e a execução das funções públicas de interesse comum aos municípios que as componham. No entanto, as unidades subnacionais da federação são apenas os estados e os municípios. Não existem unidades metropolitanas de gestão, embora a execução de políticas públicas exija articulação regional, especialmente nas metrópoles que con-

centram grande parte dos recursos e serviços existentes nos estados. A RMPA,¹ instituída em 1974 (Brasil, 1974), é considerada uma das regiões metropolitanas mais antigas e consolidadas do país, ao lado das regiões de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador e Belém (Pinto, 2007). A inexistência de uma dimensão administrativa metropolitana apresenta-se como um desafio à capacidade de articulação das esferas de governo constituídas – entre si e com outros órgãos envolvidos no planejamento e na gestão metropolitana.

Isso não significa que a metrópole Porto Alegre não exista concretamente. As ações nas áreas de saúde, educação, transporte, eletrificação e gestão ambiental, entre tantas, demandam a atuação coordenada de gestores públicos municipais, estaduais e dos órgãos de gestão metropolitana. Ao mesmo tempo, com a criação de fóruns participativos municipais, na segunda metade da década de 1980, atores sociais adentraram a esfera pública em âmbito estadual, metropolitano e municipal.

No caso da RMPA, chama a atenção a existência de uma cultura cívica que favorece o desenvolvimento de estruturas e a deflagração de processos participativos de gestão democrática (Labra, 2002; Observatório, 2005). Os municípios da RMPA apresentam padrões altos de associativismo e interesse por política (Baierle, 1992; IBGE, 1996; Silva, 2001) e grande diversidade em termos de tamanho da população² e da economia.³ A conjugação da existência de conselhos institucionalizados consolidados na área da saúde, pioneira dentre as áreas de políticas públicas na criação e dissemina-

¹ São os seguintes os municípios que compõem a RMPA: Alvorada, Araricá, Arroio dos Ratos, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Capela de Santana, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Parobé, Portão, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, São Jerônimo, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Triunfo e Viamão.

² Segundo estimativa da Fundação de Economia e Estatística (FEE, 2007), em 2006, a menor população municipal encontrava-se em Araricá, com 4.671 habitantes, e a maior em Porto Alegre, com 1.412.466 habitantes; a população total da Região Metropolitana era de 4.052.995 habitantes.

³ Em 2004, a indústria e os serviços predominavam em termos econômicos. Dentre os 31 municípios, 18 apresentavam mais de 50% do Produto Interno Bruto (PIB) municipal formado pelo setor industrial: Campo Bom, Canoas, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Parobé, Portão, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Triunfo; cinco apresentavam mais de 50% do PIB municipal formado pelo total dos serviços: Alvorada, Arroio dos Ratos, Porto Alegre, Taquara e Viamão. Na maior parte dos municípios da RMPA, a participação do setor agropecuário na composição do PIB municipal era pequena; apenas cinco apresentavam participação de mais de 10% do setor agropecuário na formação do PIB municipal: Arroio dos Ratos, Capela de Santana, Glorinha, São Jerônimo e Santo Antônio da Patrulha (FEE, 2007).

ção de fóruns participativos municipais (Brasil, 2007a; Côrtes, 2003) e de cultura cívica e associativa relativamente consistente, permite supor que exatamente nos conselhos de Saúde, nessa região, existam condições institucionais e políticas favoráveis para que os fóruns desempenhem papel relevante na gestão pública da área.

O universo analisado foi o dos conselhos de Saúde da RMPA. Assim, os resultados são generalizáveis apenas para as cidades da RMPA, mas, provavelmente, seria possível chegar a conclusões similares para regiões metropolitanas do Sul e do Sudeste do país, uma vez que essas regiões metropolitanas apresentam similaridades em termos de características sociais e econômicas. Mesmo considerando os limites da capacidade de generalização deste estudo, há que se considerar que características comuns identificadas no funcionamento dos conselhos examinados – aquelas mais recorrentes – podem ter resultado do desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que estaria produzindo um padrão de ‘conselho municipal’ no país.

Ao examinar os conselhos, parte-se do pressuposto de que o arcabouço institucional – entendido como o conjunto de normas legais e administrativas e de regras institucionalizadas de funcionamento de cada área de política pública – cria e estabelece as regras básicas que regem a dinâmica política nos fóruns. O arcabouço institucional, ao condicionar o modo como a provisão de bens e serviços é financiada, produzida e distribuída, ao definir os beneficiários preferenciais dessa provisão e os profissionais com ela envolvidos, influencia na demarcação de quais atores estatais e societais podem se interessar e se mobilizar para participar nas decisões políticas de cada área, seja nos conselhos, seja fora deles.

Entretanto, as regras de funcionamento dos conselhos, que foram sendo construídas desde 1990, quando os primeiros conselhos municipais foram criados, levaram à implantação e consolidação desses fóruns como característica integrante da maneira como são geridas as políticas de saúde no país. Os atores estatais e societais que se mobilizaram para participar nesses fóruns tiveram um papel preponderante na definição dessas regras. Suas preferências, idéias e propostas, ao estabelecer conflitos e criar consensos, no interior desses fóruns e fora deles, foram aos poucos moldando, guardados os marcos legais, as características de seu funcionamento.

A disseminação de conselhos de Saúde pelo país não é garantia de que em todas as localidades atores societais envolvam-se nas atividades dos conselhos de forma autônoma e consistente. Em alguns há intensa participação

de representantes do movimento popular e sindical; outros existem como um instrumento formal de gestão, criado para responder à exigência legal de viabilizar acesso a recursos financeiros. Assim, eles podem constituir-se como espaços governamentais onde decisões já tomadas são legitimadas ou onde se arregimentam forças para disputas que, de fato, ocorrem em outros lugares (Côrtes, 2005). Podem, ainda, transformar-se em canais de incorporação de demandas de atores sociais ou em arenas em que consensos são negociados e disputas em torno de propostas conflituosas são travadas.

Este capítulo não focaliza casos isolados e as funções peculiares de cada fórum no contexto da área da saúde municipal. Ao contrário, busca identificar as características recorrentes no modo de funcionamento dos conselhos analisados. Para isso, examina o universo dos conselhos municipais de Saúde da RMPA, combinando dois tipos de análises: de dados documentais e informações obtidas por meio de questionários, em todos os 31 conselhos em funcionamento, de setembro de 2003 a janeiro de 2004; e de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em 2005 e 2006, com uma amostra representativa de conselheiros de saúde. Os dados documentais e resultantes da aplicação dos questionários permitiram caracterizar as condições de infra-estrutura e funcionamento dos conselhos.⁴ Possibilitaram também a elaboração de uma lista dos 801 conselheiros que integravam os conselhos de Saúde da RMPA no final de 2004, a partir da qual foi construída a amostra representativa de entrevistados.⁵ Dessa forma, foi selecionado um total de 92 respondentes: 58 provenientes de entidades sociais, 25 de órgãos governamentais e nove de organizações de mercado.

A análise das entrevistas permitiu complementar as informações sobre as condições de funcionamento dos fóruns, bem como verificar qual era a percepção dos conselheiros sobre o modo como se estruturavam as relações entre atores estatais e sociais no conselho e sobre o papel do fórum no processo decisório da área da saúde municipal. A percepção dos entrevista-

⁴ Os dados foram obtidos de órgãos estaduais ou, quando necessário, de cada um dos conselhos, por meio de contato telefônico, correio ou meio eletrônico.

⁵ O tamanho da amostra foi definido utilizando-se como parâmetro um intervalo de confiança de 90%, se considerado um erro relativo máximo de 8%. O processo de amostragem adotado foi probabilístico, mais precisamente o método de amostragem aleatória simples, que consiste na seleção das unidades amostrais, em que cada uma tem igual probabilidade de seleção. Para a composição da amostra, não houve qualquer tipo de estratificação por cidade e/ou por tipo de representante.

dos é uma fonte limitada de informações, pois cada tipo de ator expressa uma visão parcial sobre o fenômeno social em foco, falando conforme a sua posição na sociedade e, no caso, no conselho e na arena decisória da área da saúde no município. No entanto, como foram considerados os depoimentos de respondentes que pertencem a diferentes categorias de conselheiros, tal triangulação possibilitou que as impressões mais recorrentes fossem consideradas como indicação de funções freqüentemente exercidas pelos conselhos.

As informações dos entrevistados sobre as condições de infra-estrutura e suas percepções sobre o papel dos conselhos no contexto local da política de saúde foram categorizadas tendo em vista a freqüência com que eles as mencionavam. Assim, registrou-se o percentual dos 92 respondentes que ofereceram determinadas informações ou interpretações. Dois esclarecimentos adicionais devem ser feitos. Em primeiro lugar, cada entrevistado podia mencionar, por exemplo, mais de um coordenador de reuniões, um tema de pauta ou papel do conselho. Nesses casos todas as menções são consideradas, mas o percentual foi construído sempre em relação ao total de entrevistados. Em segundo lugar, o respondente por vezes atribuía ao conselho papéis contraditórios, tais como 'deliberativo' e 'instrumento formal de gestão'. Nesse caso, optou-se por excluir as respostas de cunho 'normativo' (o que a lei estabelece ou o papel que o entrevistado gostaria que o fórum tivesse) e interpretar o conjunto da entrevista para verificar o papel que, segundo o entrevistado, o conselho de fato exerce.

O capítulo encontra-se organizado da seguinte forma: após esta introdução, segue-se uma caracterização dos conselhos municipais de Saúde da RMPA, no que tange ao período de criação, aos tipos de conselheiros que integram os fóruns - utilizando a mesma tipologia já empregada nos capítulos anteriores - e às condições de infra-estrutura para o seu funcionamento. Em seguida, é abordada a dinâmica de funcionamento dos fóruns, especialmente no que se refere às relações de poder estruturadas em torno do processo de construção da agenda de debates das reuniões plenárias e à dinâmica das relações que se estabelece entre conselho e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Na penúltima seção, agregam-se à análise algumas considerações sobre as articulações políticas entre atores que atuam dentro e fora do conselho, buscando encontrar indicações da existência de comunidade de política atuando nos conselhos analisados ou na área da saúde. Por fim, trata-se do papel institucional do fórum no contexto da política de saúde municipal.

CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RMPA: PERÍODO DE CRIAÇÃO, TIPOS DE CONSELHEIROS E INFRA-ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO

A criação de fóruns participativos na área da saúde precedeu à edição das leis e normas do SUS, da década de 1990, que regulamentaram os conselhos de Saúde no país. Grande parte dos conselhos municipais originou-se das chamadas comissões interinstitucionais de saúde, criadas em 1984 com o Programa das Ações Integradas de Saúde e consolidadas pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds), instalado em 1987. O estímulo à criação das comissões se deu por meio do condicionamento da transferência de recursos aos estados e municípios a um conjunto de exigências, dentre as quais se destacava a criação de instâncias colegiadas, nas quais deveriam participar entidades representativas da sociedade civil (Costa, 2002).

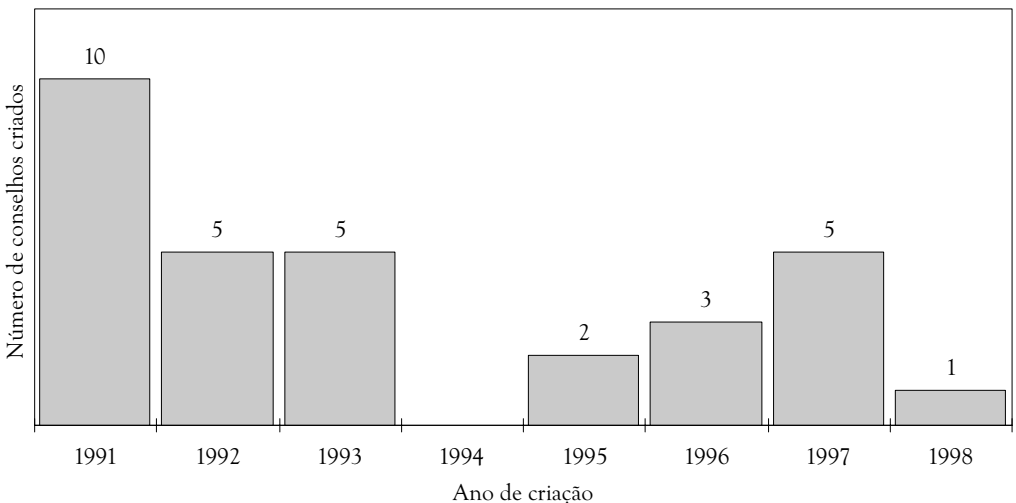
O arcabouço legal e administrativo que, a partir de 1990, criou os conselhos e conferências de Saúde e que regulamentou o seu funcionamento incidiu, portanto, sobre um processo institucional, de descentralização e implantação de mecanismos participatórios, já em curso. A disseminação dos conselhos municipais de Saúde em praticamente todos os municípios do país, entretanto, somente ocorreu de fato com a edição das normas operacionais básicas (NOBs), pelo Ministério da Saúde, em 1993 e 1996 (Brasil, 1993, 1996). A criação desses conselhos foi, novamente, um dos requisitos para o município se habilitar a gerir recursos – financeiros, físicos e humanos – repassados da esfera administrativa federal para a municipal.

Analisando os conselhos de Saúde dos municípios da RMPA, constatou-se que a maior parte deles foi criada em dois períodos distintos, que sucedem à edição de legislação ou normas administrativas federais que induziam a constituição de fóruns participativos municipais. O primeiro grupo de conselhos – criados entre 1990 e 1993 – responde às determinações da lei n. 8.142 (Brasil, 1990), que estabeleceu as regras básicas sobre suas funções e composição. Conforme Silva (2004: 83), o processo de criação dos conselhos “deslanchou a partir de 1991, principalmente após a IX Conferência Nacional de Saúde em 1993, momento em que os movimentos popular e sindical exigiram do Ministério da Saúde medidas para acelerar a formação dos conselhos e a municipalização em todo o país”.

O fator determinante nesse processo foi, segundo a autora, exigência de criação de conselhos para que ocorressem transferências de recursos entre as esferas administrativas. Já o segundo período, de 1995 a 1998, é marcado pela indução promovida pela NOB/93 – que veio a ser efetivamente implantada somente no final de 1994 – e pela NOB/96. As normas operacionais regulamentaram o processo de municipalização da área da saúde, mantendo a exigência de existência de conselhos dentre as condições indispensáveis para a realização de transferências de recursos financeiros do nível federal para os níveis subnacionais de gestão.

Como pode ser observado no Gráfico 1, praticamente um terço dos conselhos municipais de Saúde da RMPA foi criado em 1991. De 1991 a 1993, foram constituídos 64% do total de conselhos municipais de saúde da Região (20 em 31). No segundo período, de 1995 a 1998, foram instituídos os demais 11 conselhos. Em 1997, verificou-se a maior concentração, no período, de conselhos criados em um ano (5 em 11). Tal situação pode estar relacionada à publicação, em novembro de 1996, da NOB/96. É possível constatar, portanto, que de modo geral as regras legais e as normas administrativas nacionais da área estão relacionadas à criação de conselhos municipais.

Gráfico 1 – Número de conselhos municipais de Saúde criados por ano. RMPA – 1991-1998



Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

No que tange à composição dos conselhos, a lei n. 8.142 (Brasil, 1990) estabeleceu que os conselhos de Saúde devem ter o número de usuários paritário em relação ao conjunto dos demais participantes – profissionais e trabalhadores de saúde, prestadores e gestores de serviços de saúde. As leis municipais que criaram cada um dos 31 conselhos da RMPA seguiram essa norma e definiram as entidades que representariam os usuários. Como, neste estudo, a análise da composição dos conselhos não seguiu as determinações legais, buscou-se verificar qual era a proporção de participantes que poderiam ser enquadrados como representantes sociais, governamentais e de mercado.

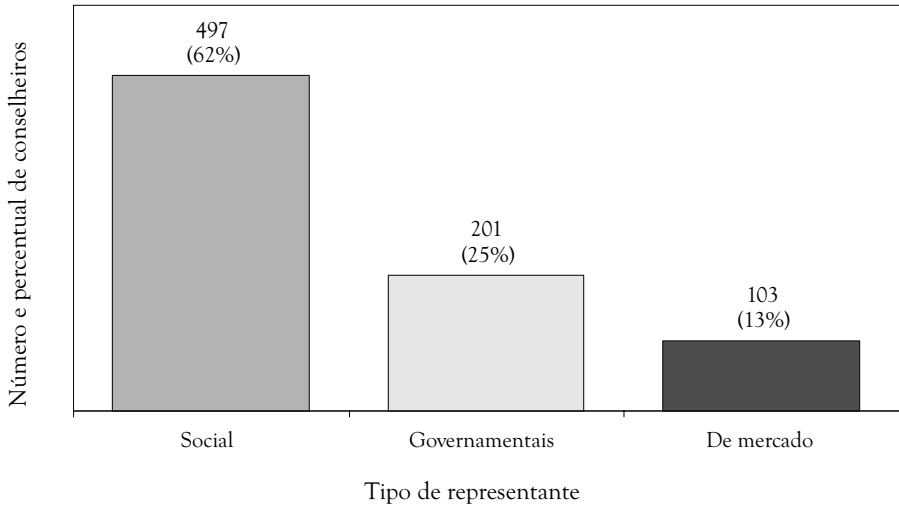
Os representantes de organizações sociais provinham de associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs); de entidades que defendem os interesses de portadores de patologias e deficiências; de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e de trabalhadores de outras áreas. Os representantes de entidades de mercado eram oriundos de associações de cunho empresarial, sindicatos patronais, instituições privadas que atuam na formação de recursos humanos para o setor saúde, bem como de entidades privadas, filantrópicas e estabelecimentos hospitalares que prestam serviços de saúde ao SUS.⁶ Os representantes governamentais eram procedentes de órgãos públicos responsáveis pela área da saúde no município e por outras áreas de governo, relacionadas ou não ao setor saúde.

Considerada a tipologia aqui descrita, buscou-se verificar a proporção de conselheiros provenientes de entidades sociais, governamentais e de mercado. O Gráfico 2 mostra que os representantes de entidades sociais compunham 62% do universo de conselheiros municipais de saúde na RMPA, em 2004 (497 em 801). Do universo de representantes de organizações sociais (497), a maioria era proveniente de associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (55%, 272 em 497). Dentre estes, predominavam representantes de associações comunitárias e de moradores (110). A segunda e a terceira categorias de representantes de organizações sociais com maior número de conselheiros eram

⁶ Os estabelecimentos hospitalares, embora diferenciados em privados e públicos, segundo informações do endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Brasil 2007b), foram considerados como instituições de mercado, porque os hospitais públicos buscam a expansão do atendimento, competindo do mesmo modo que os privados pelos recursos públicos destinados à contratação de serviços.

formadas pelos profissionais e trabalhadores de saúde e pelos trabalhadores não especificamente da área da saúde, que perfaziam 23% (117 em 497) e 16% (78 em 497), respectivamente, do total de conselheiros provenientes de entidades sociais.

Gráfico 2 - Número e percentual de conselheiros municipais de saúde por tipo de representante. RMPA - 2005 e 2006



Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

Os representantes governamentais correspondiam a um quarto do total de conselheiros municipais (201 em 801). Observe-se que as conferências de Saúde recomendaram que os conselhos tivessem apenas 12,5% dos componentes provenientes de órgãos de governo. A relativa sobre-representação de conselheiros governamentais, se aliada a outras indicações, tais como controle sobre a formação da agenda e coordenação de instâncias decisórias internas, pode indicar a existência de hipertrofia de poder de gestores e burocracias governamentais, tendência que vem sendo mostrada por diversos autores ao analisarem fóruns participativos (Pinto, 2004; Valla, 1998a, 1998b).

Dentre eles esses representantes de órgãos governamentais, constatou-se que 59% (118 em 201) não eram oriundos da área da saúde. Entretanto, isso não quer dizer que a posição de gestores municipais de saúde no contexto das relações que se estruturavam no interior dos fóruns fosse menos influente que a de outros representantes governamentais. Ao contrário, sua

posição era hierarquicamente superior à dos demais, tendo em vista seu papel de principal decisor municipal da área da saúde e de interlocutor fundamental para as demandas e propostas apresentadas pelos outros atores no fórum.

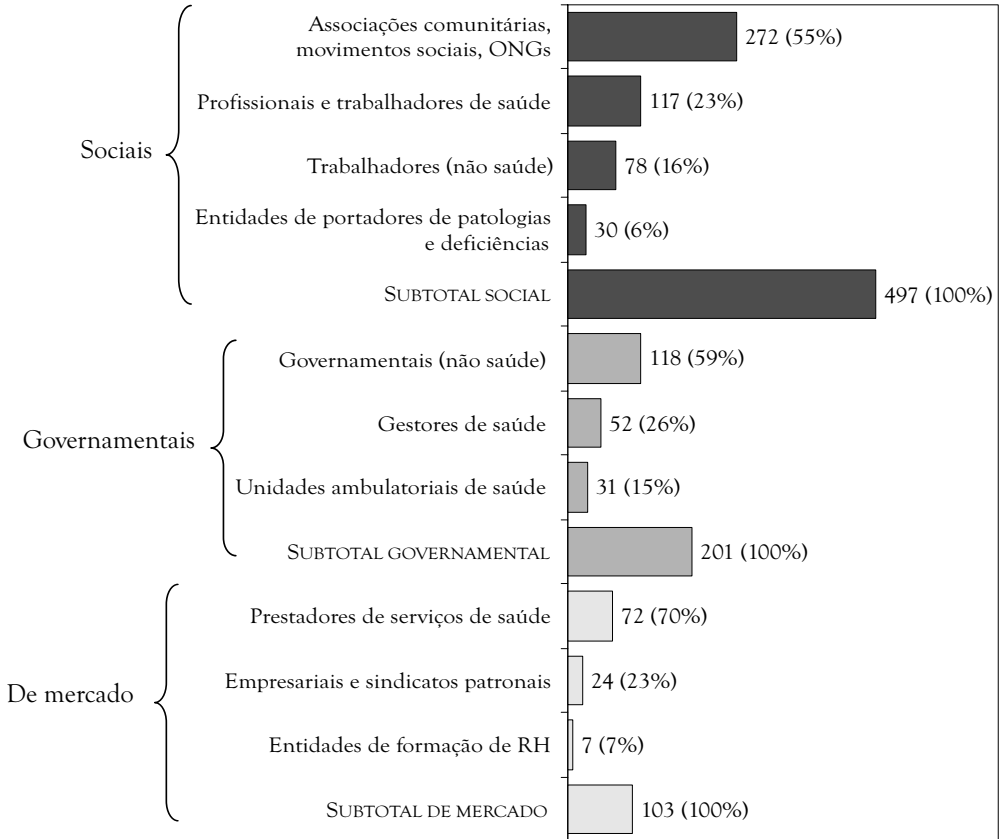
Os representantes de entidades de mercado correspondiam a 13% (103 em 801) do total de conselheiros. A maioria deles representava prestadores de serviços de saúde (70%, 72 em 103) e, dentre esses, a maior parte (67 em 72) representava estabelecimentos hospitalares privados. Isso provavelmente está relacionado ao fato de os gastos públicos em saúde terem se concentrado na contratação de serviços privados ao longo do processo de implementação do SUS (Menicucci, 2004). Por sua vez, os dirigentes de hospitais públicos, representados nos conselhos por apenas cinco conselheiros (em 72), podiam recorrer a canais mais diretos na gestão pública tanto para buscar informações como para apresentar suas demandas (Gráfico 3).

Os fóruns nos quais esses conselheiros atuavam apresentavam condições pouco adequadas para um funcionamento que permitisse uma relativa autonomia em relação ao gestor municipal de saúde. Verificou-se que a maioria dos conselhos (64%, 20 em 31) não tinha local próprio para desenvolver as atividades administrativas e que mais da metade deles (52%, 17 em 31) não contava com funcionário para as atividades de secretariado. É raro encontrar no quadro de pessoal das prefeituras um cargo público específico para essa função. Assim, eles eram cedidos para trabalhar no conselho de Saúde, de forma exclusiva ou para trabalhar ao mesmo tempo em vários conselhos municipais de políticas públicas, tendo inclusive, algumas vezes, que seguir realizando as atividades administrativas próprias de seu cargo (S. J., entrevista, 22/9/2006).

Sobre os locais de reunião,⁷ 61% dos entrevistados (56 em 92) se referiram a espaços pertencentes ao órgão responsável pela gestão da saúde no município (35) ou a outros órgãos do executivo municipal (21). Apenas 13% (12 em 92) mencionaram a existência de sede própria na qual funcionava o conselho ou conselhos municipais variados. A realização das reuniões em espaços temporariamente cedidos pela prefeitura dificultava uma atuação mais ativa e independente do conselho (J. R., entrevista, 13/10/2005).

⁷ A classificação de locais de reunião utilizada foi a seguinte: 'sede própria', quando o conselho dispunha de dependências próprias ou dividia um mesmo espaço físico com outros conselhos de políticas públicas; 'gestor de saúde', quando a reunião ocorria em dependências sob a responsabilidade do gestor de saúde municipal; 'governo', no caso de o local pertencer a órgão do governo municipal, que não da área da saúde; 'legislativo' municipal; 'entidade', quando a reunião ocorria em sedes de sindicatos de trabalhadores, de associações de bairro, de organizações sociais e religiosas.

Gráfico 3 – Número e percentual de conselheiros municipais de Saúde pela categoria de representante. RMPA – 2005 e 2006



Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

O grupo que dirigia a prefeitura e o órgão responsável pela área da saúde municipal podia optar por oferecer ou não apoio, na forma de recursos financeiros, físicos e humanos, para viabilizar o melhor funcionamento do conselho. No caso dos conselhos analisados, a falta de condições de infra-estrutura pode, por um lado, ser um indicativo de que os atores governamentais municipais não estavam particularmente interessados em fazê-lo; por outro, pode sugerir que os atores sociais, que tinham a maioria nos plenários dos conselhos, não dispunham de recursos de poder para pressionar o gestor a viabilizar a melhoria das condições de infra-estrutura dos fóruns ou, então, não colocavam o bom funcionamento do conselho entre suas prioridades.

Na próxima seção, é examinada a dinâmica de funcionamento dos fóruns buscando identificar, por meio dela, como se estruturavam as relações entre os atores dentro dos conselhos municipais.

DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RMPA

Com o objetivo de obter indicações sobre a existência de uma configuração típica das relações sociais nos conselhos, foram analisados os seguintes aspectos de sua dinâmica de funcionamento: ‘periodicidade, turno de realização, duração, etapas que compunham as reuniões plenárias’; ‘processo de elaboração da pauta’; ‘coordenação das reuniões plenárias’; e ‘tipo de relação existente entre conselho e gestor municipal de saúde’. A periodicidade, o turno de realização, a duração e as etapas que compunham as reuniões plenárias permitem que se visualize como transcorriam as reuniões. O processo de elaboração da pauta, o exercício da coordenação das reuniões plenárias e o tipo de relação entre conselho e gestor municipal de saúde oferecem indicações sobre como se estruturavam as relações entre os atores estatais e sociais nos fóruns. Estes últimos indicadores foram examinados focalizando eventuais assimetrias nas relações entre os atores, que permitiam a alguns hegemonizar o processo decisório nos conselhos.

Segundo os entrevistados, as reuniões ocorriam mensalmente (47%, 43 em 92), no turno da noite (72%, 66 em 92), e tinham duração de uma a duas ou de duas a três horas (50% e 48%; 46 e 44 em 92, respectivamente). A média de tempo gasto para a realização das reuniões oscilava, para mais ou para menos, conforme a pauta do dia. As reuniões mais demoradas eram aquelas em que havia denúncias de falta de medicamentos, de má qualidade do atendimento ou análise da prestação de contas do gestor, de forma que a duração tendia a variar de acordo com o “tempo necessário para a discussão de cada assunto” (G. H., entrevista, 30/6/2006). Os integrantes dos conselhos eram convocados para as reuniões plenárias pelo correio ou por telefone.⁸ A lista de presença era assinada pelos conselheiros antes da reunião e durante o seu transcurso. Uma vez iniciada a reunião, as etapas subseqüentes

⁸ Em relação ao recebimento da pauta, 39% dos entrevistados (36 em 92) acusaram o recebimento com antecedência, o que ocorria geralmente com a convocação para a plenária, em um prazo que variava de uma semana a 72 horas antes da reunião. Apenas três conselheiros disseram não haver envio da pauta com antecedência.

apontadas de forma mais recorrente pelos conselheiros entrevistados mantinham a seguinte ordem: 1) verificação de *quorum*; 2) abertura; 3) comunicações; 4) avaliação da ata da reunião anterior; 5) pontos específicos de pauta; 6) assuntos gerais; 7) informes e 8) encerramento. As duas etapas que concentravam a maior parte dos debates eram a quinta e a sexta. Na quinta – ‘pontos específicos de pauta’ – ocorriam as principais discussões. A apresentação de cada ponto de pauta geralmente envolvia a exposição de relatórios de comissões de trabalho do conselho ou a presença de não conselheiros, que detalhavam aspectos técnicos de projetos, relatórios, endemias, patologias.⁹ Na etapa ‘assuntos gerais’, havia a manifestação de conselheiros e de participantes não conselheiros, especialmente de pessoas da comunidade local, que traziam denúncias ao conselho.¹⁰

Embora a pauta fosse previamente elaborada e servisse como o guia fundamental dos trabalhos durante a reunião plenária, segundo a maioria dos entrevistados (70%, 64 em 92) era possível modificá-la durante a reunião. As alterações – na ordem das discussões ou então inclusão ou exclusão de assuntos a serem debatidos – podiam ser propostas por conselheiros ou, mesmo, por participantes externos.¹¹

Um dos principais indicadores de poder de influência sobre a dinâmica de funcionamento de um fórum é o modo como é elaborada sua agenda de debates, expressa na pauta das reuniões. Tal elaboração que envolve a seleção dos assuntos a serem discutidos tem o potencial de indicar quem controla a dinâmica de funcionamento do fórum. O Gráfico 4 mostra que, dentre os 92 entrevistados, 37% (34) indicaram o presidente do conselho como participante fundamental no processo de definição da pauta; 33% (30 em 92) destacaram o papel da SMS nesse processo e 30% (28 em 92) se referiram à Mesa Diretora.¹²

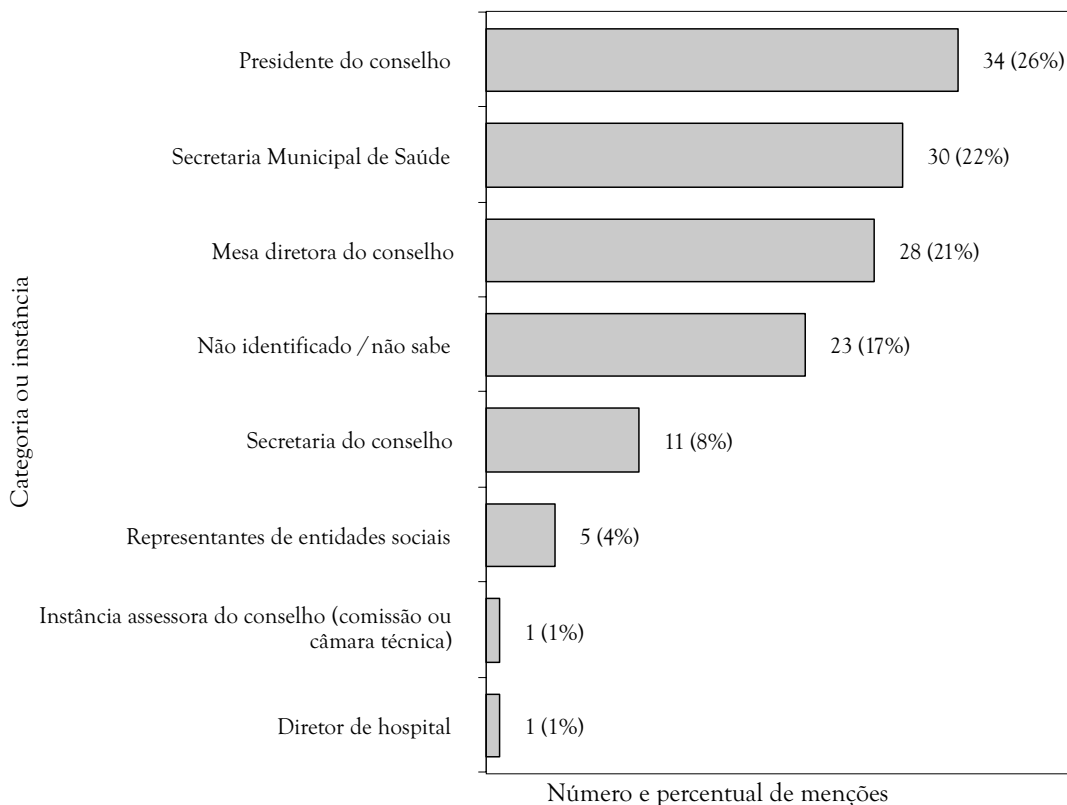
⁹ Dentre os entrevistados, nove mencionaram tal procedimento como freqüente (F. H., entrevista, 13/9/2005; G. H., entrevista, 30/6/2006; L. E., entrevista, 27/10/2005; M. A., entrevista, 30/10/2005; M. D., entrevista, 4/11/2005; O. G., entrevista, 10/8/2005; Q. H., entrevista, 19/9/2006; S. D., entrevista, 17/10/2005; T. L., entrevista, 30/3/2006).

¹⁰ Tais manifestações foram referidas por oito entrevistados (B. C., entrevista, 10/10/2005; C. R., entrevista, 4/7/2006; D. L., entrevista, 29/8/2005; F. R., entrevista, 20/6/2005; G. H., entrevista, 30/6/2006; P. M., entrevista, 4/10/2006; O. L., entrevista, 21/6/2006; S. S., entrevista, 14/6/2006).

¹¹ A possibilidade de participantes externos interferirem na pauta foi mencionada mais de uma vez por oito entrevistados (A. L., entrevista, 23/8/2005; G. A., entrevista, 14/10/2005; G. P., entrevista, 29/9/2005; L. M., entrevista, 6/9/2005; N. D., entrevista, 8/12/2005; R. B., entrevista, 30/6/2006; R. L., entrevista, 14/9/2005; T. L., entrevista, 30/03/2006).

¹² Em alguns conselhos, a Mesa Diretora é chamada de ‘núcleo de coordenação’.

Gráfico 4 – Número e percentual de participantes ou instância dos conselhos municipais de Saúde envolvidos na elaboração da pauta, por entrevistado. RMPA – 2005 e 2006*



* Um entrevistado poderia mencionar mais de um tipo de participante influenciando sobre a formação da agenda.

Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

Esses dados podem conduzir a duas interpretações. A primeira é que os atores sociais participavam ativamente na definição da pauta, pois eles freqüentemente exerciam a presidência dos fóruns e integravam as mesas diretoras. Há coincidência entre os resultados das entrevistas e a literatura, ao indicarem que a presidência dos conselhos de Saúde na RMPA era ocupada predominantemente por conselheiros provenientes de entidades sociais. Os representantes de organizações sociais eram presidentes de

conselhos para 50% dos entrevistados (46 em 92),¹³ provinham de órgãos governamentais para 14% (14 em 92) e de entidades de mercado para 11% (dez em 92) deles. O Observatório da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) sobre o perfil dos conselhos chegou a conclusão similar, atestando que, em 2006, 55% dos conselhos da RMPA tinham na presidência conselheiros oriundos de entidades sociais (Ensp, 2007). Além disso, como representantes dessas entidades podiam integrar as Mesas Diretoras, pode-se supor que eles se envolviam também no processo de formação da pauta principalmente como componente de instâncias de direção dos fóruns.

A segunda interpretação é que os gestores municipais de saúde contribuíam de forma decisiva para a formação da agenda de debates dos fóruns. Embora apenas 15% dos entrevistados (14 em 92) apontem o gestor como presidente do conselho e o Observatório da Ensp informe que apenas 10% desses conselhos são dirigidos por gestores, também a eles estava aberta a possibilidade de integrarem as mesas diretoras. Além disso, eles foram mencionados por 33% dos entrevistados como envolvidos diretamente na elaboração da pauta das reuniões plenárias. Segundo os entrevistados, portanto, os gestores de saúde municipais não apenas influíam na formação da agenda de debates participando em instâncias decisórias dos conselhos, mas também exerciam controle direto sobre sua definição.

De acordo com os entrevistados, os dois tipos de atores intervinham de modo diferente sobre a elaboração da pauta. Os representantes dos gestores de saúde eram responsáveis pela inclusão na pauta da maior parte dos assuntos a serem debatidos. Eles ocupavam papel central nas discussões. Cabia a eles, ou a técnicos por eles designados, o esclarecimento de dúvidas sobre questões financeiras ou relacionadas à administração de serviços de saúde, à situação da saúde no município e às políticas e ações de saúde. Além disso, os atores governamentais, vinculados ou não à área da saúde, eram responsáveis pelo encaminhamento das decisões tomadas nos conselhos. Aos conselheiros provenientes de organizações sociais cabia o poder de veto sobre propostas trazidas à discussão pelos representantes

¹³ Dentre esses 46 respondentes que afirmaram que os conselhos eram presididos por representantes de entidades sociais, vinte identificaram o presidente como integrante da categoria associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs; nove como representante de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde; e nove como conselheiros oriundos de entidades de trabalhadores não especificamente da área da saúde.

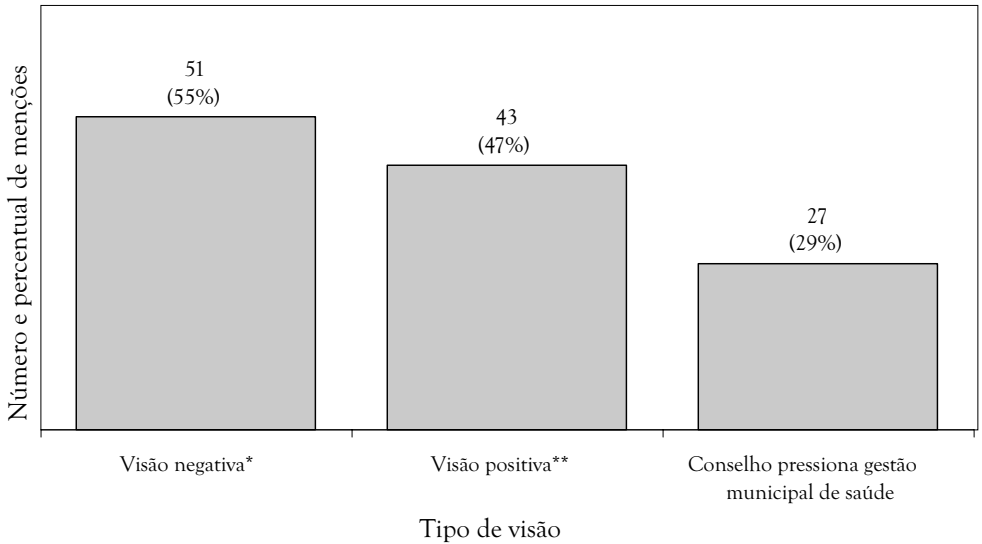
governamentais e, também, por entidades de mercado que poderiam contrariar seus interesses ou os valores que defendiam.¹⁴

A coordenação das reuniões é outro indicador interessante para comparar a importância relativa de determinado tipo de ator na condução dos trabalhos e no processo decisório de conselhos. Segundo 85% dos entrevistados (78 em 92), a coordenação cabia ao presidente. Para 50% desses mesmos respondentes (46 em 92), quem presidia o fórum representava organizações sociais. Como parece haver relação entre o ato de coordenar reuniões e o exercício da presidência dos fóruns, é possível supor que tal predominância fosse peculiar aos conselhos de Saúde dos municípios da RMPA. Tal suposição é possível porque o mesmo Observatório da Ensp (Ensp, 2007) que confirma essa tendência nos conselhos da RMPA, indicando uma proporção de 55% dos conselhos na Região, em 2006, presididos por representantes de organizações sociais, também mostra que situação semelhante ocorria em apenas 15% dos conselhos municipais no país (Moreira *et. al.*, 2006). A presença mais constante de representantes da sociedade civil na direção dos conselhos na RMPA provavelmente está relacionada aos padrões altos de associativismo e interesse por política verificados na Região.

No entanto, isso não quer dizer que a participação de atores estatais e, dentre eles, principalmente a dos gestores municipais de saúde não fosse decisiva para o modo como eram conduzidos os trabalhos nos conselhos. A importância dessa participação é atestada não apenas pela influência desses atores sobre a formação da agenda dos fóruns, mas também pelo modo como os entrevistados caracterizam a natureza das relações entre gestores e conselhos. Como mostra o Gráfico 5, entre os entrevistados havia uma leve preponderância de uma visão negativa sobre tais relações, com 55% dos entrevistados (51 em 92) salientando os entraves que se interpunham entre conselho e gestor e 47% (43 em 92) caracterizando-as como positivas. A visão negativa estava associada a apreciações sobre falta de prazo adequado para as discussões e à ausência de condições apropriadas para o funcionamento do fórum. Assim, para os respondentes cabia aos gestores de saúde viabilizar ou obstaculizar os trabalhos dos conselhos.

¹⁴ O função de 'veto' dos representantes de entidades sociais foi mencionada por 15 entrevistados (A. L., entrevista, 23/8/2005; A. J., entrevista, 29/12/2005; B. A., entrevista, 19/12/2005; B. O., entrevista, 5/12/2005; C. A., entrevista, 21/10/2005; F. I., entrevista, 15/6/2005; F. R., entrevista, 20/6/2005; G. A., entrevista, 14/10/2005; I. L., entrevista, 24/6/2005; L. E., entrevista, 27/10/2005; N. D., entrevista, 8/12/2005; O. L., entrevista, 21/6/2006; R. B., entrevista, 30/6/2006; S. D., entrevista, 17/10/2005; T. C., entrevista, 7/10/2006).

Gráfico 5 – Número e percentual de tipos de visão sobre as relações existentes entre conselhos municipais de Saúde e gestão municipal de saúde, por entrevistado. RMPA – 2005 e 2006



* Falta de prazo para discussões/votações, desrespeito a decisões do conselho, falta de infraestrutura de apoio, existência de entraves na relação, interferência na composição do conselho, desinteresse em estimular participação, gestor ausente, a SMS pressiona o CMS e a SMS oculta informações – controla a pauta.

** Boa parceria; gestores oferecem infra-estrutura de apoio ao conselho.

Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

A seção seguinte focaliza a configuração de relações sociais estruturadas nos conselhos e na área da saúde dos municípios. Para isso, são analisadas as articulações, as mobilizações e os conflitos verificados entre os atores que integravam os fóruns no interior dos conselhos e na arena decisória setorial mais ampla.

AS RELAÇÕES ENTRE ATORES NO INTERIOR DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RMPA

O controle do processo decisório nos conselhos municipais de Saúde da RMPA era exercido por representantes de organizações sociais e governamentais. As posições ocupadas – na configuração das relações sociais estruturadas na área e no contexto da política municipal de saúde – pelos indivíduos que exercem essas representações não é o resultado da legitimidade que lhes é atribuída pela condição de representantes de coletividades.

A ocupação de posições hierarquicamente superiores nessa estrutura e de papel destacado na arena política setorial municipal era definida, por um lado, pela natureza e intensidade das conexões que eles estabeleciam com redes de atores de âmbito metropolitano, estadual e nacional; por outro, pelo domínio de certos tipos de saberes específicos e especializados (Lee & Mills, 1985; Walt, 1994). Esse é o caso de profissionais de saúde e de comunidades de políticas – as últimas agregando diferentes tipos de atores (individuais e coletivos) que compartilham concepções sobre quais devem ser os princípios que organizam a construção e a implementação de políticas setoriais, além de uma visão comum sobre os resultados das políticas. Ambos, profissionais e comunidades de política, agem na arena política através das fronteiras entre Estado e sociedade, ocupando diversos postos e exercendo diferentes funções, o que redefine constantemente a configuração das relações sociais estruturadas na própria arena de política em que atuam.

Os profissionais de saúde que agiam nos municípios da RMPA – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, dentistas, assistentes sociais – foram caracterizados pelos entrevistados como muito influentes não apenas nos conselhos mas também na arena decisória da política de saúde do município. Ao todo, 45% dos entrevistados (41 em 92) se referiam a eles – principalmente médicos e enfermeiros – como as pessoas mais atuantes nos municípios analisados. No entanto, a análise das entrevistas não permitiu concluir que eles – ou outros indivíduos atuantes no contexto da política de saúde municipal – participassem em comunidades de política ou que se articulassem a outros atores, grupos ou instituições.

Os entrevistados relacionavam a importância que atribuíam à atuação desses profissionais à legitimidade que reconheciam em seus conhecimentos técnicos e administrativos. O reconhecimento de um saber diferenciado e superior ao dos demais integrantes da rede de política da área ou dos conselhos é associado à *expertise* do indivíduo participante, e não à condição de representante de determinada categoria profissional, como expressa o seguinte trecho de entrevista:

O conhecimento médico que eles têm [faz com] que, às vezes, o conselho de Saúde está meio enrolado em certas coisas, eles entram e até o próprio presidente do conselho de Saúde pede os conhecimentos deles, e eles esclarecem às pessoas a forma de pegar o rumo das coisas. (R. L., entrevista, 14/9/2005)

No entanto, a atuação de profissionais nos conselhos foi criticada porque, muitas vezes, assumia um cunho corporativo, de defesa de melhorias salariais (T. C., entrevista, 7/10/2006), e também pela participação tímida dos representantes oficiais das categorias de profissionais e trabalhadores de saúde. O segundo tipo de crítica foi praticamente unânime entre os entrevistados.

No mesmo sentido, os 54% dos entrevistados (50 em 92) que registraram a existência de conselheiros oriundos de sindicatos de trabalhadores no plenário dos fóruns examinados criticavam sua atuação, pois se limitavam a defender os interesses específicos das categorias que representavam. Para 28% dos respondentes (26 em 92), sua participação era inexpressiva. Somente tornavam-se ativos quando o debate, no conselho ou na área da saúde, envolvia assuntos relacionados diretamente a cada categoria e, principalmente, se o tema em discussão se referia à saúde do trabalhador (P. M., entrevista, 26/9/2006).

O afastamento do movimento sindical do debate sobre o SUS e, conseqüentemente, da luta pela defesa de seus princípios foi analisado por Menicucci (2004). Categorias que lideram o movimento sindical brasileiro, tais como metalúrgicos, bancários e funcionários públicos, estão cobertas por planos privados de saúde. Como os membros dos sindicatos dessas categorias apenas recorrem ao SUS para obtenção de serviços para os quais os planos não oferecem cobertura, não há incentivos concretos para que as direções sindicais apóiem de forma mais efetiva o sistema.

Em contraste, 43% dos entrevistados (40 em 92) ressaltaram que representantes de associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs¹⁵ participavam ativamente nos debates dos conselhos e sua atuação era intensa. Eles eram responsáveis pela apresentação constante de demandas e reivindicações e pela tomada de posição sobre propostas ou projetos apresentados por outros atores sociais e representantes governamentais. Não há indicações claras, entretanto, de que esses conselheiros exercessem uma posição de liderança na construção de articulações, no conselho e fora dele, na defesa de uma visão sobre como deveria ser um sistema de saúde.

Porém, segundo a maioria dos entrevistados (52%, 48 em 92), existia a atuação articulada de conselheiros ou destes com outros atores sociais e

¹⁵ Os entrevistados se referem principalmente a representantes de associações de moradores, portadores de necessidades especiais, clubes de mães e pastorais.

estatais externos aos fóruns, mesmo que essa constatação fosse acompanhada de uma avaliação negativa sobre o fato. Dentre os 48 entrevistados que afirmaram haver articulações, cerca de um quarto (13 em 48) as encarava como algo reprovável, como se fossem procedimentos ilegítimos, pouco democráticos, resultantes de um convencimento político-partidário ou tecnocrático sobre determinado assunto. É como se a política e os partidos fossem essencialmente negativos. Observa-se que, como salientou Pinto (2004), essa tem sido a visão não apenas de integrantes de processos participativos, como também a de seus analistas.

Tais articulações eram descritas como relacionamentos entre conselheiros, por vezes com a inclusão de não conselheiros, com o objetivo de aprovar ou rejeitar relatórios e propostas concernentes ao funcionamento da rede de serviços de saúde financiada pelo SUS. Elas tanto podiam ocorrer antes das reuniões como serem construídas ao longo delas (G. A., entrevista, 14/10/2005; I. C., entrevista, 21/6/2005); estabeleciam-se em torno de questões específicas, não implicando adesão automática, constante e sistemática de determinados grupos – sendo que os representantes de entidades sociais tendiam a articular-se entre si (C. A., entrevista, 21/10/2005).

Assim, embora a participação de atores societais e estatais, tanto nos fóruns como fora deles, ocorresse freqüentemente de forma articulada, a transitoriedade e a natureza episódica das ações em rede não permitem que tais articulações sejam consideradas como indicadores da existência de comunidades de política. Apenas seis dos 92 entrevistados mencionaram a existência de algum tipo de rede de relações mais consistentes, que envolvessem representantes de entidades sociais e gestores municipais de saúde. A ausência de articulações capazes de engendrar mobilizações políticas intermunicipais pode estar relacionada à inexistência de uma esfera administrativa metropolitana e também às variações em termos de cultura cívica associativa, se considerados todos os municípios que compõem a RMPA, suas discrepâncias socioeconômicas e político-institucionais.

Uma vez caracterizado o papel dos diferentes atores societais e estatais e verificado se atores individuais ou coletivos atuavam em rede no âmbito dos conselhos e na arena política setorial dos municípios, procura-se, a seguir, responder à outra questão orientadora da elaboração do presente capítulo. A indagação principal agora diz respeito ao papel dos conselhos municipais de Saúde da RMPA nessa arena.

O PAPEL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RMPA NA ARENA DA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL

Normas legais e administrativas federais e municipais estabelecem os parâmetros gerais de funcionamento dos fóruns participativos examinados. O objetivo aqui, no entanto, é identificar as regras institucionais implícitas criadas ao longo de cerca de uma década e meia de funcionamento dos conselhos municipais de Saúde na RMPA. Parte-se do pressuposto de que tais regras são resultantes de processos de interação social de atores estatais e societais, agindo dentro e em torno dos conselhos. Sua ação desenrola-se baseada em um contexto institucional e político pretérito que foi moldado, em suas características gerais, por normas legais e decisões políticas de âmbito federal. O papel dos conselhos que se procura revelar não tem, portanto, caráter formal legal, mas se refere ao conjunto de funções e ações predominantemente executadas pelos conselhos na arena da política de saúde municipal.

Um modo de aferir o papel dos conselhos é verificar sobre o que eles discutem e deliberam, ou seja, caracterizar a agenda de debates dos fóruns expressa principalmente nas pautas das reuniões plenárias. Em seções anteriores, foram identificados os atores que mais influíam na formação das pautas. Aqui se procura reconstituir a agenda de temas de discussões e deliberações, considerando que ela oferece indicações sobre tal papel. Para isso, foram utilizados dois indicadores básicos: a ‘pauta típica’ das reuniões plenárias e uma caracterização sobre ‘o que os conselhos faziam’, de fato, no contexto da política de saúde municipal.

A ‘pauta típica’ permite identificar os temas recorrentes nos debates dos conselhos, segundo os entrevistados.¹⁶ As respostas às perguntas referentes aos assuntos mais debatidos foram classificadas de acordo com a seguinte tipologia desenvolvida para analisar temas debatidos em reuniões de conselhos municipais de Saúde (Côrtes, 1999):¹⁷

¹⁶ Embora as reuniões dos conselhos municipais de Saúde, no período, estejam registradas em atas, em geral elas são extremamente sucintas. A maior parte não apresenta as listas dos conselheiros presentes, e algumas delas registram apenas o horário de começo e fim das reuniões. Por isso, não foi possível utilizá-las como fonte de informação sobre os temas que eram debatidos ou sobre os tipos de conselheiros que intervinham nas reuniões dos fóruns examinados.

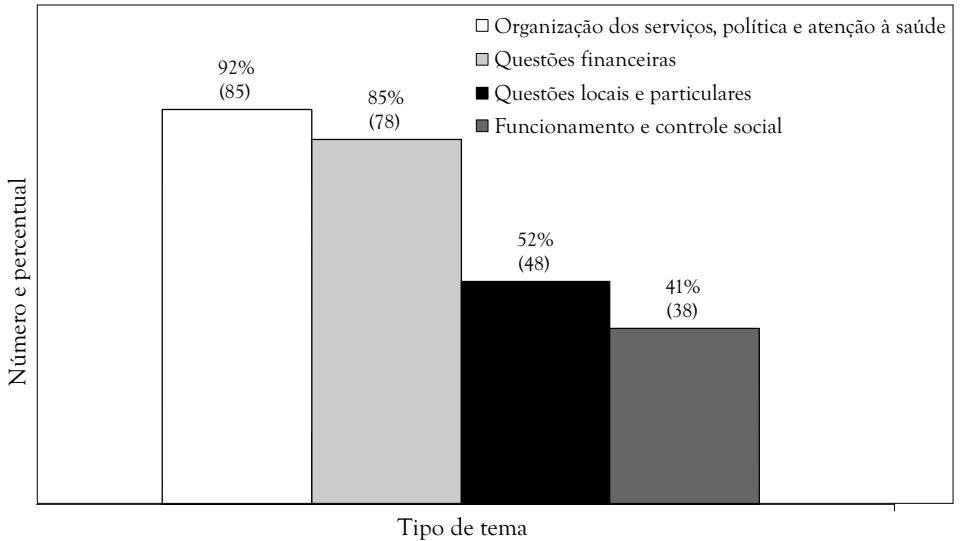
¹⁷ Ressalte-se que, mesmo que uma tipificação estabeleça critérios de delimitação, a linha divisória entre os tipos pode ser dúbia, e por vezes uma mesma menção a determinado assunto foi classificada em mais de um tipo de tema. O trecho a seguir é um exemplo: refere-se ao funcionamento do conselho e, ao mesmo tempo, à discussão ao financiamento. Trata-se da questão de ‘liberação de verbas’, com o intuito de ajudar no “deslocamento de alguém representando a secretaria, em questões do conselho” (G. A., entrevista, 14/10/2005).

- Questões financeiras: discussões relacionadas a recursos financeiros, tanto rotineiras – tais como aprovações de planos de aplicação e prestações de contas – como novas modalidades de pagamento por serviços ou debates sobre o orçamento das esferas de governo.
- Questões locais e particulares: debates sobre problemas de saúde ou de serviços de saúde localizados ou individuais, tais como a necessidade de um determinado profissional ou a falta de determinado medicamento em uma unidade de saúde particular (que não seja de referência), ou denúncia de usuário.
- Organização dos serviços, política e atenção à saúde: questões relacionadas à organização dos serviços no município, tais como discussões e decisões sobre planos, projetos e propostas que possam afetar as condições de saúde e de funcionamento dos serviços de saúde na cidade; inclui discussões sobre contratação, credenciamento e celebração de convênios que envolvam recursos do setor público, bem como descredenciamento, suspensão de contratos, abertura e fechamento de serviços de saúde.
- Funcionamento do conselho e controle social: debates relativos à criação ou à mudança de regras e de dinâmica de funcionamento do conselho, de conferências e outros fóruns participativos da área da saúde; inclui definições quanto à composição dos fóruns e à escolha de membros para representar o conselho em eventos ou em outras instituições.

Conforme o Gráfico 6, para 92% e 85% dos entrevistados (85 e 78 em 92), assuntos relacionados ao tema ‘organização dos serviços, política e atenção à saúde’, assim como a ‘questões financeiras’, respectivamente, estavam sempre presentes nos debates, enquanto os temas ‘questões locais e particulares’ e ‘funcionamento do conselho e controle social’ foram mencionados como muito frequentes por 52% e 41% dos entrevistados, respectivamente (48 e 38 em 92). No entanto, na percepção de 50% dos respondentes (46 em 92), a temática ‘organização dos serviços, política e atenção à saúde’ não era a que tomava o maior tempo das discussões, e sim as ‘questões financeiras’, que envolviam demoradas discussões sobre destinação de verbas, avaliação e aprovação de projetos e prestação de contas. Os assuntos financeiros envolvem um jargão específico, proveniente da área das contas públicas, e um conjunto de procedimentos regidos por normas legais sobre como prever gastos, como

realizá-los e como prestar contas, os quais tornam as discussões mais longas e detalhadas.¹⁸

Gráfico 6 – Número e percentual de menções por tipos de temas que integravam a pauta das reuniões plenárias dos conselhos municipais de Saúde, por entrevistado. RMPA – 2005 e 2006



Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

Constatou-se, portanto, que os conselhos predominantemente discutiam assuntos relacionados à ‘organização dos serviços, política e atenção à saúde’, mas que os pontos de pauta que provocavam discussões mais extensas estavam afetos a ‘questões financeiras’.

As seções anteriores mostraram que as decisões nos conselhos muitas vezes eram tomadas sem o tempo adequado de discussão e que o suporte administrativo a eles oferecido nem sempre era adequado para o seu melhor funcionamento. Mas, ao mesmo tempo, segundo seus participantes, os conselhos municipais de Saúde da RMPA debatiam temas centrais da gestão em saúde das cidades.

¹⁸ Entretanto, a discussão sobre questões financeiras está interligada a decisões políticas sobre em que aplicar os recursos; portanto, apresenta interfaces constantes com assuntos relacionados à organização e à prestação de serviços de saúde nos municípios. Os dois conjuntos de temas – relacionados à organização dos serviços, política e atenção de saúde e questões financeiras – que concentravam as menções dos entrevistados nos dois indicadores de natureza da agenda aqui analisados provavelmente eram, muitas vezes, debatidos em conjunto.

Outro modo de verificar o papel que os fóruns desempenhavam na arena política setorial envolveu a caracterização do que os conselhos faziam, ou seja, de quais eram, de fato, as suas funções nessa arena. Para isso, foi criada uma nova tipologia para classificar as menções dos entrevistados, composta pelas seguintes categorias:

- **Fiscalização:** assume postura de vigilância quanto à destinação de verbas e debate o financiamento das ações; fiscaliza a qualidade dos serviços e da própria gestão pública.
- **Deliberação sobre política:** debate amplamente assuntos de política de saúde; discute os assuntos antes de aprovar ou reprovar propostas trazidas ao debate; discute reivindicações, demandas e proposições apresentadas à gestão, independentemente de sua efetividade final.
- **Instrumento formal de gestão:** ratifica apenas decisões já tomadas por outros atores, em outros lugares; legitima propostas dos gestores públicos; cumpre exigência legal.
- **Canal estatal:** por meio do conselho, demandas societais – reivindicações e proposições – são apresentadas aos gestores públicos.
- **Informativa/educativa:** divulga informações em saúde, especialmente aquelas relativas a dados do município, à gestão em saúde na cidade, a eventos ou campanhas na área da saúde e a ações e propostas do próprio conselho.
- **Decisão sobre controle social:** trata de questões relativas a conselhos distritais e locais; escolhe os conselheiros para representar o conselho em eventos externos; conceitua instâncias assessoras ao conselho; organiza conferências de Saúde que ocorrem no município; trata das normas de eleição de Mesa Diretora e de presidente do fórum e de alterações na dinâmica de votação.
- **Cartorial:** decide sobre contratação, credenciamento e descredenciamento de prestadores e celebração de convênios que envolvam recursos públicos.

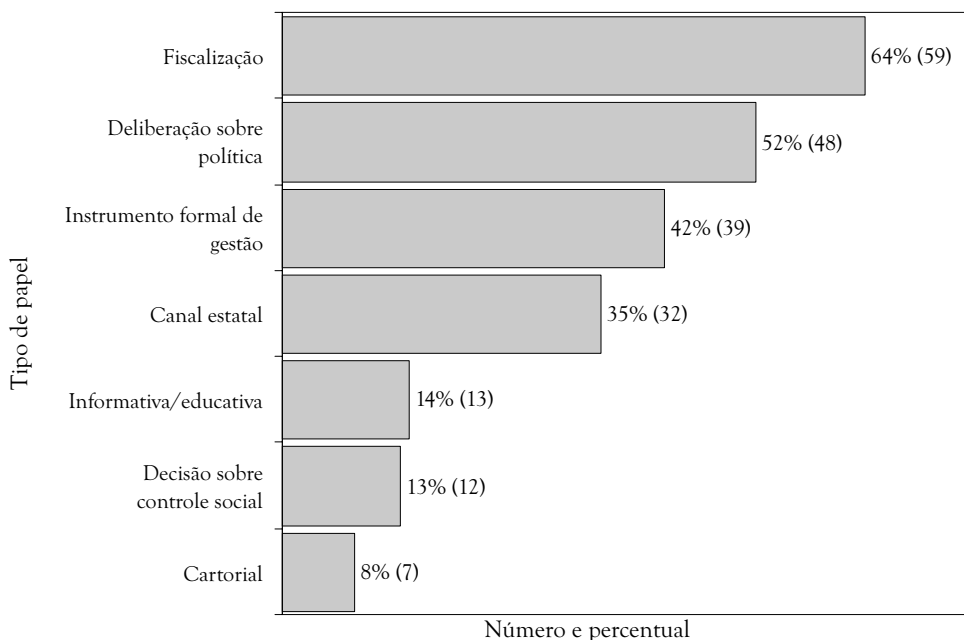
O Gráfico 7 mostra que a maioria dos entrevistados afirmou que os conselhos exerciam as funções de ‘fiscalização’ (64%, 59 em 92) e de ‘deliberação sobre política’ de saúde (52%, 48 em 92). A primeira aparecia associada às atividades de fiscalizar o uso dos recursos financeiros na área (47 em 59), a qualidade do atendimento em saúde na cidade, especialmen-

te no âmbito do SUS (36 em 59) e a gestão pública (30 em 59). A segunda estava relacionada à existência de discussões anteriores às votações (44 em 48); à formulação e ao encaminhamento de propostas para avaliação (33 em 48); e aos debates sobre a política de saúde, muitas vezes em confronto com os gestores municipais. Em relação ao último ponto, os entrevistados (26 em 48) destacaram o poder de veto do conselho, que podia rejeitar projetos e a inclusão de pontos de pauta sugeridos pelo gestor e impedir ou, pelo menos, atrasar a transferência de recursos financeiros para os municípios. Ou seja, o conselho “se não aprovar as contas da Secretaria de Saúde, (...) ele me tranca os repasses e se tranca os repasses eu não vou poder prestar a assistência à saúde pra população” (G. H., entrevista, 30/6/2006).

A visão de que os conselhos eram meros “instrumentos formais de gestão” foi mencionada por quase metade dos entrevistados (42%, 39 em 92). A percepção aqui expressa sobre a atuação dos conselhos era negativa, considerando que não estariam desenvolvendo “trabalho consistente” (G. P., entrevista, 29/9/2005), e que, na prática, sua função precípua era receber projetos, prestações de contas e planos de aplicação e ‘aprová-los’ para viabilizar a gestão. Os trechos de entrevistas se referem a situações em que o fórum era pressionado a aprovar, sem muita discussão, propostas do gestor – tais como relatórios, prestações de contas e projetos – “porque senão a Secretaria não recebe, é a chantagem da burocracia” (A. R., entrevista, 8/9/2005).

Os conselhos foram considerados um ‘canal estatal’ de recepção de queixas e demandas por 35% dos entrevistados (32 em 92). Nessa acepção, os conselhos eram tidos como espaços de ‘denúncias’ nos quais os mais diversos atores sociais, inclusive movimentos sociais, tinham voz para reclamar sobre atendimento, cobranças indevidas por serviços prestados e “se expressar, (...) nas suas demandas, nas suas reivindicações” (F. R., entrevista, 20/6/2005).

Gráfico 7 - Número e percentual de tipos de papel atribuídos aos conselhos municipais de Saúde, por entrevistado. RMPA - 2005 e 2006



Fonte: Grupo de Pesquisas Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais, 2007.

Concluiu-se, nesta seção, que a maioria dos entrevistados considerava que os conselhos municipais de Saúde da RMPA desempenhavam papéis de 'deliberação sobre política de saúde' e de 'fiscalização'. Tais funções podem ser vistas como compatíveis com fóruns que, segundo a maioria dos entrevistados, concentravam suas discussões sobre assuntos relacionados à 'organização dos serviços, política de saúde e atenção à saúde' e a 'questões financeiras'.

Os entrevistados associavam à noção de 'deliberação' os debates que antecediam as votações, as cobranças por melhores serviços e a formulação de propostas. A idéia de deliberação, portanto, não está relacionada a uma suposta decisão sobre o conjunto das políticas da área nesse nível de gestão; a noção está vinculada ao modo como as decisões eram tomadas, mediante discussão e votação que expressa a vontade da maioria dos conselheiros. Os conselheiros podiam apresentar reivindicações e propostas diretamente ao gestor, as quais, se legitimadas pela maioria dos votos, teriam maiores chances de serem levadas em conta. Assim, os conselhos deliberavam, mas apenas o

faziam ao tratar das questões que constavam de sua pauta de discussões, a qual era formada sob a influência de atores sociais e, principalmente, governamentais, com destaque, dentre estes, para os gestores municipais de saúde.

O papel fiscalizador dos conselhos era relacionado à idéia de fiscalizar ou controlar o destino de verbas e o financiamento em saúde, a qualidade do atendimento prestado e as ações do gestor público. A forte indução do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao desenho das políticas do setor, e o conseqüente engessamento na aplicação dos recursos financeiros (Lima, 2005) não retiravam dos conselhos o papel fiscalizador do uso desses recursos em nível municipal. Ao contrário, esta parece ser uma das funções precípuas dos fóruns.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tratou de caracterizar o modo como atores estatais e societais participavam no processo decisório dos conselhos municipais de Saúde da RMPA e da arena política setorial e, também, de verificar que papel eles desempenhavam nessa arena. As normas legais e administrativas federais podem ser consideradas como um fator decisivo na criação e na organização de conselhos municipais. Mas não são condição suficiente para estabelecer as regras tácitas que caracterizam o modo de funcionamento e o papel exercido, de fato, por esses fóruns no contexto da área de saúde municipal. Em um contexto institucional de crescimento do peso relativo dos municípios como financiadores e gestores de políticas sociais, fóruns municipais podem tornar-se atraentes à participação. As próprias mudanças institucionais que revalorizaram os governos municipais podem estar influenciando atores políticos a buscarem a participação nos conselhos municipais de políticas públicas, vistos como espaços onde podem ocorrer decisões sobre o planejamento e a implementação das políticas de saúde, em nível local.

A criação de mecanismos participativos no quadro geral de mudanças sociopolíticas e institucionais da década de 1990 resultou na conformação legal e formal de espaços políticos em estreita relação com os órgãos públicos da área da saúde. Tais mecanismos participativos passaram a atuar como vigilantes dos recursos e das aplicações orçamentárias, como espaços de debate sobre os serviços de saúde oferecidos e sobre a política setorial, e muitas vezes na defesa dos princípios fundadores do SUS, tão caros ao

movimento sanitário. No entanto, não foi possível depreender do relato dos entrevistados que uma articulação de atores estatais e societais, a qual se assemelhasse a uma comunidade de política, atuasse no âmbito dos conselhos ou da arena política da área, nos municípios e na RMPA.

O que se observou foi a expressiva presença de atores sociais e governamentais, especialmente gestores municipais de saúde, não apenas na composição legal dos fóruns, mas também nas suas instâncias decisórias e no processo de formação de suas agendas. O número de representantes de organizações sociais (497) era superior em comparação à soma de representantes governamentais e de entidades de mercado (304) na composição do plenário dos conselhos. Os conselheiros provenientes de entidades sociais tinham presença marcante nas discussões que ocorriam nas reuniões, na ocupação da presidência dos fóruns, na definição das pautas e na composição das instâncias de direção do fórum. Não se pode desconsiderar que a relativa predominância de representantes de entidades sociais nos conselhos examinados esteja relacionada à peculiaridade da RMPA, em termos do alto grau de associativismo ali observado. Além disso, há que se levar em conta a presença significativa de conselheiros governamentais influenciando sobre as condições de infra-estrutura para o funcionamento dos fóruns, na definição das pautas e no próprio encaminhamento dado às decisões que ali são tomadas.

O fato de terem sido instituídos como condição para o repasse de verbas do governo federal parece não impedir, de acordo com os entrevistados, que os conselhos exerçam funções deliberativas e de fiscalização. No entanto, segundo os entrevistados, o significado de deliberação relacionava-se ao modo como as decisões eram tomadas, mediante discussão e votação, e ao fato de os conselheiros apresentarem reivindicações e propostas diretamente ao gestor. O papel fiscalizador dos conselhos era relacionado pelos entrevistados à idéia de fiscalizar, não apenas o destino de verbas e o financiamento em saúde, mas também a qualidade do atendimento prestado e as ações do gestor público.

REFERÊNCIAS

- BAIERLE, S. G. *Um Novo Princípio Ético-Político: prática social e sujeito nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre nos anos 80*, 1992. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- BRASIL. Lei complementar n. 20, de 1º de julho de 1974. Dispõe sobre a criação de estados e territórios.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/93, de 20 de maio de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, de 6 de novembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1103>. Acesso em: 20 ago. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus, 2007b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 maio 2007.
- CÔRTEZ, S. M. V. Pautas de reuniões e participação de usuários em conselho municipal de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, II, 1999, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Abrasco, 1999.
- CÔRTEZ, S. M. V. Especificidade dos conselhos municipais de saúde em relação aos demais fóruns participativos brasileiros. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VII, 2003, Brasília. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. CD-ROM.
- CÔRTEZ, S. M. V. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. *Revista Educar em Revista*, 25: 143-174, 2005.
- COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, 18: 49-71, 2002.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP). *Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil*, 2007. Disponível em: <www.extranet.ead.fiocruz.br/perfil_conselho_view/script/login2.php>. Acesso em: 18 maio 2007.
- FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). *Resumo estatístico RS – Municípios*, 2007. Disponível em: <www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios.php>. Acesso em: 12 set. 2007.
- GRUPO DE PESQUISAS SOCIEDADE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS SOCIAIS (GPPOS). Banco de dados da pesquisa Conselhos Municipais de Políticas Públicas e Direitos na Região Metropolitana de Porto Alegre. Porto Alegre: UFRGS, IFCH, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1996. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/supme/analiseresultados1.shtm>. Acesso em: 16 out. 2006.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso?. *Cadernos de Saúde Pública*. 18(suppl.): S47-S55, 2002.

LEE, K. & MILLS, A. *Policy-Making and Planning in the Health Sector*. Londres: Croom Helm, 1985.

LIMA, L. L. *Gestão da Política de Saúde no Município: a questão da autonomia*, 2005. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA (ABCP), 4, 2004, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABCP, 2004.

MOREIRA, M. R. et al. A democratização nos conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, 30(73/74): 205-218, 2006.

OBSERVATÓRIO. *Relatório final: como andam as metrópoles: IV Região Metropolitana de Porto Alegre*. Rio de Janeiro: UFRJ-IPPUR, 2005. Disponível em: <www.observatoriodasmetrosoles.ufrj.br/como_anda/como_anda_RM_portoalegre.pdf>. Acesso em: 2 out. 2006.

PINTO, C. R. J. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19(54): 97-113, 2004.

PINTO, S. G. B. *Regiões Metropolitanas: obstáculos institucionais à cooperação em políticas urbanas*, 2007. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, de 3 de outubro de 1989.

SILVA, I. G. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista de Políticas Públicas*, 8(2): 75-92, jul.-dez. 2004.

SILVA, M. K. *A Construção da 'Participação Popular': análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS*, 2001. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 7-18, 1998a.

VALLA, V. V. Comentários a "Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação". *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1): 31-32, 1998b.

WALT, G. *Health Policy: an introduction to process and power*. Londres: Zed Books, 1994.

ENTREVISTAS

- A. J. Entrevista realizada em 29 de dezembro de 2005. Canoas. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- A. L. Entrevista realizada em 30 de agosto de 2005. Arroio dos Ratos. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- A. R. Entrevista realizada em 8 de setembro de 2005. Charqueadas. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- B. A. Entrevista realizada em 19 de dezembro de 2005. Charqueadas. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- B. C. Entrevista realizada em 10 de outubro de 2005. Montenegro. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- B. O. Entrevista realizada em 5 de dezembro de 2005. Novo Hamburgo. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- C. A. Entrevista realizada em 21 de outubro de 2005. Montenegro. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- C. R. Entrevista realizada em 4 de julho de 2006. Guaíba. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- D. L. Entrevista realizada em 29 de agosto de 2005. Esteio. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- F. H. Entrevista realizada em 13 de setembro de 2005. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- F. I. Entrevista realizada em 15 de junho de 2005. Novo Hamburgo. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- F. R. Entrevista realizada em 20 de junho de 2005. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- G. A. Entrevista realizada em 14 de outubro de 2005. Alvorada. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- G. H. Entrevista realizada em 30 de março de 2006. Campo Bom. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- G. P. Entrevista realizada em 29 de setembro de 2005. Alvorada. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- I. C. Entrevista realizada em 21 de junho de 2005. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- I. L. Entrevista realizada em 24 de junho de 2005. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- J. R. Entrevista realizada em 13 de outubro de 2005. Nova Santa Rita. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- L. E. Entrevista realizada em 27 de outubro de 2005. Cachoeirinha. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

- L. M. Entrevista realizada em 6 de setembro de 2005. Viamão. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- M. A. Entrevista realizada em 31 de outubro de 2005. Eldorado. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- M. D. Entrevista realizada em 4 de novembro de 2005. Taquara. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- N. D. Entrevista realizada em 8 de dezembro de 2005. Alvorada. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- O. G. Entrevista realizada em 10 de agosto de 2005. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- O. L. Entrevista realizada em 21 de junho de 2006. Novo Hamburgo. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- P. M. Entrevista realizada em 4 de outubro de 2006. Santo Antônio da Patrulha. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- Q. H. Entrevista realizada em 19 de setembro de 2006. Sapiranga. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- R. B. Entrevista realizada em 30 de junho de 2005. Dois Irmãos. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- R. L. Entrevista realizada em 14 de setembro de 2005. Charqueadas. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- S. D. Entrevista realizada em 17 de outubro de 2006. Viamão. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- S. J. Entrevista realizada em 22 de setembro de 2006. Triunfo. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- S. S. Entrevista realizada em 14 de junho de 2006. São Jerônimo. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- T. C. Entrevista realizada em 7 de outubro de 2006. Triunfo. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- T. L. Entrevista realizada em 30 de março de 2006. Campo Bom. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.