

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**AVANÇOS E IMPASSES DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS NA
PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL**

KACIO ROGERIO DE ARAUJO

**CAMPINA GRANDE – PB
2004**

KACIO ROGERIO DE ARAUJO

**AVANÇOS E IMPASSES DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS NA
PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL**

**CAMPINA GRANDE-PB
2004**

KACIO ROGERIO DE ARAUJO

**AVANÇOS E IMPASSES DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS NA
PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Sociologia da Universidade
Federal de Campina Grande, como
requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Sociologia, sob orientação
do Professor Dr. Márcio de Matos
Caniello.

**CAMPINA GRANDE – PB
2004**



A663a	<p>Araujo, Kacio Rogerio de. Avancos e impasses do Conselho Municipal de Saude de Patos na pratica do controle social / Kacio Rogerio de Araujo. - Campina Grande, 2004. 151 f.</p> <p>Dissertacao (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.</p> <p>1. Sociologia - Controle Social. 2. Conselhos Gestores. 3. Conselho Municipal de Saude - Patos (PB). 4. Dissertacao - Sociologia. I. Caniello, Marcio de Matos II. Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande (PB)</p> <p>CDU 316.35(043)</p>
-------	--

KACIO ROGERIO DE ARAUJO

**AVANÇOS E IMPASSES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PATOS NA PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Campina Grande, pela comissão formada pelos professores:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio de Matos Caniello
UFCG
(Presidente - Orientador)

Prof. Dr. Rubens Pinto Lyra
UFPB
(Examinador)

Prof. Dra. Glacy González Gorski
UFCG
(Examinadora)

Prof. Dr. Lúcio Flávio de Vasconcelos
UFCG
(Suplente)

Campina Grande - PB
Dezembro de 2004

“Toda injustiça é um fato que reclama de todos nós uma posição energia, humana e de combate. Seja contra alguém próximo a nós, ou contra quem não conhecemos. Porque a injustiça começa com quem não conhecemos, mas um dia ela poderá chegar à nossa porta”

(Uma professora lá da Pitombeira de Patos).

Agradecimentos...

Obrigado Deus pelo amor, pela misericórdia e pelas pessoas que vou agradecer em seguida. Que o Senhor possa fazer por elas o que fez por mim.

Obrigado Minha Família...

Obrigado Prof. Márcio de Matos Caniello...

Obrigado Joãozinho, Rinaldo, Zezinho e Rui...

Obrigado Prof. Rubens Pinto Lyra...

Obrigado Prof. Lúcio Flávio...

Obrigado Justino...

Obrigado colegas do Mestrado...

Obrigado Pe. João Jorge...

Obrigado Celene, Assizinho, Alberi, Rivonaldo, Prof. Lemuel...

Obrigado Irmão Júnior, Irmã Fabiana, Irmão Erinaldo...

Obrigado aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Patos...

Que Deus os Abençoe.

RESUMO

À luz da discussão conceitual sobre a relação entre cultura cívica, mecanismos democráticos participativos de gestão e eficácia, este trabalho analisa o desempenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Patos – PB, tendo em vista as possibilidades dele influir na formulação da agenda pública das políticas de saúde e no controle de sua execução no município. Considerando que é preciso primeiro que os conselhos existam de fato, com funcionamento regular para que alcancem eficácia, investigamos o processo de criação e a dinâmica de funcionamento do Conselho. A principal técnica utilizada na condução deste estudo foi a pesquisa de campo com observação participante e entrevistas abertas semi-estruturadas, base da metodologia da antropologia social, associada à utilização de recursos da metodologia quantitativa. A pesquisa revelou graves problemas que limitam o potencial participativo do Conselho, entre os quais há que se ressaltar o resultado da relação estabelecida pelo poder público que ainda tem no clientelismo o tratamento tradicional de conduzir a coisa pública, agravado ainda mais pela representação deficiente dos conselheiros por causa do despreparo técnico e político. Quanto à efetividade do Conselho neste processo, verificou-se uma baixa capacidade de influir na formulação da agenda municipal de saúde. A baixa efetividade reflete na eficácia do Conselho. Conclui-se ainda que, a qualificação dos conselheiros constitui-se no caminho mais viável para superar os limites impostos aos trabalhos do Conselho. Por outro lado, a experiência do Conselho, torna visível a importância desta inovação democrática com participação popular para a construção de uma sociedade cívica.

Palavras-chave: Conselhos gestores de políticas públicas, controle social, participação popular e desempenho institucional.

ABSTRACT

Under the light of the conceptual discussion on the relation between civic culture, participative and democratic mechanisms of management and efficacy, this work analyzes the institutional work of the municipal health council of Patos – PB, in order to check the possibilities it has to influence on the formulation of a public agenda of health policies and also in the control of its execution in the town. Considering that it is first needed that the councils really exist and that they work regularly so that they can be effective, we analyzed the creation and the dynamic of functioning of the council. The main technique used in the study was the field research with participant observation and open semi-structured interviews, basis of the methodology of social anthropology, in association with the resources of quantitative methodology. The research observed severe problems which limit the participative potential of the council, among them we specially cite the result of the relation between the public management, which a traditional way to manage public property, worsened by the ineffective representation of councilors due to their poor political and technical preparation. Concerning the effectiveness of the council in this process, it was observed a low capacity to influence in the formulation of the municipal health agenda. The low effectiveness is reflected in the efficiency of the council. It can also be concluded that the preparation of councilors is the best way to overcome the limits imposed by the works of the council. On the other hand, the council experience shows the importance of this democratic innovation with popular participation in the formation a civic society.

KEY WORDS: Public policy management councils, social control, popular participation institutional work.

ÍNDICE DE FIGURAS

Quadro I: Análise das competências do CMS de Patos segundo o Regimento Interno do Conselho

Quadro II: Análise do Funcionamento do CMS de Patos

Quadro III: Perfil Sócio-Econômico

Quadro IV- Perfil Profissional

Quadro V: Tipo de Organizações que os Conselheiros Participam

Quadro VI – Representatividade do CMS-P

LISTA DE SIGLAS

AABB- Associação Atlética do Banco do Brasil
AMEP- Associação dos Municípios das Espinharas
ASDAC- Associação de Desenvolvimento e Apoio Comunitário
ASES – Associação Sertaneja dos Estudantes Secundaristas
CAGEPA- Companhia de Água e Esgoto da Paraíba
CAMPAL- Cooperativa Agrícola de Patos
CDL- Clube dos Diretores Lojistas
CENSSA- Central de Serviços Alcoólicos Anônimos
CES – Conselho Estadual de Saúde
CEU- Clube dos Estudantes Universitários
CÉU- Coligação Esquerda Reunida
CJP- Comissão de Justiça e Paz
CMS- Conselho Municipal de Saúde
CMS-P – Conselho Municipal de Saúde de Patos
CNPq- Conselho Nacional de Pesquisa
COMCARP- Confederação do Movimento Comunitário e Popular
CONAN – Confederação Nacional das associações Comunitárias
CREA- Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura
CS's- Conselhos de Saúde
CSU- Centro Social Urbano
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DATASUS - Dados do Sistema Único de saúde
ECD – Controle de Doenças
EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EMATER - Empresa de Assistência a Terra
EMEPA - Empresa Estadual de Pesquisa Agropecuária
FAPESQ/PB - Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado da Paraíba
FETAG- Federação dos Trabalhadores da Agricultura
FMS- Fundo Municipal de Saúde
GIAASP- Grupo Independente de Análise, Ação Social e Política
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS- Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias
MS- Ministério da Saúde
MST- Movimento dos Trabalhadores Rurais
NOB – Normas de Operacionalização Básica
ONG'S- Organizações Não Governamentais
PAB – Plano de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC do B – Partido Comunista do Brasil
PDT- Partido Democrático Trabalhista
PEA – População Economicamente Ativa
PFL- Partido da Frente Liberal
PHS- Partido Humanista Social
PPI – Programa de Pactuação Integrada
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PMS- Plano Municipal de Saúde
PPTA- Programa de Tecnologia Apropriada
PPS- Partido Popular Socialista
PSB- Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia
PT - Partido dos Trabalhadores
PV- Partido Verde
SEBRAE- Serviço Brasileiro de Apoio a Pequena e Média Empresa
SENAC- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI- Serviço Nacional do Emprego
SENAI- Serviço Nacional da Indústria
SENAR- Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SETRAS- Secretaria do Trabalho e Ação Social
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SESI- Serviço Social da Indústria
SIAB – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIS – Sistema de Informações de Saúde
SMF - Secretaria Municipal de Finanças
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
STR- Sindicato dos Trabalhadores Rurais
UAC- União das Associações Comunitárias
UBS's- Unidades Básicas de Saúde
UFPB- Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1.- INTRODUÇÃO	17
2.- CAPÍTULO I: CULTURA CÍVICA: ASPECTOS CONCEITUAIS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	23
<i>2.1.- Democracia Participativa: o Contexto Político de Disseminação da Cultura Cívica</i>	
<i>2.2.- Cultura cívica, Comunidade Cívica e Capital Social</i>	27
<i>2.3.- Aspectos Metodológicos</i>	32
3.- CAPÍTULO II: CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE COMO MECANISMOS DA NOVA ORDEM MORAL DE CIDADANIA	49
<i>3.1.- Contexto Histórico e Político da Institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil</i>	
<i>3.2.- Conselhos Municipais de Saúde: Arenas de Participação e Mecanismos de Promoção de Comunidades Cívicas</i>	52
4.- CAPÍTULO IV: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS	58
<i>4.1. O Ambiente Político-Institucional</i>	
<i>4.1.1. O Município de Patos</i>	
<i>4.1.2. Poder Local</i>	59
<i>4.1.3. A “Cultura Cívica”</i>	61
<i>4.2. A Gestão da Saúde no Município</i>	67
<i>4.2.1. A Saúde no Município</i>	
<i>4.2.2. O Fundo Municipal de Saúde</i>	70
<i>4.3. O Conselho Municipal de Saúde</i>	73
<i>4.3.1. Origem</i>	

<i>4.3.2. Infra-Estrutura</i>	78
<i>4.3.2.1. Orçamento Próprio</i>	81
<i>4.3.4. Regimento Interno</i>	82
<i>4.3.5. Composição</i>	88
<i>4.3.6. Perfil Institucional</i>	92
4.4. Os Conselheiros	95
<i>4.4.1. O perfil Sociológico</i>	
<i>4.2.2. Qualificação</i>	100
<i>4.4.3. Capacitação</i>	104
<i>4.4.4. Atuação</i>	106
4.5. O Funcionamento do Conselho	110
<i>4.5.1. Planejamento e Avaliação de Atividades</i>	
<i>4.5.2. Regularidade das Reuniões</i>	114
<i>4.5.3. Dinâmica das Reuniões</i>	116
<i>4.5.4. Efetividade</i>	121
4.6. O Controle Social	135
5.- CONCLUSÕES	138
6.- BIBLIOGRAFIA	143
7. ANEXOS	149

1. INTRODUÇÃO

A criação de mecanismos institucionais de participação popular no processo de formulação e implementação de políticas sociais foi uma das conquistas mais importantes da sociedade civil no processo de construção da democracia no Brasil, na medida em que ela aponta para o rompimento com a forma emergencial, fragmentada e descontínua que caracterizou o quadro das políticas públicas em nossa realidade até a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Entre esses mecanismos institucionais, os conselhos municipais de gestão participativa podem constituir uma garantia dessa participação no processo decisório das políticas públicas. De fato, sua existência abre a possibilidade de tornar público relações, interesses, conflitos e disputas antes restritas às quatro paredes dos gabinetes, assim como apontam para uma maior transparência no uso dos recursos públicos, em virtude de sua função fiscalizadora. Destaca-se neste sentido, sobretudo, os conselhos que são criados no âmbito daquelas políticas em que se registram maiores avanços em termos de leis complementares, em decorrência da mobilização da sociedade civil, como é o caso da saúde.

Os conselhos de saúde, arranjos institucionais abertos à participação da sociedade civil organizada, emergiram no cenário político-institucional brasileiro a partir das reformas setoriais que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto da luta dos movimentos sociais organizados em torno da reforma sanitária, os conselhos surgiram a partir de 1990, quando foram aprovadas as leis 8.080/90– Lei Orgânica da Saúde – e 8.142/90, que dispõe sobre os conselhos de saúde em âmbito nacional. A partir de então, esses instrumentos passaram a fazer parte da configuração institucional setorial, com a incumbência de garantir o cumprimento do princípio constitucional da “participação da comunidade” e assegurar o “controle social” sobre as ações e serviços de saúde do SUS.

A Lei 8.142/90 formaliza esse controle ao atribuir aos conselhos de saúde caráter permanente e deliberativo, estabelecendo também sua competência para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Desta maneira, suas decisões deverão ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

De composição mista, os conselhos de saúde incluem representantes do governo, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços em condição paritária com os representantes dos usuários, escolhidos por associações da sociedade civil. Nessa medida, são importantes inovações no âmbito da organização do setor saúde no Brasil, com a particularidade de situarem-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro (Cf. Cruz, 2000:76).

Como um constructo institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde perseguida pelos movimentos sociais, os conselhos de saúde fazem parte da Reforma Sanitária, enquadrada, por sua vez, na questão mais ampla da democratização e descentralização do Estado no contexto das reformas sociais iniciadas a partir da segunda metade da década de 1970.

Tal como enfatizado na Constituição de 1988, apostou-se na construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para se atingirem a dignidade, a liberdade e a justiça social. Contudo, alguns estudos de casos sobre o funcionamento dos conselhos de saúde têm demonstrado sua baixa capacidade de influírem na formulação das políticas públicas do setor, evidenciando, um espaço mais de controle sobre as ações do governo e vocalização de denúncias e demandas (Cf. Carvalho & Teixeira, 2000, *et. al.*).

O fato é que em muitos casos analisados a renovação legal e institucional no processo de formulação e implementação de políticas públicas não tem sido acompanhada da renovação das práticas políticas e da efetiva democratização da gestão da coisa pública (Cf. Oliveira, 1998:4). Ora, essa situação é paradoxal, uma vez que havemos de concordar com Tocqueville (1977:52) que, ao se deslocarem os limites dos direitos eleitorais, sente-se a necessidade de deslocá-los mais, pois a cada nova concessão, as forças da democracia aumentam e as suas exigências crescem com o seu novo poder. No caso de certos conselhos municipais de saúde, o que estaria empatando, na prática, essa progressão?

Essa questão, que movimenta nossa reflexão, é um quadro que tem colocado para organizações governamentais e não-governamentais o desafio de conhecer com mais profundidade a realidade dos conselhos, a fim de elaborar uma proposta mais qualificada em seu processo de intervenção no âmbito das políticas públicas.

Assim, concordando com Caniello e Justino Filho (2004:8), o aprofundamento da pesquisa sobre o controle social das políticas públicas, mais especificamente na área da saúde, que é o objeto desta dissertação, é de suma relevância porque com os avanços patrocinados pela doutrina constitucional, poderemos contribuir para a transformação democrática da triste história social brasileira. Nesse sentido, devemos avaliar a eficácia do controle social das políticas públicas de saúde no Brasil para identificarmos, por um lado, os limites e impasses e, por outro, as suas reais potencialidades.

Diante do exposto e na tentativa de contribuir para a compreensão de como vem se dando de fato as tentativas de controle social na área da saúde, realizamos um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Patos procurando avaliar a eficácia do controle social no seu âmbito.

Em Patos, o processo de municipalização da saúde foi efetivado em 1994 com a criação do Conselho Municipal de Saúde com indicação popular, através da Lei n.º

2.107/94 de 15 de setembro do mesmo ano. De lá pra cá, diferentemente do que acontece na maioria dos municípios paraibanos (Cf. Caniello e Justino Filho, 2004), o segmento dos usuários vem presidindo os trabalhos do conselho em detrimento do poder político local, que não tem tido êxito nas inúmeras tentativas de eleger seus representantes, restando a este iniciativas no sentido de alterar a composição do conselho a seu favor ou de desestruturar seus trabalhos ao não garantir as condições necessárias para o seu funcionamento.

Consideramos, assim, que o fato de um representante dos usuários estar à frente da presidência do Conselho Municipal de Saúde em Patos pode ser considerado um avanço no processo de democratização e ampliação da participação popular, principalmente na Paraíba, historicamente caracterizada pelo domínio de oligarquias no convívio entre o Estado e sociedade civil.

Diante deste cenário, algumas questões despontaram como fios condutores de nossas indagações: (a) o Conselho Municipal de Saúde de Patos pode ser considerado um instrumento de controle social e participação popular? (b) os limites aos quais já nos referimos desfavoreceram o fortalecimento do conselho como instrumento de controle social e participação popular? (c) qual o papel pode vir a desempenhar o conselho no sentido de conseguir mudanças nas formas tradicionais de gestão desenvolvidas pelo governo local? (d) de que maneira a presença do conselho vem atuando no controle social dos serviços de saúde?

Diante disso, procuramos investigar o processo de criação, implantação e a dinâmica interna de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Patos.

O nosso estudo está organizado em três capítulos. No primeiro, buscamos fazer, à luz de autores referenciais, discussões sobre “democracia participativa”, “cultura cívica” e “capital social”, apreendendo alguns componentes para subsidiar o estudo, dando relevância aos aspectos positivos da participação nos conselhos de saúde, virtuais desencadeadores

de “círculos virtuosos” (Cf. Putnam, 1996), um aspecto que consideramos decisivo para o processo democrático participativo.

No segundo capítulo, discutimos os conselhos municipais de saúde como mecanismos da nova ordem moral da cidadania, o que nos possibilitou fazer uma leitura dos conselhos como espaços importantes na expressão de novas sociabilidades do poder local, discutindo os avanços e limites desses mecanismos no controle social das políticas de saúde.

Segundo Putnam (1996:75), o grau de “civismo” de uma comunidade está diretamente relacionado com o bom ou mau desempenho das instituições públicas e governamentais. Nesse sentido, no terceiro capítulo fazemos um resgate do cenário social de Patos, apresentando a caracterização do município, seu ambiente político-institucional, a análise do contexto histórico e político, a tradição organizativo-associativa local e o quadro da saúde, destacando as condições de inserção do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde no processo de descentralização da saúde no município.

Avaliamos também a atuação dos conselheiros, sobretudo no que concerne a seu envolvimento e compromisso com o exercício de seu papel e, para isso, investigamos alguns aspectos: o perfil dos conselheiros, a frequência nas reuniões do conselho, a participação nas discussões ocorridas nas reuniões, e a trajetória política dos conselheiros. Em seguida, analisamos a dinâmica de formação e de funcionamento do conselho, encerrando com a análise da eficácia do controle social praticado pelo conselho.

Para analisarmos a eficácia do conselho, seguimos a proposta metodológica de Caniello e Justino Filho (2004:37-50) que elaboraram um quadro sinótico de indicadores usualmente utilizados para medir a eficácia dos conselhos: a origem e natureza do conselho, a infra-estrutura disponível para o seu funcionamento, a existência de orçamento próprio, a existência de regimento interno, a composição, o perfil institucional, a qualificação dos conselheiros observada no exercício do papel de conselheiro, os processos de capacitação

disponíveis, a representatividade dos mandatos dos conselheiros, o funcionamento do conselho, destacando-se as atividades de planejamento e avaliação de atividades, a regularidade e a dinâmica das reuniões. Por fim, analisamos a efetividade do conselho e o controle social patrocinado pelo conselho a partir dos parâmetros de eficiência e eficácia (Cf. Carvalho & Teixeira, 2000; Caniello e Justino Filho, 2004).

Nas considerações finais, discutimos alguns aspectos constatados pela pesquisa que poderão vir a contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre conselhos de saúde, cultura cívica e participação popular.

CAPÍTULO I – CULTURA CÍVICA: ASPECTOS CONCEITUAIS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

2.1. *Democracia Participativa: O Contexto Político de Disseminação da Cultura Cívica*

Podemos considerar os regimes políticos liberais atuais como democracias formais, isto é, democracias cujas constituições garantem a todos os cidadãos legalmente qualificados um conjunto de direitos e liberdades (de expressão, de ir e vir, de formar organizações, direito à informação, de votar e ser votado para o exercício de cargos eletivos etc.). Estando essas garantias complementadas por um sistema pluripartidário e por eleições livres e periódicas (Cf. Dahl, 1972: 26). Assim, a democracia caracteriza-se por um conjunto de regras primárias ou fundamentais que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais procedimentos (Cf. Bobbio, 1992: 30).

Segundo Mill e Dahl (*apud* Putnam, 1996:77), a principal característica de uma democracia é a constante sensibilidade do governo em relação às preferências de seus cidadãos. No entanto, o nosso sistema político formal não vem dando conta da densa diversidade de problemas que afetam as sociedades, o que estimula o surgimento do clamor por maior participação nas decisões políticas por intermédio de organizações sociais não partidárias, que vêm ocupando espaços antes exclusivos dos partidos políticos.

De fato, a desilusão em relação às democracias liberais consolidadas, por um lado, e os estímulos ao aprofundamento da democratização em países de recente liberalização, por outro, têm vindo ao encontro da ressurreição da sociedade civil, da reestruturação do espaço público e da intensa mobilização dos grupos independentes (Cf. Figueiredo, 200:26). De fato, os regimes democráticos não representam o apanágio para a resolução dos problemas que afetam a sociedade, pois

“estes revelam-se profundamente marcados por distribuição desigual não só dos bens materiais, mas também dos bens simbólicos e dos recursos de poder, com os quais são enfrentados os problemas da ordem social” (Moisés *apud* Figueiredo, 2000:29).

Em conseqüência, o entusiasmo democrático que normalmente caracteriza a fase inicial do processo, cede lugar, muitas vezes, ao desencanto, à apatia e, mesmo, à hostilidade em face da democracia. Com efeito, de acordo com Bobbio,

“Os Estados tornaram-se cada vez maiores e sempre mais populosos, e neles nenhum cidadão está em condições de conhecer todos os demais, os costumes não se tornaram mais simples, tanto que os problemas se multiplicaram e as discussões são a cada dia mais espinhosas, as desigualdades de fortunas ao invés de diminuir tornaram-se, nos Estados que se proclamaram democráticos (embora não no sentido rousseauiano da palavra), cada vez maiores e continuam a ser insultantes” (Bobbio, 1992:54).

O problema é que a política e o governo que caracterizam a democracia liberal não acompanharam as mudanças sociais e econômicas decorrentes

“no plano econômico, das mudanças no mundo do trabalho com o processo de globalização, na esfera institucional, da crescente defasagem entre o ordenamento jurídico e as instituições do Estado face às novas realidades sociais e, no plano político, com a conseqüente valorização da democracia, enquanto regime político e forma de acesso ao poder” (Lyra, 2000:36).

Agora, o fato é que sem poder mais contar com a arrumação de suas partes formais, de uma razoável dose de sorte na vida econômica e nas questões institucionais, como sugeria uma certa corrente de pensamento de análise do desempenho institucional¹, pode se

¹ A esse respeito ver o trabalho “Considerações sobre o governo representativo” de John Stuart Mill.

dizer que tal realidade aponta para o fracasso dos sistemas de democracia representativa (Cf. Putnam, 1996: 25):

“Tomou-se evidente a incapacidade do atual ordenamento jurídico assegurar as demandas desse novo universo social fazendo-se necessário a construção de um novo espaço público, no qual o exercício da democracia direta possa vir a 'desconstituir' o ordenamento jurídico-institucional vigente e a construir um Estado que garanta a mobilização transformadora de milhões de cidadãos” (Lyra, 2001:38).

Trata-se portanto, de construir uma

“nova esfera pública (que) recupera as exclusões e organiza, num sentido estrito, os mais poderosos interesses econômicos privados para lhes dar forma de interesses públicos, e isso de maneira que a eles sejam incorporadas as necessidades da massa” (Genro *apud* Lyra, 2001:39).

Trata-se de uma esfera que permita a interação das novas alternativas de participação, dos grupos organizados da sociedade.

“A natureza dessa esfera é essencialmente política argumentativa. É um espaço para o debate, face a face, dos problemas coletivos da sociedade, diferenciando do debate no espaço estatal propriamente dito. A esfera pública tem um papel fundamental na reconstrução da teoria democrática ao introduzir uma concepção participativa, discursiva, criando espaço para a generalização da ação social, para o reconhecimento das diferenças e para a ampliação da forma do político” (Gohn, 2001:58).

Por isso, a consolidação do processo democrático na sociedade contemporânea passa, a nosso ver, por uma nova concepção a respeito do sistema de governo que permita maior participação da sociedade civil nas decisões políticas. Não porque um sistema com mais participação, por si só, elimine as iniquidades sociais, mas porque a baixa participação e a iniquidade estão de tal modo interligadas, que uma sociedade mais equânime e

mais humana exige um sistema de participação política mais intenso. A esse tipo de democracia, em que se destaca o conteúdo ético humanitário baseado na solidariedade e no desenvolvimento integral da comunidade, que assegura a participação mais ampla possível do cidadão tanto na esfera política como na esfera econômica e social, resgatando, assim, a importância da sociedade civil, Macpherson (1977:98) chama de “democracia participativa”.

Esse autor formula um modelo de democracia participativa enfatizando os movimentos sociais e a ampliação da ocupação do espaço político pela sociedade civil. O modelo procura combinar os mecanismos da democracia representativa com formato piramidal de participação direta e indireta dos cidadãos, por meio de conselhos, sem excluir, no entanto, o sistema partidário (Cf. Macpherson *apud* Lyra, 2000:18). Bobbio contribui para essa discussão quando afirma que:

“historicamente democracia tem dois sentidos prevalecentes, ao menos na origem, conforme se ponha em maior evidência o conjunto das regras cuja observância é necessária para que o poder político seja efetivamente distribuído entre a maior parte dos cidadãos, as chamadas regras do jogo (formal), ou o ideal em que um governo democrático deveria se inspirar, que é o da igualdade (substantiva)”
Bobbio (1994:34).

Segundo Lyra, Bobbio conclui que “o processo de democratização não consiste na passagem da democracia representativa para a direta, mas na ocupação, pelas formas ainda tradicionais da democracia, como é a representativa, de espaços até agora dominados por organizações de tipo hierárquico e burocrático” (Bobbio *apud* Lyra, 2000:20). Isso quer dizer que:

“se se deseja apontar um indicador do desenvolvimento democrático, este não pode ser o número de pessoas que têm o direito de votar, mas o número de locais, diferentes dos locais políticos, nos quais se exerce o direito de voto;

sintética mas eficazmente: para dar um juízo sobre o Estado da democratização num dado país, o critério não deve mais ser o de 'quem' vota, mas o do 'onde' vota" (Bobbio, 1992: 68).

Não obstante esse passo fundamental na reconstrução das instituições democráticas, Macpherson aponta dois pré-requisitos fundamentais para a instauração de uma democracia substantiva – minimização das diferenças sociais e mudanças na mentalidade do povo. Contudo, para se alcançar esse objetivo é necessário ir além da diminuição das desigualdades sociais mediante melhor distribuição da renda; é imprescindível que também haja mudanças nos valores, atitudes e práticas que informam a consciência nos cidadãos (Cf. Macpherson, 1977:86).

2.2.- Cultura Cívica, Comunidade Cívica e Capital Social

A literatura atual sobre democracia participativa, comunidade cívica e capital social procura resgatar a importância da sociedade civil na consolidação do processo democrático, e um aspecto central nessa literatura é a importância da participação cívica, entendida como o conjunto das ações desenvolvidas pela sociedade civil no controle social efetivo sobre as decisões de política do Estado.

Nessa literatura, os fatores sócio-culturais assumem importância decisiva no estudo das democracias contemporâneas, particularmente quando se tem em perspectiva a necessidade de participação mais ativa do cidadão nas decisões políticas que afetam a sociedade como um todo (Cf. Figueiredo, 2000:20).

Vários estudos, entre os quais ressaltamos o de Putnam (1996), apontam para a existência de uma correlação positiva entre desempenho institucional e comunidade cívica.

Isto é, para ser eficaz, uma instituição democrática tem que ser sensível ao eleitorado e eficaz na utilização de recursos.

“o desempenho de uma instituição está de algum modo estreitamente relacionado com o caráter cívico da vida social e política do lugar. Tal comunidade será tanto mais cívica quanto mais a política se aproximar do ideal de igualdade entre cidadãos que seguem as regras de reciprocidade e participam do governo” (Putnam, 1996:24).

Portanto, o bom governo é aquele que na maior parte do tempo serve aos interesses da maioria das pessoas. Assim sendo, o desempenho institucional é importante porque afinal a qualidade do governo interessa à vida das pessoas. Para isso, o governo muitas vezes tem que ser previdente e antecipar-se às demandas que ainda não foram articuladas (Cf. Putnam, 1996: 81).

Analisando a história agitada das instituições republicanas na Antiguidade e também na Itália renascentista, Maquiavel² e vários contemporâneos seus concluíram que o êxito ou o fracasso das instituições livres dependia do caráter dos cidadãos, ou seja, de sua virtude cívica. Nesse contexto cívico cada um tem consciência do seu papel e de seus deveres como cidadão, as instituições são tidas como mecanismos para se alcançar propósitos, visando interesses coletivos e comuns à toda a sociedade e, ao mesmo tempo, têm seus desempenhos profundamente influenciados. Assim, quanto mais cívica for uma comunidade³, mais abertos e democráticos tenderão a ser os processos de decisão pública. (Cf. Putnam 1996:24).

² Nicolau Maquiavel foi um dos fundadores da “Escola republicana de humanistas cívicos” que enfatizava a comunidade e as obrigações dos cidadãos nos seus estudos.

³ Comunidade cívica se caracteriza por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias, por sua estrutura social firmada na confiança e na colaboração. O conceito de capital social, por sua vez, diz respeito aos elementos que o constituem, implica confiança e sistemas de participação cívica (Cf. Putnam, 1996:25).

Nessas comunidades os cidadãos apresentam maior interesse pelas questões públicas, se mantêm unidos por relações horizontais de reciprocidade e cooperação, e a cidadania política implica direitos e deveres iguais para todos. Nessa medida, capital social diz respeito a características da organização social, como confiança e regras de participação cívica, que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando ações coordenadas (Cf. Putnam, 1996:177).

A preocupação de Putnam (1996) era saber porque algumas instituições democráticas conseguiam ter um bom desempenho e outras não, porque as mesmas instituições democráticas conseguiam ter desempenhos diferentes em lugares diferentes e, quais seriam as condições necessárias para se ter instituições fortes, responsáveis e eficazes.

Ele chegou à conclusão de que é o estabelecimento de uma cultura cívica associado a promoção de capital social os reais promotores de instituições democráticas, eficientes e estáveis. Neste sentido, ele fala de uma nova ordem moral de cidadania, condizente com o aprofundamento da democracia participativa que, no nosso entender, os conselhos gestores de políticas públicas estão fomentando (Cf. Putnam, 1996:180).

Tal conclusão reveste-se de especial importância relativa aos conselhos de saúde na criação de um círculo virtuoso⁴ que envolve a participação cidadã, no despertar da consciência cívica e no acúmulo de capital social, fomentando uma espiral que realimenta a instauração de comunidades cívicas capazes de dar sustentabilidade à democracia participativa.

O ponto de partida para investigar em que medida os conselhos de saúde podem incidir no fomento de um círculo virtuoso baseia-se justamente no seguinte pressuposto: se é certo que existe uma estreita relação entre o nível cívico alcançado por uma comunidade e a consolidação do processo democrático, então, certas instituições, particularmente aque-

⁴ Segundo Putnam, 1996:187, círculos virtuosos redundam de equilíbrios sociais com elevados níveis de cooperação, confiança, reciprocidade, civismo e bem-estar coletivo.

las que por sua natureza incentivam a participação dos cidadãos na discussão e resolução dos problemas que os afetam, promovem o desenvolvimento de comunidades cívicas. Em consequência disso, as mudanças institucionais propiciadoras de práticas participativas nas decisões públicas e incentivadoras da organização dos interesses comunitários, benéficas em si para a formação cívica dos cidadãos, podem levar à inclusão de camadas da população tradicionalmente excluídas da ação coletiva como também promover a participação nesses colegiados. Esse engajamento leva à acumulação de um estoque de capital social e a sua disseminação em meio aos estratos sociais, incentiva o controle social sobre as ações de governo e promove o fortalecimento de comunidades cívicas, constituindo-se em autêntico círculo virtuoso que, pode evoluir quantitativa e qualitativamente com o decorrer do tempo.

Segundo Putnam (1996), as comunidades cívicas atingem maior expressão em sociedades que acumulam um certo estoque de capital social por meio da socialização de práticas baseadas em regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica que estimulam o estabelecimento da confiança generalizada entre os cidadãos. Nesse sentido, ele afirma que independentemente do estágio de desenvolvimento, as sociedades em geral defrontam-se com a necessidade de desenvolverem ações coletivas. O êxito dessas ações depende, em certa medida, do contexto social, político e econômico mais amplo que determina o rumo das disputas que ocorrem em seu interior. Inclusive, os países em desenvolvimento, cujo passado recente tem sido caracterizado por um déficit de participação – dados os longos períodos de dominação autoritária, com a consequente desarticulação das relações entre o Estado e a sociedade civil – e pela exclusão social expressa nas grandes franjas de pobreza existentes (Cf. Putnam, 1996:184).

Por outro lado, a pobreza e a desconfiança mútua entre os cidadãos minam a solidariedade horizontal, gerando práticas políticas caracterizadas por relações verticais de de-

pendência e exploração entre o cidadão e o poder instituído. Nessas situações os vínculos verticais do clientelismo e da patronagem⁵ restringem a participação cívica e inibem as manifestações voluntárias e horizontalmente organizadas de solidariedade social. Conseqüentemente, nesse sistema vertical a confiança e a cooperação sociais tornam-se insustentáveis. A relação caracteriza-se pela dependência e não pela reciprocidade. Quando isso acontece na comunidade não-cívica também é algo que tende a reforçar-se. A deserção, a desconfiança, a omissão, a exploração, o isolamento, a desordem e a estagnação intensificam-se reciprocamente num “miasma sufocante de círculos viciosos” (Putnam 1996:186).

Segundo Santos (1993:130), essa situação gera a conformação de um “hobbesianismo estatofóbico”, caracterizado por um individualismo exacerbado, grande desconfiança nas instituições públicas e dificuldade do cidadão em participar de forma desinteressada na resolução dos problemas que dizem respeito a todos.

Todavia, apesar do legado histórico desfavorável, da frágil situação econômica, da violência e do individualismo imperantes, tal estado de coisas pode ser revertido mediante ações que vão ao encontro da satisfação dos pré-requisitos apontados por Macpherson (1977) e enfatizados por Putnam (1996), que consistem, resumidamente, no esforço da auto-imagem do indivíduo como cidadão consciente de seu agir e de suas capacidades, por meio de ações que reduzam as desigualdades sociais e econômicas, e estimulem a consciência cívica.

Conforme sugere Putnam (1996), o contexto cívico incide sobre o desempenho das instituições que incide sobre o contexto socioeconômico. Portanto, comunidade cívica e capital social não podem ser questões exclusivas dos países desenvolvidos (Santos, 1992:193-194).

⁵ Sobre o conceito de patronagem e suas repercussões na vida política nacional ver Caniello, 1990:49 e 1993:205.

Afinal, é como afirma Tocqueville (*apud* Putnam, 1996:191) diante de uma sociedade civil vigorosa, o governo democrático se fortalece em vez de enfraquecer. Nesse contexto, as tradições cívicas podem influenciar fortemente o desenvolvimento econômico e o bem-estar social, bem como o desempenho institucional (Cf. Putnam 1996:167).

2.3.- Aspectos metodológicos

Por que alguns governos democráticos têm bom desempenho e outros não? Essa questão Putnam procurou investigar numa obra hoje considerada clássica, na qual o autor avalia a experiência de reforma institucional realizada em regiões da Itália durante 20 anos, medindo o desempenho da instituição em sua função de solucionadora de problemas e prestadora de serviços.

Segundo este autor, uma avaliação criteriosa do desempenho governamental tem que preencher quatro requisitos rigorosos: tem que ser abrangente; tem que ser inteiramente coerente, atentando para a compatibilidade entre os vários indicadores operacionais do desempenho institucional e também para os indícios de multidimensionalidade; tem que ser confiável; tem que corresponder aos objetivos e aos critérios dos protagonistas e dos membros da instituição (Cf. Putnam, 1996:78).

Em outros termos, a avaliação deve medir diferentes indicadores num dado período, a fim de propiciar elementos para a análise multifacetada do desempenho administrativo. Enfim, nenhum indicador isoladamente pode espelhar com absoluta fidelidade todas as diferenças no desempenho institucional, porque, talvez o êxito obtido num setor não tenha muito que ver com o êxito alcançado em outros (Cf. Putnam, 1996:79-80).

Ao final do trabalho Putnam conclui que o principal fator que explica o bom desempenho de um governo é certamente até que ponto a vida social e política de uma região

se aproxima do ideal da comunidade cívica (Cf. Putnam, 1996:132). Por isso, recomenda que o pesquisador tem que embeber-se das minúcias de uma instituição a fim de conhecer seus costumes e suas práticas, seus fortes e seus fracos, tal como fazem os que vivem o seu dia-a-dia. Assim como é preciso compreender que em qualquer análise institucional que se preze, as ferramentas do historiador são um complemento indispensável dos métodos antropológicos e comportamentais (Cf. Putnam, 1996:27).

No caso deste trabalho, a instituição avaliada é o Conselho Municipal de Saúde de Patos. Assim sendo, avaliamos sua sensibilidade às demandas da população e sua eficiência no controle social da saúde do município. Avaliamos o processo e não o resultado. Em outros termos, avaliamos o controle social praticado pelo CMS-P e não a evolução dos recursos ou dos serviços de saúde prestados no município (Cf. Putnam, 1996:79).

A opção de realizar o estudo em Patos, deu-se, em primeiro lugar, em virtude da nossa participação no projeto “O Controle Social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba”, resultado do Edital n.º 01/2002/FAPESQ-PB/Ministério da Saúde, coordenado pelo Professor Dr. Márcio de Matos Caniello. O projeto destinou-se a empreender uma análise da qualidade do controle social em alguns conselhos municipais de saúde do Estado da Paraíba. Para a realização da pesquisa foram selecionados alguns municípios paraibanos, dentre eles, o município de Patos. Dessa forma, com o desenvolvimento do projeto, resolvemos aproveitar a oportunidade de estar ali realizando pesquisa de campo, discutindo controle social na saúde, para desenvolver o nosso projeto do Mestrado, transformando aquela pesquisa num estudo de caso.

Na realidade, apesar de existir estudos sobre conselhos em determinados municípios ou setores de políticas públicas, há poucos estudos com relação à sua eficácia. Entre eles, merece destaque o relatório final da pesquisa citada (Cf. Caniello & Justino Filho,

2004), cuja proposta teórico-metodológica para a avaliação da eficácia dos conselhos municipais serviu de guia para a nossa análise.

Longe de ser a resposta para esta lacuna, o presente trabalho se dispôs a explorar na medida do possível alguns indicadores que, segundo alguns autores que discutem a temática, especialmente Carvalho & Teixeira (2000), Putnam (1996) e Caniello & Justino Filho (2004) servem como referência para a construção de indicadores de desempenho institucional a serem utilizados numa avaliação da eficácia dos conselhos.

Na coletânea de Carvalho & Teixeira (2000), eficácia pressupõe efetividade, ou seja, para se fazer uma avaliação do desempenho institucional de um determinado conselho, é preciso primeiro que este exista, que seja um fato, que funcione regularmente. Falar em eficácia é pensar o funcionamento dos conselhos: o conhecimento que os conselheiros têm da máquina administrativa, a regularidade das reuniões, a participação no orçamento, o seu acompanhamento e formulação de propostas, etc. (Cf. Martins, 2000:96).

Discutindo a questão dos conselhos, Santos (2002) afirma que:

“Os conselhos são instrumentos da sociedade civil no controle das ações governamentais e tem por função fixar diretrizes, aprovar, monitorar, avaliar políticas e programas governamentais, e desenvolver práticas de fiscalização. O objetivo dos conselhos é descentralizar e democratizar as políticas públicas setoriais” (Santos, 2002:31).

Com isso, atuar no controle social significa ir além da fiscalização dos recursos públicos, exercendo a prerrogativa legal de formular estratégias para as políticas públicas, identificando formas de transformar recursos em resultados para a população. Segundo Gohn (2001),

“tratam-se de canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão dos bens pú-

blicos. Mais do que isso, é uma forma de negociar conflitos e propor alternativas às demandas sociais, como meio de atender aos interesses do Estado e da sociedade civil. É uma forma visível de desativar as estruturas convencionais de privatização da coisa pública em função de novas arenas públicas relacionadas à participação como controle social” (Gohn, 2001:7).

Isso não quer dizer que a vivência política da militância seja suficiente, mas em certa medida, quer dizer que as pessoas que compõem os conselhos precisam estar imbuídas de espírito público e, ao mesmo tempo, o conselho precisa ter o caráter de uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração. Assim, o conceito de desempenho institucional de Putnam (1996) torna-se bastante apropriado para este trabalho, uma vez que os conselhos de saúde são responsáveis pela instituição de círculos virtuosos condizentes com o aprofundamento da democracia participativa.

2.3.1.- A Pesquisa de Campo

A principal técnica utilizada na condução deste estudo foi a pesquisa de campo com observação participante e entrevistas abertas semi-estruturadas, base da metodologia da Antropologia Social, cuja eficácia investigativa e fidedignidade epistemológica têm sido atestadas por inúmeros autores (Cf. DaMatta, 1981; Cardoso, 1986; Guimarães, 1980).

“O fundamento desta técnica é que a análise qualitativa de situações sociais complexas requer a observação direta de um dado contexto social pelo pesquisador, efetuada intensivamente durante um certo período de tempo, durante o qual ele interage face a face com os atores sociais, observando suas ações e os inquirindo sobre elas. Seguindo este procedimento, o pesquisador terá condições de melhor identificar as teias de relações que, submersas à primeira vista, informam a lógica mais profunda da situação social observada e as possíveis causas de problemas identificados” (Caniello & Justino Filho, 2004:2).

A pesquisa de campo no município de Patos foi realizada entre janeiro de 2002 a junho de 2003, iniciando-se pela consulta a documentos, tais como relatórios do Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do Sistema de Informação Municipal (SIAB), da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, leis, decretos, regimento interno e resoluções que dispõem sobre a criação, estrutura e funcionamento do CMS-P, lei que cria o Fundo Municipal de Saúde, etc.

O material empírico resultou também de outras fontes secundárias, isto é, do levantamento de dados sobre o perfil demográfico e socioeconômico do município de Patos. Este levantamento envolveu as seguintes fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde-MS/DATASUS, Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba-SES, Secretaria Municipal de Saúde-SMS, Câmara Legislativa de Patos, Caixa Econômica Federal, Secretaria de Serviços Urbanos, Companhia de Águas e Esgotos da Paraíba-CAGEPA, Fundação Ernani Sátiro, etc.

Acompanhamos 8 reuniões do CMS-P de maneira a perceber-se, na prática do seu funcionamento, a dinâmica das discussões, a correlação de forças, a fiscalização quanto à implementação das deliberações etc. Além dessa “observação participante”, foram entrevistados 10 conselheiros dos três segmentos com o objetivo de perceber, através da análise dos discursos, como eles concebem e refletem sua atuação e o desempenho do CMS no município.

A observação teve por finalidade identificar a prática social do CMS-P a partir dos seguintes critérios: condições físicas-estruturais para a realização das reuniões; definição de temas de pauta; conteúdo das atas de reuniões; deliberações e propostas encaminhadas pelo CMS-P; segmentos que mais intervêm e qualidade das intervenções; etc. Um diário de campo foi utilizado para o registro dos fatos.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi considerada a trajetória do CMS-P du-

rante as gestões dos anos de 1994 a 2002, enfocando-se a sua dinâmica interna de funcionamento, o seu relacionamento com o poder público, administrador do setor saúde no município, a sua capacidade de influir na agenda pública de saúde⁶ e no controle de sua execução.

2.3.2.- A Tabulação dos Dados

A tabulação dos dados envolveu a reconstrução qualitativa e quantitativa da situação social observada, com base na delimitação de indicadores gerais sobre a inserção dos conselheiros na configuração sócio-político-organizacional da sociedade local, deliberações e, o nível de participação política dos conselheiros, a relação do conselheiro com a entidade que representa, a forma de indicação do conselheiro, a influência da participação no CMS-P em outras dimensões da vida do conselheiro, a noção de controle social dos conselheiros, delineamento do perfil sociológico dos conselheiros, e o delineamento do perfil institucional do CMS-P baseado em sua feição formal e na prática do seu funcionamento, com o objetivo de estabelecer correlações entre eles e definir “índices de desempenho institucional que possam explicar as causas do bom ou mau funcionamento do CMS-P” (Caniello & Justino Filho, 2004:5).

2.3.3.- Indicadores de Desempenho Institucional

A partir dos dados tabulados, buscamos elaborar um quadro geral perceptível na avaliação do CMS-P, por meio de um exame cuidadoso de uma vasta bibliografia, buscamos identificar os temas/problemas recorrentes no funcionamento do CMS, e as variáveis

⁶ Agenda pública está sendo entendida como a “capacidade de definir temas substantivos a serem apreciados e de configurar a resultante final de políticas de governo” (COSTA, 1996:13).

mais privilegiadas na avaliação.

Em seguida, tomamos como base a grade de indicadores elaborada por Caniello & Justino Filho (2004), com os temas em que se mostram relevantes no conjunto dos estudos, tencionando, com esse procedimento,

“colaborar para a definição de um quadro teórico-metodológico adequado para a avaliação do ‘desempenho institucional’ do conselho municipal de saúde, isto é, sobre a avaliação de sua capacidade de constituir-se como ‘mecanismo para alcançar propósitos e não apenas para alcançar acordo’, num ‘modelo bem simples de governança: demandas sociais → interação política → governo → opção de política → implementação’” (Caniello & Justino Filho, 2004:6).

Reproduzimos, a seguir, essa grade:

➤ *Ambiente Político-Institucional*

“O ambiente político-institucional no qual está inserido o conselho municipal de saúde tem forte influência sobre o seu ‘desempenho institucional’. Dois fatores são fundamentais nessa configuração: a forma como é exercido o poder local e o nível de ‘cultura cívica’ da população, que é aferido, principalmente, pela densidade associativa e pela disposição e organização da ação coletiva” (Caniello & Justino Filho, 2004:7).

No Brasil, observa-se que a falta de mobilização da sociedade/comunidade articulada à existência de padrões tradicionais de dominação política (relações de patronagem, existência de oligarquias políticas, mandonismo, nepotismo etc.),

“se reflete no desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas, inibindo a prática democrática, possibilitando a reprodução de estratégias políticas clientelistas e, conseqüentemente, influenciando de forma deletéria em sua eficiência e eficácia” (Caniello & Justino Filho, 2004:8).

Sendo assim, podemos afirmar que para analisarmos o "desempenho institucional" do conselho *vis-à-vis* ao "controle social" é necessário, antes de mais nada, analisar as estruturas em que eles estão implantados, observando os seguintes itens:

➤ *Poder Local*

Descrição da configuração política vigente e análise das relações políticas locais.

➤ *“Cultura Cívica”*

Com referência ao conceito trabalhado por Putnam, fazer uma “radiografia” da sociedade civil local e listar entidades e organizações presentes no município.

➤ *A Gestão Pública da Saúde no Município*

Para Caniello & Justino Filho (2004),

“dados sobre a forma como a saúde pública é gerida no município agregam informações importantes ao conhecimento do ambiente político-institucional no qual está inserido o CMS, ‘afunilando’ o olhar do analista para o objeto da pesquisa, sem perder de vista o panorama geral traçado no item anterior. Neste sentido, esses autores definem duas perspectivas de análise: o FMS e o CMS” (Caniello & Justino Filho, 2004:8).

Uma vez conhecidos o ambiente político-institucional da localidade e a forma de gestão das políticas públicas de saúde, é necessário traçar um quadro detalhado do CMS, de maneira a avaliarmos as condições internas para o pleno desenvolvimento de seu bom "desempenho institucional" (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:8),

Segundo os autores, este indicador é constituído por uma série de sub-componentes que detalham e especificam os virtuais vetores de determinação de seu desempenho e que

podem fornecer ao analista um instrumento mais preciso de avaliação. Como a origem do conselho, por exemplo.

➤ *Origem*

O primeiro componente desse indicador, se refere a origem do conselho. É preciso investigar se o conselho foi criado por lei ou por decreto, ou seja, se foi instituído de baixo para cima, ou vice e versa. Para Cruz (2000), o instrumento jurídico adequado para a criação de conselhos é a lei porque o processo que começa no Poder Executivo, através do projeto de lei, passa pelo Poder Legislativo para poder ser aprovado, constitui-se num processo de uma ampla discussão, envolvendo a sociedade e os poderes públicos locais. Assim, é necessário ver se a criação do conselho

“é resultante da mobilização dos movimentos sociais, acarretando um fortalecimento da sociedade civil a partir da criação de uma nova institucionalidade. Ou, se é fruto da descentralização da política de saúde que impõe a obrigatoriedade da criação dos conselhos para se ter acesso a recursos” (Cruz 2000:74).

➤ *Infra-Estrutura*

Outro desafio para o funcionamento dos conselhos refere-se a infra-estrutura. Em muitos casos temos observado que a falta de investimentos humanos, físicos e financeiros por parte do Estado tem sido apontada como um dos principais entraves para o funcionamento efetivo dos conselhos. Para que tenha boa atuação é necessário que os conselheiros tenham condições de acompanhar as atividades e discussões, que conheçam as necessidades da sociedade. Mas, para que isso aconteça deve-se institucionalizar as garantias de infra-estrutura, tomando cuidado para que não se burocratizem. Por exemplo,

“quando não existe infra-estrutura ou recursos próprios, o funcionamento do conselho passa a depender do gestor, que pode utilizar estratégias ou armadilhas para impor

uma conduta autoritária e desrespeitar as resoluções do conselho ou usar para cooptação de conselheiros, devido a ausência de autonomia dos conselheiros” (Cruz, 2000:77).

A autonomia do CMS depende de uma infra-estrutura básica desvinculada do órgão gestor para que não haja dependência. Assim, é necessário verificar a existência de local próprio para o seu funcionamento e a existência de uma secretaria executiva que atue no sentido de encaminhar as decisões tomadas pelos conselheiros, para se ter clareza da estrutura de funcionamento do conselho (Cf. Teixeira, 2000:105).

- *Orçamento Próprio*

Verificar a existência de orçamento próprio e sua aplicação, pois a autonomia do CMS depende de uma fonte orçamentária própria, independente da “vontade política” do gestor público.

“A existência de orçamento próprio se torna necessário para a manutenção do conselho, para capacitação de conselheiros, através de cursos, congressos, divulgação das ações etc., troca de experiências para a formulação de propostas conjuntas e análises das interfaces nas ações” (Teixeira, 2000:109).

- *Regimento Interno*

Outro ponto que influi no funcionamento dos conselhos é a existência de Regimento Interno. Esse instrumento facilita a organização do conselho ao definir regras para o seu funcionamento. “As regras são importantes e, quando não estão regulamentadas, dificultam a operacionalização do conselho com mudanças constantes de procedimentos” (Cruz, 2000:78).

- *Composição*

A proposta de composição dos conselhos compreende uma participação igualitária e plural de seus membros (Cf. Cruz, 2000:74). Assim,

“a avaliação da eficácia do controle social passa pela descrição dos critérios estabelecidos em lei para a composição do CMS, listando as representações do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e dos usuários no curso histórico e na atualidade” (Caniello & Justino Filho, 2004:11).

➤ *Perfil Institucional*

- *Pluralidade*

Além de ser uma característica exigida em lei, o pluralismo é um dos principais motivos da força dos conselhos (Cf. Santos, 2000:17). Assim, verificamos se a composição do Conselho Municipal de Saúde de Patos tem pluralidade, pois

“através da diversidade de organizações representativas de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados e governo surgem espaços mais abertos de interação, possibilitando instâncias críticas em relação às deliberações” (Caniello & Justino Filho, 2004:11).

- *Paridade*

A paridade é uma característica da efetividade dos conselhos. “A paridade diz respeito a condição de igualdade nas condições de acesso a informações, na possibilidade de formação e na disponibilidade de tempo dos conselheiros” (Santos, 2000:18). “Ela está associada a idéia de criação de um espaço plural onde diversas representações e interesses

podem ter seus espaços garantidos para discutir, propor e avaliar as políticas” (Teixeira, 2000:93).

Neste estudo, verificamos se há paridade na composição do CMS, pois

“a participação de 50% de representantes de usuários e 50% de representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde se constitui numa correlação de forças na luta pela hegemonia, a qual pode ocasionar confronto de posições dos representantes da sociedade civil e do governo, redundando num pré-requisito para que a prática democrática prevaleça, favorecendo o bom ‘desempenho institucional’ dos conselhos” (Caniello & Justino Filho, 2004:11).

➤ *Os Conselheiros*

Como sugere Caniello & Justino (2004:11), conhecidas as estruturas que ambientam os conselhos municipais de saúde externa e internamente, é necessário construir uma imagem dos atores que os compõem, os conselheiros, pois eles são, evidentemente, os protagonistas do "controle social".

Neste sentido, são descritos e avaliados os seguintes tópicos:

- *Perfil sociológico*

⇒ Construção do perfil sociológico dos conselheiros, considerando elementos como idade, sexo, grau de instrução, profissão, filiação partidária, entidade que representa, entre outras informações (Cf. Caniello & Justino, 2004:12).

- *Qualificação*

- ⇒ Verificar o nível de qualificação técnica, a qual proporciona ao conselheiro o conhecimento do “estado de saúde” da população. Os conselheiros podem e devem capacitar-se e apropriar-se dos principais métodos de avaliação ou de análise sobre o que é o estado de saúde da população (Cf. Santos, 2000:19).

- ⇒ Verificar o nível de qualificação política, a qual dota o conselheiro de conhecimento sobre a realidade de sua comunidade, possibilitando que ele identifique os problemas que afligem a maioria da população (Cf. Santos, 2000:21).

- ⇒ Verificar o nível de qualificação institucional, a qual permite ao conselheiro o conhecimento de normas e procedimentos do conselho e conhecimento do funcionamento da máquina pública, o que favorece sobremaneira uma prática ativa e produtiva no âmbito do conselho (Cf. Teixeira, 2000:94).

- *Capacitação*

É o instrumento utilizado para suprir necessidades técnicas, políticas e institucionais dos conselheiros através de cursos, no sentido de proporcionar-lhes um melhor desempenho e independência junto ao órgão gestor.

“Trata-se de um dos grandes desafios para que haja a efetivação do controle social. As atividades de formação devem ser voltadas para o interesse público, reforçando a responsabilidade do conselheiro em retornar as informações aos movimentos sociais que ele representa. A capacitação tem que ser ampla. Tem que considerar a questão dos fundos e contribuir para que os conselhos possam monitorar a execução das políticas sociais” (Teixeira, 2000:117).

Assim, se faz necessário verificar a realização de eventos que primem pela capacitação dos conselheiros.

➤ *Atuação*

- *Representatividade*

⇒ Verificar o nível de representatividade, avaliando se o conselheiro atua em conjunto com a entidade que faz parte, ou seja, se sua prática é fruto do vínculo que o conselheiro mantém com a comunidade que delega a transferência de responsabilidade (Cf. Teixeira, 2000:94).

“É necessário verificar se as proposta discutidas com a comunidade e referendadas pela entidade são levadas e defendidas junto ao conselho. Quando isso não ocorre poderá haver um distanciamento entre a proposta levada ao conselho e os interesses da comunidade, proporcionando fraca representatividade. Consecutivamente, pode ocorrer também por parte do conselheiro uma ‘apropriação’ do mandato através da individualização, ao atuar em benefício próprio e não em defesa da comunidade” (Teixeira, 2000:105).

➤ *O Funcionamento do conselho*

“Conhecida e analisada a estrutura do poder local e a cultura cívica dos cidadãos, o contexto da gestão pública da saúde, os detalhes da ‘arena institucional’ que é o CMS e o perfil dos atores que protagonizam as cenas ali desenvolvidas, torna-se necessário analisar o funcionamento efetivo do conselho, utilizando-se, fundamentalmente, de métodos de observação participante. Através desse procedimento, tenciona-se ‘reconstituir a realidade’ da ação desenvolvida na interação entre a sociedade civil e o poder público com o objetivo de produzir um panorama vivo do controle social exercido no âmbito dos conselhos” (Canello & Justino Filho, 2004:14).

Segundo Caniello & Justino Filho (2004), para avaliar o funcionamento dos conselhos devem ser considerados os seguintes elementos:

- *Planejamento das atividades*

⇒ Verificar a existência e analisar a efetividade de planos de metas de curto, médio e longo prazos, bem como da agenda de atividades permanentes, pois o planejamento das ações é um fator organizativo que favorece a participação e desempenho dos conselheiros (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:14).

- *Regularidade das reuniões*

⇒ Verificar se o CMS mantém a regularidade de reuniões ordinárias através da análise do livro de atas, estabelecendo a relação entre o número de reuniões ordinárias e o número das extraordinárias (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:15).

- *Dinâmica das reuniões*

⇒ Analisar a sistemática de convocação: se o conselho convoca seus membros com a antecedência prevista no regimento interno para realização de reuniões ordinárias e extraordinárias. Se existe um cronograma de reuniões e distribuído antecipadamente, a todos os conselheiros para que não haja ausência (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:15).

⇒ Observar e reconstituir o desenvolvimento dos debates, verificando se o encaminhamento das discussões é democrático, se há assiduidade dos conselheiros, como se opera a formação de blocos, o estabelecimento de negociações,

articulações, consensos e conchavos, a correlação de forças, a interferência de grupos políticos partidários etc. (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:16).

⇒ Verificar como as atas são elaboradas, se há correspondência estrita com o teor das reuniões, se elas são distribuídas previamente para os conselheiros, se há contestações quanto ao seu conteúdo, se elas são disponibilizadas livremente para consulta etc. (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:17).

➤ *Efetividade*

Segundo Gohn (2000:95), “os conselhos não podem ter apenas uma participação opinativa, eles devem ser representativos e ter poder de decisão”. Nesse sentido, analisar a efetividade do conselho, é verificar se o CMS é deliberativo, isto é, verificar se, através da gestão compartilhada,

“o conselho tem o poder de deliberar e se o executivo aceita e implementa suas decisões; se desempenha ações de planejamento, isto é, se as discussões e decisões têm um caráter propositivo a curto, médio e longo prazos, não se limitando a apenas encaminhar demandas do poder público; ou, pelo contrário, se limita a ser consultivo, isto é, se ele atua de maneira a apenas ‘auxiliar’ o executivo a implementar políticas definidas de fora para dentro, por exemplo, o acesso a financiamentos públicos de toda ordem” (Martins, 2000:96).

⇒ Verificar se, na prática, o conselho tem o caráter deliberativo, isto é, se a plenária delibera sobre demandas da população ou se o conselho seria apenas um instrumento de acesso do gestor local a financiamentos federais e estaduais (Df. Bonfim, 2000:65).

⇒ Verificar se há a implementação das decisões do CMS por parte do executivo, ponto chave para analisar se o conselho tem, realmente, um bom desempenho institucional (Cf. Bonfim, 2000:67).

⇒ Verificar se há a publicização das decisões, fator decisivo para se avaliar o "controle social" é efetivo, pois ela possibilita a compreensão das relações que o conselho mantém com a sociedade. Quando não existe divulgação das decisões e atos do conselho, há grande possibilidade de que o conselho tenha um baixo desempenho institucional (Cf. Teixeira, 2000:113).

➤ *Controle Social*

Com todos os dados alocados na grade de indicadores, resta-nos responder às questões geradoras da pesquisa: em que medida o "controle social" é operante no Conselho Municipal de Saúde de Patos? Qual é o seu nível de "desempenho institucional", isto é, essa "arena democrática" favorece a boa gestão das políticas públicas de saúde, influenciando positivamente no "estado de saúde" da população?

Para tanto, devemos estruturar a conclusão do nosso estudo a partir de dois parâmetros:

⇒ Verificando se há eficácia na atuação do CMS-P, isto é, se ele é capaz de atuar democrática e decisivamente na formulação de estratégias para a implementação das políticas públicas de saúde, no monitoramento do uso dos recursos aplicados pelo gestor em sua execução, bem como se ele influe efetivamente na implementação das decisões tomadas em seu âmbito (Cf. Noronha, 2000:86).

3.- CAPÍTULO II – OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE COMO MECANISMOS DA NOVA ORDEM MORAL DE CIDADANIA

3.1- Contexto Histórico e Político da Institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

Os movimentos sociais no Brasil, que culminaram com a campanha das "Diretas Já", sepultaram 21 anos de ditadura militar vivenciados entre 1964 e 1985. Nesse período de opressão e dominação, as decisões, em quase todos os níveis, eram funções exclusivas do Estado. A sociedade civil enfrentava enormes dificuldades para defender seus interesses frente aos interesses dominantes.

Na segunda metade dos anos 70, as discussões sobre cidadania foram retomadas, cumprindo tanto o papel de buscar a expansão dos direitos relacionados à qualidade de vida, como de mobilização de forças opositoras ao regime político. Nesta década surge nas instituições acadêmicas, principalmente nos departamentos de Medicina Preventiva, o chamado Movimento Sanitário, tendo como principal instrumento de divulgação de idéias a revista "Saúde em Debate" do Centro de Estudos de Saúde, também fundado àquela época. Tal movimento se espalha para além da academia. Cresce na sociedade civil, principalmente junto aos serviços de saúde. As idéias por ele difundidas ganham organicidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde e podem ser resumidas nos princípios formalizados na Conferência: Participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização. A idéia de formação dos conselhos municipais surge como forma de viabilizar o princípio da

participação e é referendada na 8ª, 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde – CNS's⁷.

Por outro lado, como resultado desta intensa mobilização, da intensificação das lutas parlamentares, da atuação de governos estaduais e municipais de oposição, surgem a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90, Lei Orgânica do SUS, e 8.142/90, que dispõe sobre os conselhos de saúde em âmbito nacional, cuja aprovação foi precedida de mudanças no contexto sócio-político que culminaram na convocação do Congresso Nacional Constituinte de 1988.

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

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

⁷ Ver BRASIL/Ministério da Saúde. Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde de 1986, 1992, 1996 e 2001.

A nova Constituição consegue romper, legalmente, com uma forte tradição que marcou a história política brasileira, de centralização das decisões e recursos no nível federal, à medida que conferiu maior autonomia a cada um dos níveis constitutivos da Federação (União, Estados e Municípios) e, ao mesmo tempo, definiu formas de atuação articulada entre estes.

Por outro lado, no tocante à participação popular, além dos institutos de democracia semidireta, como o plebiscito, foram asseguradas outras possibilidades de participação da população nas decisões de governo, em algumas áreas de políticas sociais. No título da ordem social, quando trata da seguridade social, a nova Constituição assegura na seção que trata da saúde (Art. 198) a descentralização e a participação da comunidade na gestão administrativa desta política setorial. Ao lado dos conselhos municipais de saúde, do Distrito Federal, estaduais, e nacional como instâncias paritárias e deliberativas, dentro de um sistema de gestão descentralizado e participativo, é prevista a realização de conferências municipais a cada 4 anos (Oliveira, 1998: 8).

Dentre os requisitos especificados na Lei n.º 8.142/90 e nas NOB's, o funcionamento do CMS, a instituição do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e o Plano Municipal de Saúde (PMS) são condições essenciais para a efetividade do processo de construção de um modelo assistencial que privilegie a saúde e atenda verdadeiramente a população (Cf. Cordoni Júnior, 2002: 3).

Portanto, a participação da sociedade nas ações de governo têm sido reivindicadas pelos movimentos sociais e forças populares e progressistas comprometidas com uma efetiva democratização do estado e da sociedade, mas também se fazem presentes nos discursos e proposições das elites dominantes. Este aparente consenso em torno da questão pode, em parte, explicar sua inclusão no texto constitucional.

3.2. – Conselhos Municipais de Saúde: Arenas de Participação e Mecanismos de Promoção de Comunidades Cívicas

Como vimos, a Constituição estabeleceu formalmente uma democracia participativa na esfera local, atribuindo papel de destaque às associações em variadas instâncias de decisão e de consulta. Assim, é preciso ver se o desenvolvimento ou a criação de mecanismos de gestão participativa tem significado o rompimento com uma tradição em que as decisões foram centralizadas no nível federal, abrindo a possibilidade de controle popular sobre as ações do poder público e, conseqüentemente, de fortalecimento da democracia, ou se apenas tem se limitado ao cumprimento de uma exigência legal, sobretudo, por constituir pré-requisito para o acesso a recursos do governo federal na área de políticas públicas da saúde. Sobre isso, é importante observar que:

“na medida que a questão da participação da população na gestão das políticas públicas foi incorporada no texto constitucional, nas constituições estaduais e leis orgânicas municipais, ela foi absorvida pelo discurso dos atores governamentais descomprometidos com qualquer proposta de democratização do poder, na maioria dos municípios brasileiros. Tal fato, freqüentemente, ocorre em virtude da constituição de canais de participação ser um pré-requisito para a liberação de recursos do nível federal para o estadual ou municipal (Oliveira, 1998:12).

A este respeito é bastante pertinente a preocupação de Carvalho (1985) quando afirma que:

“não se pode subestimar a inteligência e a capacidade 'camaleônica' das elites conservadoras brasileiras que incorporam no seu discurso demandas de cunho social e propostas de ação inovadoras, como a da participação, negando-se na prática, com a cooptação de lideranças, a negociação de compromissos que não serão cumpridos e a mistificação da opinião pública através da propaganda enganosa, cuidadosamente elaborada por profissionais especializados e paga com os escassos recursos públicos” (Carvalho, 1985:67-8) .

Por outro lado, não se pode perder de vista que:

“a sociedade civil não se encontrava preparada para assumir os desdobramentos do processo de descentralização. 15% da população do país está ligada a alguma forma de organização social. Ou seja, 85% da população brasileira é sociedade desorganizada. É um dado comparativo importante pois, por mais urbanizada que seja nossa população e por mais que tenham crescido nossos movimentos sociais, é uma porcentagem baixa comparada com sociedades mais desenvolvidas. Na Europa, por exemplo, 80% ou mais da população está ligada a alguma forma de organização. Sem dúvida que para o Brasil isto já é uma fragilidade” (Santos, 2000:21).

Portanto, a questão da participação popular nas ações de governo não pode ser vista de forma homogênea. Por um lado, existem aquelas que favorecem de fato uma maior participação da sociedade local na formulação e implementação das políticas públicas do município, não se limitando a cumprir aquilo que está garantido no aparato jurídico institucional, mas procuram ampliá-lo. Por outro lado, há as experiências em que a democratização do poder através do desenvolvimento ou da criação de mecanismos de gestão participativa não interessa aos governantes. Conforme já ressaltado, por uma exigência legal e, sobretudo, por constituir pré-requisito para o acesso a recursos de algumas áreas de políticas públicas, os governantes foram obrigados a criar mecanismos de gestão participativa que, na prática, cumprem apenas uma formalidade. Na realidade, trata-se de conselhos criados sem nenhuma preparação ou discussão com a sociedade e sob o controle dos prefeitos (Cf. Teixeira, 2000:113).

Por outro lado, alguns estudos sugerem que a construção de uma gestão participativa que aponte para uma nova relação Estado x Sociedade resulta da articulação entre a vontade política do governante com a dinâmica organizativa da sociedade civil.

“Portanto, se existe uma tradição organizativa da sociedade civil, principalmente com movimentos sociais popula-

res fortes, organização de fóruns de debate em torno dos problemas que afetam a população, organizações não-governamentais que desenvolvem um trabalho de capacitação da população e elaboração de políticas públicas alternativas no campo da cidadania, tem-se uma nova relação Estado x Sociedade e abre-se a possibilidade de construção de uma nova cultura política” (Oliveira, 1998:13).

Porém, levando-se em conta a nossa cultura política autoritária e as práticas clientelistas e fisiologistas que sempre marcaram as relações entre os ocupantes do poder com a sociedade, uma realidade tal qual esboçamos acima é algo bastante extraordinário no conjunto dos municípios brasileiros, mais especificamente no Estado da Paraíba que historicamente tem sido administrado por grupos políticos oriundos de oligarquias que tem se alternado no poder político do Estado.

De fato, a cultura política que prevalece no setor público é ainda clientelista, patrimonialista e autoritária. Uma parcela significativa dos agentes governamentais ainda não aceita qualquer possibilidade de partilha do poder e desrespeitam as deliberações dos conselhos, dificultando a prestação de contas e interferindo indevidamente na sua composição com a nomeação de membros não escolhidos pelas entidades da sociedade. No fundo, a concepção dessa parcela de governantes em relação aos conselhos, é que estes são instâncias da sociedade civil que atrapalham a gestão governamental e não espaços de interlocução entre governo e sociedade (Cf. Teixeira, 2000:114).

Por outro lado, em termos da sociedade civil, em muitos casos, o obstáculo é a falta de clareza sobre o papel que as organizações devem desempenhar nos conselhos e na elaboração e implantação das políticas sociais. Sem capacitação técnica e política adequada estas organizações empobrecem a própria participação e podem se tornar instrumentos de manipulação do poder.

Porém, todas essas colocações não inibem o fato de que o caminho a ser seguido para a solução dos problemas de saúde brasileiros passam pela participação popular e pelo

controle social. Os conselhos de saúde são elementos modificadores da relação Estado/sociedade civil,

“mecanismos de controle social de base legal ampliando e reordenando essas relações, com o objetivo de implementar as políticas do setor saúde. Os conselhos municipais de saúde possibilitam a descentralização de fato, proporcionando o debate e a busca de soluções de problemas específicos onde eles ocorrem. E, por isso, figuram incontestavelmente como espaços privilegiados de construção de uma cidadania ativa no Brasil” (Cordoni Júnior, 2002:3).

De fato, o conselho municipal de saúde “é uma instância de ação política que articula, no campo da saúde, as ações do município e interesses dos cidadãos, devendo ser entendido como uma das instâncias formais de exercício do controle público destas ações” (Fanema *apud* Lima, 1999:56).

A experiência participativa na saúde tem servido de referência à instituição de arenas de controle social em outras esferas das políticas públicas, em particular nas áreas sociais e de meio ambiente, atestando o crescente interesse da sociedade civil organizada em se fazer ouvir pelos poderes públicos, apresentando demandas ou denunciando irregularidades e exigindo a presença ativa na tomada de decisões, na gestão dos serviços e no acompanhamento e avaliação das políticas públicas em geral.

Na realidade, os conselhos incutiram inédito dinamismo associativo no setor, abrindo, assim, caminho para a constituição de redes de associações indispensáveis para o reforço da solidariedade, da confiança e do capital social. Em outras palavras, os conselhos de saúde contribuem para a extensão do âmbito da cidadania na sociedade brasileira, ao se constituírem em escolas promotoras da socialização de comportamentos e simbolismos facilitadores do desenvolvimento de comunidades cívicas.

Os conselhos de saúde se constituem em espaços privilegiados de reflexão e de troca de experiências, de convívio e de estabelecimento de relações de redes de amizade, faci-

litadoras da consolidação da confiança social. Propiciam, assim, estratégias de atuação articulada, regras de funcionamento e de conduta, e também aprendizado sobre questões técnicas mediante cursos de capacitação para conselheiros.

Essa rede organizacional facilita a atuação do conselheiro, que a qualquer momento, quer individualmente, ou em grupo, pode utilizar essas relações para melhorar seu desempenho individual. As relações de confiança que se estabelecem entre os conselheiros ultrapassam, assim, a esfera de sua atuação no conselho de saúde ao qual pertencem.

Muitas questões relacionadas com o setor saúde exigem a cooperação voluntária de um grande número de pessoas. Pressões sobre a classe política para a aprovação de determinada lei necessária ao avanço do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como sobre o poder local, seja para viabilizar ou opor-se à implementação de determinada política, são alguns dos muitos exemplos em que é necessária a ação coletiva.

Como afirma Putnam (1996), as experiências vitoriosas da cooperação no passado servem de referência às ações futuras. Elas são guardadas em forma de capital social. Assim, também, as regras de reciprocidade e as redes de relações sociais que se estabelecem no interior dos conselhos de saúde e entre os conselhos de saúde, são exemplos de capital social. Dessa forma, quanto maiores forem as cadeias de relações sociais que os membros dos conselhos de saúde estabelecem – entre si, com as suas associações, com a comunidade e com os demais conselhos de saúde -, maior será o capital social acumulado, aumentando, portanto as possibilidades de níveis crescentes de cultura cívica.

Os conselhos de saúde, para além de se tornarem uma realidade em todo o país, consolidaram-se como espaços de participação da sociedade civil organizada e, nessa medida, são promotores de uma cidadania ativa, facilitando, em última instância, o surgimento de comunidades cívicas no Brasil. Os conselhos são a expressão do alargamento da par-

ticipação da sociedade civil organizada nas decisões políticas do setor, representando um relevante instrumento da consolidação da democracia participativa.

A dinâmica propiciada pelos conselhos, por envolver o associativismo e a socialização de seus membros em torno de valores, símbolos e objetivos comprometidos com o interesse público, constitui um “círculo virtuoso” potencialmente transformador da consciência cívica dos cidadãos comuns. Evidentemente, a disseminação da participação ao estilo do que vem ocorrendo na saúde, junto com a diminuição das desigualdades econômicas e sociais, seriam indispensáveis para mudanças mais amplas e profundas no plano da cultura cívica. Todavia, há de se ressaltar que, apesar das precárias condições de vida da população, os conselhos de saúde vêm demonstrando que é possível avançar nesse sentido.

4.- CAPÍTULO III- O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

4.1.- O Ambiente Político-Institucional

4.1.1.- O Município de Patos

O município de Patos dista 266,7 km da capital do estado da Paraíba e está localizado na microrregião de Patos, a qual faz parte da mesorregião do Sertão Paraibano. Com uma área de 508,7 km² e 91.761 habitantes (2,66% da população do estado), o município apresenta uma densidade demográfica de 179,7 hab/km². No período de 1991 a 2000, a população de Patos teve uma taxa média de crescimento anual de 1,37%, enquanto a taxa de urbanização cresceu 1,91, passando de 94,5% em 1991 para 95,85% em 2000 (Cf. IBGE, 2002).

A renda per capita média do município cresceu 43,49%, passando de R\$ 113,74 em 1991 para R\$ 163,21 em 2000. A pobreza diminuiu 26,52%, passando de 60,7% em 1991 para 44,6% em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini passou de 0,58 em 1991 para 0,59 em 2000.

A base econômica do município está assentada sobre o comércio. Apesar disso, o setor dos serviços e o da indústria de transformação representam hoje uma expressiva potencialidade. Segundo dados da Secretaria das Finanças do Estado da Paraíba, existem 216 empresas cadastradas no setor industrial no município de Patos. A PEA – População Economicamente Ativa representa 57% ou 32.953 pessoas de uma população de 48.932 pessoas, sendo que 64% está envolvida com o comércio, 15% com os serviços, 15% com a indústria, e 6% na agricultura. A taxa de desemprego é de 32% (IBGE, 2000).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), aponta o *Atlas*

de Desenvolvimento Humano no Brasil – 2003, houve um crescimento de 13,57%, passando de 0,597 em 1991 para 0,678 em 2000, o que, segundo a classificação do PNUD, coloca o município entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano. A dimensão que mais contribuiu para esse crescimento foi a educação com 41,6%, seguida pela longevidade, com 33,7% e pela renda, com 24,7%.

4.1.2.- O Poder Local

Nas cidades de porte médio ou pequeno o ambiente político-institucional apresenta algumas características comuns, como é o caso da reprodução – principalmente através de processos de “modulação” (Caniello, 1993) ou de “ressignificação” (Justino Filho, 1997) – do mandonismo de oligarquias de base familiar que remontam ao século passado. Com efeito, Wrigth Mills (1968) diz que em toda cidade média ou pequena da América existe um grupo de família superior às demais, pois estas famílias controlam a grande maioria dos bens materiais e simbólicos que existem localmente. Como estratégia de manutenção do seu poder de influência, os indivíduos provenientes dessas elites casam-se entre si, ou com membros de famílias da sua classe ou estamento (Cf. Mills, 1968:41).

A nossa pesquisa não tem por objetivo fazer uma análise minuciosa do ambiente político-institucional de Patos, mas elaborar uma abordagem descritiva da organização política a nível local, na medida em que consideramos que o funcionamento dos conselhos encontra-se condicionado às forças que atuam nesse ambiente. Assim, considerando a teoria produzida sobre o desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas, procuramos identificar a existência ou ausência de ingerências político-partidárias dos gestores municipais e/ou das organizações da sociedade civil com assento no conselho. Isto é, pro-

curamos avaliar se o poder político local é capaz de propiciar um bom ou mau desempenho institucional do conselho.

O município de Patos apresenta uma história de disputa política entre duas famílias que se alternam no poder político local, sendo que atualmente protagonizam a polarização as famílias Medeiros e Mota. Na década de 80, o principal líder político local foi Rivaldo Medeiros (prefeito pelo PMDB de 1983 a 1989), que se elegeu deputado federal em 1990, permanecendo no cargo por três legislaturas. Quando Rivaldo Medeiros afastou-se para assumir uma vaga na Câmara dos Deputados em 1989, sua esposa, Geralda Medeiros, foi eleita prefeita de Patos.

Em 1994, Geralda Medeiros foi eleita deputada estadual, sendo reeleita por duas legislaturas consecutivas. Em 1993, o candidato apoiado pela família Medeiros, Ivânio Ramalho Lacerda, do PMDB, foi eleito prefeito para o mandato 1993 a 1996. Em 1996, foi a vez de Dinaldo Wanderley, sobrinho de Rivaldo e Geralda Medeiros, filiado ao PFL, ser eleito prefeito de Patos. Atualmente, Dinaldo Wanderley está no seu segundo mandato como prefeito e, nas eleições de 2002, sua esposa, Edna Wanderley, foi eleita deputada estadual.

O outro grupo é o da família Mota, cujo maior expoente foi Edvaldo Mota, um "histórico" do PMDB, já falecido. Após sua morte, Francisca Mota, sua esposa, que está no seu terceiro mandato de deputada estadual, assumiu a liderança do grupo político.

O "racha" do PMDB paraibano em 2000 teve reflexos importantes na dinâmica política do município, pois o prefeito Dinaldo Wanderley, do PFL ingressa no PSDB e apóia a candidatura de Cássio Cunha Lima para o governo do estado. Surgindo assim um faccionalismo político de base familiar⁸.

⁸ "O racha no PMDB estadual entre os grupos do ex-governador José Maranhão e o deputado federal Ronaldo Cunha Lima refletiu na política de Patos, causou uma divisão na família Wanderley. Nabor Wanderley com o apoio da deputada Francisca Mota, sua sogra, vai disputar as eleições pelo PMDB contra Dinaldo Wanderley, hoje filiado ao PSDB" (Presidente do PC do B).

Em síntese, portanto, podemos afirmar que o poder político em Patos é constituído de comportamentos em que antigas práticas políticas se adaptam, permanecendo "ressignificadas" ou "moduladas" na vida social. Os grupos políticos que disputam o poder político conseguem se adaptar a diversas situações políticas permanecendo do lado de quem está exercendo o poder, seja na esfera regional ou nacional (Cf. Bursztyn 1990:115).

4.1.3.- A "Cultura Cívica"

A idéia de cultura cívica esta relacionada a uma preocupação pela qualidade da democracia. Aponta para o complexo terreno em que se inserem e cobram significados as práticas de solidariedade e a construção de uma cultura na qual prevaleçam a participação e a vigilância sobre as políticas e as violações de direitos. Deste modo, pode ser vista como uma posição que recobre o espaço sócio-político, enfatizando valores de participação, informação e fiscalização dos poderes constituídos, de experimentação coletiva, de respeito às diferenças e de solidariedade com os desprivilegiados e excluídos, instaura um contencioso a respeito da forma de organização da sociedade e politiza o espaço público.

Podemos considerar que no cenário político brasileiro das três últimas décadas, surgiram novos atores envolvidos em movimentos sociais, ações coletivas e/ou organizações da sociedade civil. Esses novos atores buscam, na maior parte das vezes, um maior espaço de luta e reivindicações políticas e sociais através dessas organizações. Segundo Doimo,

“o clima de abertura política favoreceu e intensificou a organização dos movimentos sociais, pautados pelo descontentamento em relação às péssimas condições de existência: baixos salários e precárias condições de trabalho, falta extrema de acesso à habitação, saúde, educação e transporte etc.” (Doimo 1984:111).

No âmbito nacional, vários autores como Costa (1995), Gohn (1997), Avritzer (1998) e Scherer-Warren (1999a), acreditam que o processo associativo teve sua importância na abertura política desde o final dos anos 70 no Brasil. A Cultura Cívica está intimamente relacionada com a tradição associativa civil, que, por sua vez, tem sido considerada por muitos estudiosos como um fenômeno que vem trabalhando, em sua maioria, na contribuição do crescimento do processo democrático brasileiro.

A nossa análise sobre a cultura cívica procura descrever as principais organizações associativas existentes a nível local, especialmente as que se fazem representar no Conselho Municipal de Saúde de Patos.

Através dos arquivos de alguns órgãos públicos, pudemos constatar a existência de várias organizações da sociedade civil com atuação no município de Patos. Entre elas destacamos: AMEP - Associação dos Municípios das Espinharas; ASES - Associação Sertaneja de Estudantes Secundaristas; Associação Comercial de Patos; CAMPAL - Cooperativa Agrícola de Patos; e, a FETAG - Federação dos Trabalhadores na Agricultura. Além destas existem 14 sindicatos: Sindicato dos Professores da rede privada; Sindicato dos Comerciantes; o Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Sindicato dos Eletricistas; Sindicato dos Professores do Município; Sindicato dos Empregados no Comércio e Serviços de Patos; Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Patos; Sindicato dos Moto-Taxistas; Sindicato dos Professores Estaduais; Sindicato dos Taxistas e Caminhoneiros; Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Purificação e Destilação de Água e Serviços de Esgotos da Paraíba; Sindicato Patronal do Comércio Varejista; Sindicato Rural; e, o Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais de Patos e Região.

Destes sindicatos, pudemos verificar que o Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais de Patos e Região é considerado o movimento social mais politizado no que concerne à defesa dos interesses dos trabalhadores.

Registramos ainda 28 associações comunitárias existentes nos bairros da cidade do município, além de uma Associação dos Sapateiros; organizações religiosas protestantes, espíritas, testemunhas de Jeová e católicas. Esta última tem atuação mais expressiva nas pastorais. Entre elas se destaca, em nível de organização e mobilização a Pastoral da Criança, que desenvolve ações para reduzir a mortalidade infantil nas periferias, envolvendo centenas de famílias. Algumas de suas coordenadoras tornaram-se agentes comunitárias de saúde, ao serem aprovadas no concurso realizado pela SMS e aproveitadas pela experiência acumulada na área.

Por fim, o município ainda conta com o GIAASP - Grupo Independente de Análise Ação Social e Política, que é uma organização não governamental, que funciona desde 1991 e foi criada por pessoas da própria comunidade com o intuito de unir forças em prol de benefícios para o município. As ações realizadas são oriundas de pesquisas efetuadas pelos participantes, de forma a detectar problemas existentes no município, formular soluções e levar ao conhecimento das autoridades competentes para que sejam colocadas em prática.

A organização dos movimentos sociais do município conta com uma União das Associações Comunitárias – UAC. Trata-se de uma entidade que unifica a grande maioria das entidades populares do município, cumprindo um papel decisivo na eleição dos representantes do segmento dos usuários para o CMS. De acordo com a pesquisa que realizamos nos arquivos da instituição, a UAC também é uma entidade que faz parte da Federação das Associações Comunitárias da Paraíba e da Confederação das Associações Comunitárias Nacionais (CONAN).

Com 28 associações comunitárias filiadas, a UAC atua junto às associações comunitárias na elaboração de projetos, tais como: construção de casas, alfabetização de adultos, construção de sedes próprias para as entidades associadas, cursos profissionalizantes e ou-

tras atividades. Também atua junto aos governos federal, estadual e municipal no sentido de obter benefícios, por exemplo: cestas básicas, assistências aos flagelados nos períodos de seca e construção de habitação para os “sem casa”.

A UAC funciona como uma espécie de "Central Sindical Única" local, pois congrega praticamente todo o movimento comunitário de Patos. Além disso, constatamos através de vários depoimentos que ela tem realizado algumas conquistas importantes para a comunidade, como posto médico para bairro, pavimentação de ruas, eletrificação, iluminação pública e esgotamento sanitário em áreas carentes do município. Cada associação define as necessidades de sua comunidade e a UAC analisa junto com o Conselho Escolar, Comissão de Emprego e Renda, Conselho Municipal de Saúde etc. Depois de definidos os projetos e ações, são levados à discussão das autoridades competentes para viabilização.

No depoimento abaixo, o presidente do Sindicato dos Professores de Patos, nos deu um perfil da estrutura e funcionamento da UAC:

“Atualmente, Patos conta com a UAC que congrega 27 Municípios e tem 172 associações filiadas. Por isso, em Patos só existe uma associação por bairro, sítio ou zona, e as eleições de todas as associações acontecem no mesmo dia. Isso é bom porque mostra unidade no movimento. Além da UAC, tem o COMCARP – Confederação do Movimento Comunitário e Popular, e as Cáritas. Temos ainda grupos de jovens; times de futebol; Igrejas; clubes de mães; ONG’S que defendem o meio ambiente; o Movimento dos Sem Terra-MST com acampamento na Fazenda Jacú, que foi ocupada por três vezes, mas só agora saiu a desapropriação; Movimento Estudantil; Grupos da 3ª Idade; Círculo dos Trabalhadores Cristãos; Entidades Assistencialistas; e, o Rotary Clube” (presidente do Sindicato dos Funcionários em Educação de Patos de Região).

A origem da UAC está ligada aos movimentos sociais surgidos com o apoio da Igreja Católica, por intermédio da Comissão de Justiça e Paz (CJP) da diocese local. Segundo alguns entrevistados, a CJP funcionava a serviço dos que não tinham voz. A Igreja servia de escudo com a sua influência e assessoria, de modo que facilitava o surgimento de

organizações populares combativas no município. Desta forma, parcelas da população de Patos começaram a ser organizadas para reivindicar melhores condições de vida, ampliação de equipamentos sociais (educação, saúde, saneamento, segurança, etc.). Neste contexto, foram criadas as condições necessárias para o fortalecimento do movimento popular, sendo coroado com a criação da UAC, cuja pretensão, desde o início, era unificar as associações comunitárias de bairro do município, conforme atesta depoimento:

“Através de reuniões de rua, assembléias, seminários aos poucos foi se forjando uma mentalidade de se exigir direitos de moradia, escola, calçamento, esgoto, saúde etc. De modo que após a organização do movimento por bairros, partimos para organizar o movimento todo numa só coordenação, foi aí que surgiu a UAC, para unificar e fortalecer o movimento comunitário de Patos”. (ex-vereador do PT de Patos)

No entanto, segundo pudemos constatar, a Igreja hoje não tem um engajamento como tivera no passado, ela está mais preocupada com o assistencialismo do que direcionar as entidades para a luta política em defesa de seus direitos, e, desse modo ela se afasta do movimento comunitário, inclusive, das atividades do CMS, conforme depoimento:

“A Igreja não se engaja mais. Talvez se tivesse mais próxima algo acontecesse. Na época, de José de Oliveira Pio, que, foi o segundo presidente do CMS de Patos, tido por muita gente como o mais atuante, era funcionário da Igreja, coordenava os movimentos de ação comunitária. Isso ajudou muito na realização de pesquisas, confecção de urnas para as UBS'S. Mas a igreja esfriou” (coordenadora da Pastoral da Criança de Patos).

Procuramos a diocese de Patos para levantarmos informações sobre a atuação da Igreja nos dias de hoje. De acordo com a secretária da Paróquia de Nossa Senhora da Guia, a ação social que a diocese desenvolve hoje abrange os 38 municípios da diocese. Isso se dá através de assistência às comunidades rurais e urbanas, assistindo agricultores, crianças, adolescentes, famílias, idosos, apoio às iniciativas associativas, fortalecimento da produção

familiar, capacitação de lideranças comunitárias e de cidadãos para o exercício da cidadania e a integração das pastorais sociais da diocese.

Além destas, outras atividades complementares são desenvolvidas no campo da educação musical, reforço escolar, alfabetização, curso de pintura e arte-educação, iniciação à informática, palestras informativas, formação pessoal e social, formação religiosa, hábitos de higiene, reciclagem de papel, latas e plásticos.

Como podemos ver, as atividades da Igreja Católica estão voltadas em grande parte para atividades assistenciais e não há mais uma preocupação política de expansão dos movimentos sociais. De modo que esta falta de entusiasmo político das organizações sociais atinge a grande maioria das entidades, fato que nos leva a considerar que na atualidade os movimentos sociais passam por uma crise de identidade, se compararmos a atuação das mesmas na década de 80. Naquele período, várias manifestações marcaram a história dos movimentos sociais do município. Entre eles destacamos: “a ocupação de BR, reivindicações de cestas básicas para as vítimas da seca; ocupação de prédios públicos; ocupação de barragem pública por 140 famílias; ocupação da Fazenda Liberdade; o assentamento dos sem-terra em Campo Comprido e em Tubarão etc” (presidente da UAC).

Enfim, é inegável que houve um avanço na organização dos movimentos sociais na década de 80. Entretanto, hoje os movimentos com a experiência adquirida, buscam romper com as formas tradicionais de organização, e, em muitos casos é visível também que estas não foram superadas, passando a coexistirem, como é o caso de entidades que têm seus representantes comprometidos com a bandeira das mudanças e praticam o clientelismo à moda das oligarquias.

Podemos constatar que no município de Patos, onde as práticas do clientelismo e a dependência pessoal são um empecilho para uma prática democrática, uma cultura cívica está sendo construída e proporcionando uma nova ordem democrática. O caso de Patos,

por exemplo, ilustra uma situação em que convivem lado a lado a política tradicional e um número elevado de associações da sociedade civil.

4.2.- A Gestão Pública da Saúde no Município

4.2.1.- A Saúde no Município

O sistema de saúde de Patos é composto por 18 postos de saúde, 18 centros de saúde, um centro de reabilitação para portadores de deficiências, 1 centro de reabilitação para pacientes vítimas de queimaduras, 1 maternidade, 3 hospitais, 1 unidade de vigilância sanitária e 1 unidade móvel médico/odontológico. Os serviços de diagnóstico são garantidos pelo hospital regional, pelo laboratório regional, pela compra de serviços de um laboratório privado de patologia clínica localizado na sede do município, e pelo intercâmbio estabelecido com o município de Campina Grande, para onde são encaminhados os casos que demandam terapias e exames mais especializados. Para internações e urgências, o município conta com 3 hospitais, que dispõem de 181 leitos e atende nas clínicas médicas, cirúrgica, pneumologia, ginecologia, ortopedia, infectologia dermatologia, cardiologia, endocrinologia, pediatria, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia.

Ao observar o perfil epidemiológico do município, verificamos que as doenças contraídas durante a gravidez, parto e puerpério representam 22,5% das doenças registradas, seguidas das doenças do aparelho respiratório (14,9%), das doenças infecciosas e parasitárias (13,9%), do aparelho geniturinário (12,1%), do aparelho circulatório (10,2%), do aparelho digestivo (9,8), e das provenientes de lesões ou envenenamento e outras consequências de causas externas (4,5). As *causas mortis* registradas com maior frequência são as doenças cerebrovasculares (28,3%), seguidas de agressões (22,9%), de diabetes (20,7%),

de infarto agudo do miocárdio (17,4%), e de acidentes de transportes (16,3%). A mortalidade infantil registrada no município é de 41% por mil nascidos vivos (IBGE, 2000).

Estes dados apontam para uma melhora dos serviços de saúde nos últimos anos:

“Ainda temos muitos problemas na saúde de Patos. Mas se olharmos para o passado e hoje, vemos que melhorou muita coisa. Por exemplo, na Maternidade Peregrino de Carvalho, quem fazia os partos das mães que moravam na periferia, pobres, eram as parteiras, enquanto os médicos ficavam dormindo nos alojamentos. Quando estas chegavam, as parteiras exigiam R\$ 30,00 (Trinta reais) ou R\$ 40,00 (Quarenta reais) para realizarem os Partos. Agora, quando chegavam as mães ricas, tinha assistência, o médico saía do alojamento para atender etc. Isso aconteceu até o episódio da morte de crianças por negligência do médico e da parteira. Na época o CMS de Patos reivindicou da direção da maternidade uma equipe multiprofissional com o anestesista, o ginecologista, o pediatra e uma enfermeira obstetra. A SES fez uma auditoria, colocou a equipe multiprofissional, as parteiras deixaram de atender na maternidade e, as mortes pararam. Antes as crianças nascidas pré-maturas eram enviadas para Campina Grande, mas hoje temos uma UTI infantil” (presidente do CMS de Patos).

“Antigamente no hospital de urgência que atendia ao consórcio de 67 municípios da região, tínhamos um médico para atender ao ambulatório e a urgência, o que era humanamente impossível. Hoje temos quatro, sendo dois para o ambulatório, um para a emergência, e um para a urgência. O mesmo hospital foi motivo de muita denúncia. Havia uma máfia que desviava medicamentos que chegavam do governo federal para o hospital. O CMS de Patos denunciou, acionou o Ministério Público e o serviço melhorou. Na medida em que o serviço foi melhorando as denúncias da população foram diminuindo” (representantes da Associação dos ACS).

“Outro problema sério que acontecia aqui era com as pessoas que doavam sangue. Elas doavam sem passar por nenhum tipo de teste. Se tivesse a doença de chagas por exemplo, passava para outros. Hoje o ‘cabra’ que doar sangue, primeiro tem que passar por uma bateria de exames. O CMS de Patos acompanhava, denunciava, propunha e acionava a SES e o Ministério Público” (vice-presidente do CMS de Patos).

Quanto aos indicadores sanitários, de acordo com os dados fornecidos pela CAGE-PA, apenas uma parte do centro da cidade de Patos é atendida pela rede de esgotamento

sanitário. Apesar de existir uma rede coletora com 11,06 km, é muito pequeno o percentual da população atendida por esse serviço (7,2% apenas).

Todo o esgoto coletado (1.114 m³/dia) é tratado em duas lagoas de estabilização. Ainda há na cidade alguns trechos de rede de águas pluviais que funcionam como rede unitária - galerias que são usadas para coletar águas pluviais e esgoto sanitário. Estas redes unitárias são executadas e mantidas pela prefeitura, porém, não há informação sobre sua extensão nem qual o percentual da população atendida. O esgoto coletado por essa rede unitária é lançado em canais cujos defluentes são lançados, sem nenhum tratamento, nos córregos do rio Espinharas.(Cf. CAGEPA).

A localização do lixão atende aos requisitos mínimos para a disposição do lixo, pois situa-se a mais de 3 km da periferia e não há nenhuma edificação num raio de 1 km. Devido à inexistência de qualquer tipo de tratamento, fica prejudicado o meio ambiente, principalmente quando a água de chuva escoar pelo talvegue existente, carreando o chorume (líquido altamente poluente produzido pela decomposição não controlada da matéria orgânica presente no lixo) para os cursos d'água. Foi feita uma pequena barragem para impedir esse escoamento. Segundo a Secretaria de Serviços Urbanos do município, na área do lixão atuam cerca de 20 famílias catando lixo diariamente.

“Todo o sistema de coleta e disposição final do lixo é realizado pela prefeitura. Atualmente, todo o lixo coletado tem como destinação final um vazadouro a céu aberto (lixão), situado em uma área de 10 há., situada próximo ao aeroporto. Não há controle de pesagem de lixo. De acordo com informações obtidas junto a Secretaria de Serviços Urbanos, no lixão, são despejadas diariamente 12 carradas/dia (caminhões tipos compactador e basculante) e mais 10 a 12 carradas/dia (caminhões tipo poliguindaste)” (Cf. Secretaria de Serviços Urbanos).

4.2.2.- O Fundo Municipal de Saúde

Em Patos o Fundo Municipal de Saúde foi criado, oficialmente, pela Lei 1.849, de 21 de junho de 1991. Toda a gestão financeira do SUS no município é realizada por meio deste fundo, composto de quatro contas bancárias (PAB, ECD, SIS/SUS, e vigilância sanitária), nas quais se movimentam recursos oriundos do Ministério da Saúde, da prefeitura e de convênios.

Os recursos relativos a internamentos hospitalares são repassados diretamente aos hospitais prestadores de serviços de saúde, ficando a cargo da SMS apenas o seu controle, feito por meio da emissão das AIH's – Autorizações de Internação Hospitalar. Esses recursos transferidos do Governo Federal para a saúde do município são utilizados basicamente na manutenção da rede de serviços de saúde e na complementação do pagamento de pessoal.

O montante de recursos provenientes da prefeitura para a saúde não está definido na lei municipal de criação do fundo, nem existe lei federal que defina a contrapartida de cada esfera de governo.

Os recursos da Secretaria Municipal de Saúde, obtidos por meio de convênios firmados com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Programa de Planejamento Familiar, Programa de Controle das Carências Nutricionais, Programa de Vigilância de Menor de 1 ano em situação de risco, Programa de Promoção e Diagnóstico de Tuberculose, Programa de Saúde Mental, Programa de Controle e Diagnóstico da Diabete, e do Programa de Vigilância Epidemiológica são utilizados de acordo com a definição da fonte financiadora, que especifica onde estes devem ser aplicados.

A lei que instituiu o FMS diz que seu objetivo é:

“Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, que compreendem: o atendimento à saúde, universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado; a vigilância sanitária; a vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes; o controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com as organizações competentes das esferas federal e estadual” (Lei Municipal 1.849, de 21 de junho de 1991).

Conforme a lei, o fundo ficará subordinado diretamente ao chefe do poder executivo e ao secretário municipal de saúde, a quem compete:

“Assinar cheques com o responsável pela tesouraria; ordenar empenhos e pagamentos das despesas do Fundo; e, firmar convênio e contratos, inclusive de empréstimos, referentes a recursos que serão administrados pelo Fundo. Ao secretário municipal de saúde compete: acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no plano municipal de saúde; submeter ao conselho municipal de saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o plano municipal de saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias; submeter ao conselho municipal de saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo; encaminhar à contabilidade geral do município as demonstrações mencionadas; e, subdelegar competências aos responsáveis pelos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que integram a rede municipal” (Lei Municipal 1.849, de 21 de junho de 1991).

De acordo com a lei, o gestor do fundo é o secretário municipal de saúde, que juntamente com o tesoureiro da prefeitura, é o responsável pelas assinaturas dos cheques. Entretanto, na prática pudemos observar que existe uma grande distância entre o legal e o real no que tange à gestão dos recursos financeiros da saúde de Patos. Em conversa com a secretária de saúde, ela nos informou que:

“A descentralização da saúde de Patos ainda não está efetuada totalmente. Hoje, toda conta de receita e despesa ainda está atrelada a secretaria de finanças do município, inclusive o Fundo Municipal de Saúde” (secretária de saúde).

de do município).

Assim, o gestor do fundo é o secretário de finanças do município que assina os cheques juntamente com o prefeito.

Nas entrevistas que nos concederam, tanto a secretária de saúde do município como o presidente do CMS nos informaram que as prestações de contas devem ser enviadas para a apreciação do conselho “trimestralmente”. Porém, a partir da consulta que fizemos ao texto da Lei 1.849, de 21 de junho de 1991 que institui o FMS, observamos que as demonstrações de receita e despesa devem ser encaminhadas mensalmente à tesouraria da prefeitura, ao setor da contabilidade, e ao conselho para apreciação e aprovação, sendo o conselho o responsável pela aprovação do plano de aplicação financeira (Cf. Lei 1.849/91).

A Lei nº 1.849, de 21 de junho de 1991 que firma co-responsabilidades entre a SMS e o CMS no que se refere ao envio da execução orçamentária do FMS e a sua apreciação pelo conselho, determina que deve ser feita mensalmente e, no mesmo prazo, ser enviada ao conselho para apreciação (Cf. Lei 1.849/91).

Procuramos tanto a secretária de saúde como o presidente do conselho a fim de esclarecermos o impasse em relação ao prazo que as prestações de contas devem ser enviadas ao conselho, mas estes demonstraram desconhecimento da Lei que instituiu o fundo.

Segundo a secretária de saúde, “a secretaria não dispõe de recursos humanos para fazer a prestação de contas mensalmente” e afirma que a elaboração da prestação de contas da SMS não é da sua competência, uma vez que a gestão do FMS tem sido uma responsabilidade da secretaria municipal de finanças (SMF). Em outros termos, a SMS não tem autonomia na gestão dos recursos concernentes ao FMS.

Pudemos observar que a ingerência da SMF sobre o FMS tem dificultado tanto o desenvolvimento das ações por parte da secretaria de saúde, como por parte do CMS, no

que se refere à fiscalização da execução orçamentária do fundo. De acordo com o presidente do conselho, “a secretaria de saúde tinha que ter autonomia financeira, gerir os recursos relativos ao fundo, e a prefeitura depositar mensalmente a contrapartida numa conta da secretaria” (presidente do CMS-P), o que, segundo ele, não acontece. Ainda segundo ele, o poder público não deposita a sua contrapartida, mas computa como contrapartida despesas com combustível, pagamento de pessoal, material de expediente, complemento de salários dos ACS's, que são pagos pela administração direta.

Em depoimento a secretária de saúde fala do problema da contrapartida da prefeitura para a constituição do fundo ela nos informou que

“a prefeitura cobre as despesas com combustível, obras, material de consumo das UBS's, medicamentos, diárias e pessoal (médicos, odontólogos, pessoal de ensino médio etc.) e computa como sendo a sua contrapartida para a constituição do FMS.” (secretária de saúde do município).

O fato é que, concretamente, não há cumprimento da contrapartida do município na conformação do fundo, comprometendo o desenvolvimento de ações por parte da secretaria e do conselho.

4.3.- O Conselho Municipal de Saúde

4.3.1.- Origem

Os atuais conselhos de saúde foram criados por lei em 1990. Esta lei tem importantes características de participação, pois envolve representações da sociedade civil e do Estado, constituindo-se o conselho, assim, em uma instância pluralista. Estes conselhos são compostos de representantes eleitos por cada segmento da sociedade de modo que a meta-

de dos componentes é obrigatoriamente de entidades que representam os usuários do sistema de saúde adquirindo, assim, uma configuração paritária:

“São paritários para garantir a presença quantitativa da população mais excluída em qualquer tipo de participação, pois os usuários que dependem do sistema público são mais de 80% da população” (Santos, 2000:17).

A organização do CMS-P com representação popular ganhou forma a partir da municipalização da saúde e da implantação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Para que o município de Patos aderisse ao PACS, fazia-se necessário que o CMS aprovasse o programa no município de forma a constar em ata que o mesmo era desejo dos conselheiros, e que estes assumiriam seu papel de fiscalizar o exercício do programa dentro do município como uma política local de saúde.

Portanto, a origem do CMS-P, faz parte da política de descentralização do Ministério da Saúde que impõe a obrigatoriedade para se ter acesso a recursos. Os conselhos são essenciais para a construção de um espaço público onde distintos atores sociais negociam as políticas para o setor e se não houver uma representação popular forte estas políticas tendem a não atingir os seus objetivos na busca pela melhoria da qualidade de vida da maioria da população.

Mesmo considerando que os conselhos são essenciais para construção de um espaço público, que são instrumentos de participação, não podemos deixar de considerar que muitos foram criados apenas para cumprir uma exigência legal, em função dos recebimentos de recursos.

Como apurou a pesquisa “O Controle Social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba”, na maioria dos conselhos analisados há uma vinculação direta entre a data da criação do conselho e a promulgação de leis estaduais e federais que normatizam o repasse de verbas para os municípios (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:37).

Contudo, a experiência do CMS de Patos demonstra que mesmo sendo resultado do processo de descentralização das políticas de saúde, é importante registrar a importância da mobilização dos movimentos sociais no fortalecimento da luta pela autonomia do conselho.

Em Patos, o advento da Lei n.º 2.107/94, de 15 de setembro de 1994, que orientou a formação dos conselhos com indicação popular, concomitantemente com o processo de implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários – PACS, criou as condições políticas para a inclusão de representantes dos usuários no âmbito da saúde em Patos eleitos pela própria comunidade.

“A luta pela formação de um conselho municipal de saúde democrático começou em 1992. Quando veio a implantação do programa dos ACS. Nesse tempo, as pessoas que estavam engajadas em entidades não governamentais puderam participar dos treinamentos e, aos poucos, viram a necessidade de se ter um conselho como critério para que o município integrasse o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Elas começaram a ouvir falar sobre o conselho e, com isso, os ACS se mobilizaram juntamente com a Igreja para discutir sobre a necessidade de formação de um conselho que não fosse formado no gabinete do prefeito, mas com a participação da população através dos seus representantes” (presidente do CMS de Patos).

O Conselho Municipal de Saúde de Patos foi criado em 1989 pelo decreto 16/89, de 16 de junho de 1989. Depois foi alterado pelo decreto 37/91, de 2 de julho de 1991, e, em seguida, pelo decreto 42/91, de 18 de setembro de 1991. Porém, não encontramos registros da composição do CMS nesse período.

“O contexto da época era bastante favorável, os movimentos sociais passavam por uma fase interessante, nessa época foram realizadas a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Estadual, tinha sido aprovada a Lei nº 8.080, começava-se a implantação do SUS, de forma que todos estavam querendo melhorar a saúde. Em Patos, a impressão era de que com o conselho a população poderia finalmente fazer alguma coisa, mudar, melhorar a saúde, etc. Por outro lado, tinha-se em mente a importância da parti-

cipação de entidades populares no conselho, representando as pessoas que madrugavam nas filas para conseguir uma vaga para serem atendidas, e que depois ficavam sabendo que não tinha médico. Esse movimento trouxe muita esperança que os problemas da saúde fossem de fato resolvidos. Por exemplo, a questão da educação sanitária, fundamental para a discussão no conselho, especialmente, no que se refere ao uso dos medicamentos. Nesse sentido, o que se tinha em mente era como o Conselho Municipal de Saúde de Patos poderia contribuir para o melhoramento da saúde pública no Município, melhorando o atendimento, universalizando o atendimento, incentivando a medicina preventiva, e fazendo com que a medicina curativa chegasse mais próxima da sociedade” (ex-presidente da Comissão de Justiça e Paz do CMS de Patos).

Nesse contexto, a UAC – União das Associações Comunitárias de Patos – realizou uma plenária com todas as associações comunitárias existentes no município, na qual foram escolhidas as associações titulares e suplentes representantes do segmento dos usuários para compor o conselho. De acordo com um dos nossos entrevistados,

“Na época, um grupo de entidades da sociedade civil, do movimento social comunitário, liderados pela UAC – União das Associações Comunitárias - juntamente com setores do poder público local se reuniram, e apoiados no que dizia a legislação dos conselhos escolheram seus representantes para participarem do conselho” (ex-presidente do CMS de Patos).

Segundo um ex-presidente do conselho, o debate sobre a criação do conselho foi marcado por questionamentos como forma de organização, relação de poder, competências, relação com o poder público, institucionalidade etc.

De fato, uma das questões que surgiram foi a respeito da presidência do conselho. Para os representantes dos usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços de saúde, o conselho não poderia ser presidido pelo secretário municipal de saúde, pois uma das principais atribuições do conselho é exatamente fiscalizar a aplicação dos recursos pú-

blicos destinados à saúde por parte daquela secretaria. Para o representante do sindicato dos professores do município,

“Não dava pra colocar a raposa pra tomar conta do galinheiro, porque por mais sério que fosse o secretário de saúde, em última instância ele termina cumprindo as determinações do poder público municipal” (presidente do Sindicato dos Professores do Município).

Pelo que pudemos apurar, durante o mês de novembro de 1994, que coincide com a primeira eleição para a mesa diretora do CMS de Patos, houve uma grande mobilização dos setores organizados da sociedade civil do município no intento de elegerem seus representantes para ocuparem a mesa diretora do conselho.

No dia 22 de novembro desse ano, foi realizada a primeira eleição para a composição da mesa diretora. Para presidência, foram apresentados dois candidatos para disputarem o cargo: o secretário de saúde do município, Dr. Gilberto Marinho Medeiros Palmeira, representando o poder público municipal, que, inclusive, já vinha presidindo interinamente os trabalhos do conselho. Do lado dos usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, foi escolhido o nome do advogado Dr. José Lacerda, representante da ASDAC, uma ONG ligada a Igreja Católica. Ao final da votação, o candidato apoiado pelos usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, Dr. José Lacerda, venceu a eleição.

A vitória do Dr. José Lacerda, deu-se através de uma articulação coordenada pelos setores organizados da sociedade civil patoense. Essa articulação continuou até as últimas eleições para a composição da mesa diretora do conselho. Um conselheiro nos fez a seguinte avaliação através de entrevista:

“O bom dessa história é que o conselho continuou elegendo membros do meio comunitário para presidir o conselho. Isso foi muito bom porque passou a ser de direito e de fato um conselho com representação popular, autônomo.

Na primeira gestão por exemplo, o presidente era de uma ONG, o secretário executivo era membro de uma igreja evangélica, um pastor, presidente da Cultura Inglesa de Patos, e o secretário de apoio era o presidente do Sindicato de Trabalhadores do município. Depois, o presidente foi um membro da pastoral da Igreja Católica, e, em seguida, foi um presidente de uma associação comunitária” (ex-presidente do CMS de Patos) .

Portanto, concluímos que a participação dos movimentos sociais locais no processo de criação do CMS-P mostra-se decisiva na construção de uma representação popular forte junto ao conselho, lutando por melhores condições da qualidade de vida da população e, criando empecilhos às tentativas de ingerência do poder político local.

4.3.2.- Infra-estrutura

Para que os conselhos funcionem de maneira regular é necessário que tenham uma infra-estrutura e um suporte administrativo, que garantam que suas atividades tenham um caráter permanente (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:40). No CMS-P vamos encontrar uma realidade que apresenta problemas para efetivar seu funcionamento.

De fato, a Resolução 333/03 de 04/11/2003 do Conselho Nacional de Saúde traz duas diretrizes que asseguram a infra-estrutura de um Conselho de Saúde, a saber:

"3ª Diretriz: o Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

"4ª Diretriz: os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. Item 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 (...). Item III –A secretaria executiva é subordinada ao plenário do conselho de saúde, que definirá

Quanto à 3ª Diretriz, está claro que um conselho de saúde é integrante da estrutura da secretaria de saúde nas respectivas esferas de governo. No entanto, em sua 4ª Diretriz, ao especificar que os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do conselho de saúde, não deixa claro a origem dos recursos para esse fim.

Em Patos, a questão da infra-estrutura é especialmente grave, constituindo-se numa espécie de "tipo ideal" weberiano às avessas. Com efeito, a falta de infra-estrutura para o funcionamento do CMS levou a morte o seu presidente, José de Oliveira Pio, quando, em 27 de janeiro de 2000 durante uma reunião de estudo do CMS, foi surpreendido por um desabamento do telhado.

Atualmente o CMS-P funciona na Casa dos Conselhos, localizada no centro da cidade, onde funciona também o Conselho da Criança e do Adolescente. A Casa dos Conselhos tem três salas. Na primeira sala, funciona o CMS, que divide o espaço da sala de 20 m², com a Associação dos ACS's e com a Federação Paraibana dos ACS's, e na segunda sala funciona o Conselho da Criança do Adolescente. A terceira sala funciona como um mini-auditório improvisado.

O CMS-P dispõe de uma secretaria executiva que funciona como membro de apoio à presidência, e com ela se discute a elaboração das convocatórias, a agenda do conselho, e o seu funcionamento. Dispõe também de uma secretária de apoio que tem a função de organizar toda a documentação do conselho, redigir atas, etc.

Conforme constatamos pela observação *in loco*, as atividades de secretário executivo, apesar de legalmente muito mais amplas, restringe-se, na prática, à sua presença nas reuniões, configurando, portanto, um secretário das reuniões e não do conselho.

Legalmente cabe à Secretaria Municipal de Saúde fornecer infra-estrutura para o funcionamento do conselho (Lei 2.107/94). Porém, pudemos verificar que isso normalmente não ocorre. Na realidade, a legislação é omissa quanto à destinação de dotação orçamentária para manutenção deste colegiado. Fato é que o conselho não tem nenhuma estrutura organizacional independente.

O conselho não conta com assessoria técnica externa, submetendo-se unicamente às informações fornecidas pelos técnicos dos diversos setores da secretaria municipal de saúde, na grande maioria das vezes por exposição dos projetos do governo. Com relação ao acesso às informações técnicas, ocorre a mesma limitação.

As condições precárias de funcionamento (a falta de recursos como material de escritório, gravador para o registro dos encontros etc.) criaram situações desfavoráveis ao desenvolvimento das atividades. Para tentar superar estes obstáculos, uma das medidas tomadas pelo presidente do CMS na segunda gestão, foi sugerir durante a reunião realizada no dia 17 de dezembro de 1997, que fosse ocupado os espaços existentes nas paredes internas do prédio onde funcionava o conselho, para vender comerciais dos próprios conselheiros a fim de arrecadar recursos para adquirir utensílios necessários ao seu funcionamento como forma de ultrapassar as dificuldades (Cf. ata de reunião de 27 de dezembro de 1997).

Segundo a secretária de apoio do CMS, até o acesso a informações por parte dos conselheiros é restrito, uma vez que os documentos que chegam da secretaria municipal de saúde não podem ser distribuídos entre os conselheiros porque o conselho não disponibiliza de recursos para reproduzir o material.

A questão é que o suporte material necessário para o funcionamento do conselho não é compreendido e nem assumido com a importância estratégica que merece, pelo gestor. Porém, “a operacionalização das atividades dos conselhos exige o porte de recursos financeiros de dotação orçamentária específica” (Carvalho, 1995:92).

A propósito, participamos da primeira reunião ordinária do conselho realizada em 2003, cuja pauta foi o problema da infra-estrutura do conselho. A reunião que contou com a presença da secretária de saúde do município, acabou em acusações, sendo que o conselho acusava o poder público de ser negligente em relação ao conselho, e a secretária de saúde devolvia as acusações alegando que o problema do conselho era que muitos conselheiros eram radicais, que, na realidade, estes queriam mesmo era fazer política e prejudicar a imagem do prefeito. De acordo com a secretária de saúde,

“o problema do conselho não é a falta de apoio por parte do poder público, e sim, era falta de compromisso dos conselheiros de vestir a camisa do conselho, que o conselho não deixa de funcionar por falta de dinheiro, e que ele pode até funcionar até debaixo de um pé de pau” (ata de reunião de 6 de fevereiro de 2003).

Diante desse quadro, é necessário começar a trabalhar para que os CMS-P também tenha recursos para a sua própria infra-estrutura para que seja autônoma em relação ao órgão gestor. Como sugere Cruz (2000), deve-se, portanto, institucionalizar-se as garantias de infra-estrutura, tomando cuidado para que não se burocratizem (Cf. Cruz, 2000:77).

4.3.2.1.- Orçamento Próprio

De acordo com a 4ª Diretriz da Resolução 333/03, os governos deverão garantir o pleno funcionamento dos conselhos de saúde através de dotação orçamentária com recursos do tesouro. Em seu item IV diz que o orçamento do conselho será gerenciado pelo próprio conselho de saúde.

Entretanto, na prática os conselhos municipais de saúde não têm orçamento próprio por não serem um órgão executor, o que faz com que as atividades desenvolvidas pelo conselho dependam da aprovação e financiamento do gestor. Quando há o interesse do gestor

em financiar determinada atividade do conselho, este proporciona alocação de verbas do Fundo Municipal de Saúde para as atividades pretendidas. Portanto, a grande maioria dos conselhos apresentam uma fraca tradição associativa e isso faz com que o conselho se torne um órgão totalmente dependente do gestor, não respondendo aos reclames da população (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:42).

Com efeito, o caso do CMS de Patos demonstra que não há dotação orçamentária que garanta minimamente sua autonomia nem que assegure uma estrutura física adequada para o funcionamento do referido colegiado.

4.3.4.- Regimento Interno

O regimento interno é uma ferramenta importante na vida de um conselho, porque ele facilita a organização do conselho ao definir regras para o seu funcionamento. Caso contrário, a operacionalização do conselho é dificultada com mudanças constantes de procedimentos (Cruz, 2000:76).

Após levantamentos realizados no livro de atas das reuniões do conselho, constatamos que em reunião realizada em 22 de novembro de 1994, foi lido e aprovado o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Patos. Mesmo assim, constatamos que a maioria dos conselheiros não têm conhecimento da sua existência.

De acordo com o regimento interno, o CMS-Patos é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da secretaria municipal de saúde e tem seu funcionamento regulado pelo regimento.

No seu artigo 2º, o regimento diz que o conselho está organizado através do plenário, órgão de deliberação, da secretaria de apoio, como órgão de apoio administrativo ao

conselho, e pela secretaria executiva, que também dá suporte administrativo e de representação a presidência do conselho.

O Capítulo III do regimento trata das competências do conselho, a saber:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes, elaborar e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes à ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito da deliberação do colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde;
- fiscalizar a movimentação e recursos repassados à SMS e ou do FMS;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do SUS;

- propor critérios para programação e para execuções financeiras e orçamentárias dos fundos de saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto a localização e funcionamento de unidades prestadoras de serviço da saúde pública e privada no âmbito do SUS;
- estimular, apoiar ou promover estudo e pesquisa sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS.

A secretaria de apoio compete:

- assessorar e apoiar administrativamente o CMS;
- organizar a documentação e movimentar o expediente;
- providenciar as diligências aprovadas pelo plenário ou solicitadas pelos conselheiros;
- controlar a frequência dos membros do conselho;
- fornecer cópias das resoluções e extratos das publicações no Diário Oficial do Município;
- providenciar a guarda e tramitação dos processos;
- elaborar as atas das reuniões.

A secretaria executiva compete:

- coordenar, controlar, planejar e supervisionar as atividades da secretaria de apoio;
- elaborar o relatório anual do conselho;

- levar a decisão do conselho quaisquer incidentes processuais, inclusive desistência quando os processos não tiverem sido concluídos;
- distribuir cópias das pautas e atas aos membros, com antecedência mínima de 48 horas das reuniões etc.

O capítulo 5º do regimento que trata do funcionamento do CMS-P, diz que este reunir-se-á em caráter normal, mensalmente, na última quinta-feira de cada mês, sempre a partir das 17:30h., em local a ser definido, independente de prévia convocação e extraordinariamente, por convocação do presidente ou à requerimento da maioria simples de seus membros.

Ainda de acordo com o regimento, toda proposição deve ser encaminhada de forma expressa sendo formalizado processo e designado relator. No entanto, a partir da leitura dos registros de atas das reuniões do conselho, observamos uma enorme lacuna entre o que rege o regimento e sua prática de funcionamento.

Para a análise do regimento interno, construímos alguns quadros para ilustrar a análise que fizemos do que regulamenta o regimento interno e o que se observa na prática do exercício do controle social do conselho. Esta análise foi construída em 2 momentos: no primeiro momento, analisamos separadamente o regimento interno do CMS-P, o conteúdo das atas de reuniões do CMS, e os depoimentos dos conselheiros entrevistados. Num segundo momento, confrontamos as análises e construímos os quadros ilustrativos.

Quadro I- Análise das competências do CMS-P segundo o Regimento Interno do Conselho

COMPETÊNCIAS	O CONSELHO CUMPRE	O CONSELHO NÃO CUMPRE
➤ Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e gerência técnico-administrativa		
➤ Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal		
➤ Traçar diretrizes e elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-se às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços		
➤ Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área		
➤ Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS		
➤ Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito da deliberação do colegiado		
➤ Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde		
➤ Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora da conferência municipal de saúde		
➤ Fiscalizar a movimentação e recursos repassados à secretaria municipal de saúde e ou do fundo municipal de saúde		
➤ Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema Único de Saúde		
➤ Propor critérios para programação e para execuções financeiras e orçamentárias dos fundos de saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos		
➤ Estabelecer critérios e diretrizes quanto a localização e funcionamento de unidades prestadoras de serviço da saúde pública e privada no âmbito do SUS. Sendo que estes serviços só serão implementados após a homologação do conselho		
➤ Estimular, apoiar ou promover estudo e pesquisa sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS		

O quadro I aponta para uma realidade problemática do controle social da saúde em Patos. Das 15 competências do CMS-P estabelecidas pelo regimento interno, 11 o CMS não consegue cumprir, ou seja, 75%.

O capítulo V do regimento interno trata do funcionamento do CMS-P. Consideramos importante fazer uma análise-comparativa sobre o que estabelece o regimento interno em termos das normas de funcionamento do CMS, e a realidade da efetivação destas normas na prática do conselho.

Quadro II- Análise do Funcionamento do CMS -P

NORMAS DE FUNCIONAMENTO	O CONSELHO CUMPRE	O CONSELHO NÃO CUMPRE
➤ O conselho reunir-se-á em caráter normal, mensalmente, na última quinta-feira de cada mês, sempre a partir das 17:30h, em local a ser definido, independentemente de prévia convocação e extraordinariamente, por convocação do presidente ou por requerimento da maioria simples de seus membros		
➤ As reuniões serão abertas ao público e instalar-se-ão com a presença da maioria absoluta dos membros do conselho		
➤ As reuniões plenárias constarão de: abertura do presidente; leitura, discussões e votação da ata da reunião anterior, leitura do expediente e comunicação: apresentação dos processos relatados, discussões e votação, e distribuição de novos processos.		
➤ Toda proposição deverá ser encaminhada ao CMS de forma expressa sendo formalizado processo e designado relator		
➤ Os processos serão encaminhados a plenária devidamente instruído com os pareceres conclusivos do relator		
➤ Cada integrante do conselho poderá usar da palavra para discussão de matéria por si ou por seu preposto, pelo espaço de 3 minutos, vedada a cessão de tempo, ou a repetição, salvo questão de ordem		
➤ Antes de iniciar a votação os conselheiros poderão pedir vistas do processo em exame, pelo prazo de 72 horas, ao presidente do conselho, correndo prazo na secretaria		
➤ As decisões do conselho serão expressas na forma de resoluções e serão publicadas por extrato no D. O. do Município		
➤ Não será discutida e votada matéria não constante na ordem do dia, salvo requerimento justificado e aprovado pelo plenário por maioria simples.		
➤ Na discussão de qualquer matéria poderá ser propostas emendas		

Através do quadro II, podemos observar que a prática do CMS nem sempre é resultado do cumprimento das normas de funcionamento contidas no regimento interno. Basicamente, apenas as normas de funcionamento que estabelecem a dinâmica das reuniões são cumpridas no dia-a-dia do conselho.

Por fim, a partir das análises comparativas que realizamos sobre o que o regimento interno normatiza como sendo de competência do CMS-P, e a realidade da efetivação dessas normas da sua prática diária, podemos afirmar que o não cumprimento do regimento interno pelo CMS compromete a eficácia do controle social da saúde no município.

4.3.5.- Composição

Um dos principais pontos que influem no funcionamento dos conselhos se refere a sua composição. A Lei Orgânica da Saúde assegura que metade dos conselheiros deve ser da representação dos usuários e a outra metade da representação dos prestadores de serviços (representantes de governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde). A existência da paridade nos conselhos tem como meta a criação de um espaço “plural” no âmbito do qual diversas representações e interesses possam se fazer presentes para discutir, propor diretrizes e avaliar as políticas sociais (Cf. Cruz, 2000:74).

A Lei n.º 2.107/94 revogou os decretos 16/89, o 37/91, e o 42/91. Até o seu advento, a presidência do conselho era ocupada pelo representante do poder executivo municipal, o secretário municipal de saúde, que se encarregava de nomear os demais membros para compor o conselho.

Segundo João Bosco Eleotério de Assis, presidente do CMS,

“Nessa época, só quem conhecia o CMS era o prefeito e o secretário municipal de saúde, porque as pessoas eram indicadas por eles. Eles não queriam que a sociedade parti-

cipasse”. (presidente do CMS de Patos)

De acordo com a Lei 2.107/94, que instituiu o CMS-P com participação popular, o CMS é constituído por 20 membros, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde, 25% de representantes do governo e prestadores de serviços de saúde. Ainda de acordo com a Lei, a composição do CMS-P é paritária, e está distribuída da seguinte maneira:

- Representação do Governo
 - Quatro membros
- Representação dos Prestadores de Serviço da Saúde
 - Clínica Santa Luzia
 - Laboratório de Saúde Pública do Estado
 - Pronto Socorro de Fraturas Ósseas de Patos
- Representação dos Trabalhadores da Saúde
 - Associação Médica de Patos
 - Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Patos
 - Associação dos Cirurgiões Dentistas do Sertão da Paraíba
- Representação dos Usuários
 - União das Associações Comunitárias (dez membros)

De 1994 a 2002, período que corresponde aos objetivos desta pesquisa, a composição do CMS-P manteve-se praticamente a mesma. Apesar disso, em 1996 o prefeito de Patos eleito endureceu a relação com o CMS, pois através do Ante-Projeto de Lei n.º 12/97 enviado à Câmara de Vereadores, ele tentou alterar a composição do CMS. Pelo que levantamos nas entrevistas,

“O prefeito queria excluir as entidades que ele não tinha sob o seu controle político, substituindo-as até por entidades ‘fantasmas’” (ex-presidente do CMS-P).

Através da leitura do Ante-Projeto, ficamos sabendo que o prefeito pretendia excluir algumas entidades urbanas, como a ASDAC e o Círculo dos Trabalhadores de Patos por exemplo, que, coincidentemente, eram as entidades que o presidente e o secretário de apoio representavam no CMS. Em contrapartida, substituía tais entidades por associações rurais que, segundo nossos entrevistados, estavam sob sua influência política. Ainda segundo o Ante-Projeto, uma igreja evangélica e uma escola conhecida como “Nosso Lar Tio Juca” passavam a ter assento no CMS (Cf. Ante-Projeto de Lei n.º 12/97). Porém, segundo nos informou um conselheiro entrevistado, o prefeito

“não contava que a maioria das associações não aceitasse essa manobra. Houve pressão por parte dos movimentos sociais, elaboramos um documento público protestando contra a atitude autoritária do prefeito, que foi enviado ao Ministério da Saúde. Hoje as entidades que tem acento no CMS, foram as próprias associações que definiram em plenário” (secretária executiva do CMS-Patos).

No dia 28 de outubro de 1997, através do Ante-Projeto de Lei n.º 64/97, o prefeito enviou à Câmara de Vereadores uma segunda proposta de reformulação da composição do CMS. Conforme pesquisamos, a proposta pretendeu mais uma vez, fazer alterações na representação do segmento dos usuários.

Novamente, o CMS foi à imprensa denunciar a população a intenção do prefeito de modificar a sua composição. Mais uma vez, articularam-se os movimentos sociais organizados, as entidades civis e as entidades religiosas para pressionar a Câmara de Vereadores à não aprovar o projeto do prefeito. Neste episódio, segundo o presidente do conselho o

apoio da imprensa foi decisivo para que o conselho não sofresse ingerência do poder público municipal.

“Pela segunda vez conseguimos derrotar o prefeito nas suas intenções politiqueras para com o CMS. O problema é que o prefeito queria que o conselho fosse como a Câmara de Vereadores, submissa a ele” (presidente do CMS-Patos).

Depois da derrota na Câmara de vereadores, segundo os conselheiros que entrevistamos, o prefeito endureceu ainda mais a relação com o CMS. Além da falta de apoio, das tentativas de reformulação do CMS-P, as matérias que precisavam ser votadas/apreciadas pelo CMS começaram a ser enviadas em cima da hora, sem que o conselho dispusesse de tempo para discutir com a sociedade.

Sobre isso, Demo (1984) faz uma reflexão bastante interessante quando afirma que:

“... por parte do Estado e do grupo dominante não existe normalmente interesse em processos legítimos de participação, porque estes mexem profundamente na estrutura de poder; questionam a ordem vigente, promovem o rodízio no poder, e pedem prestação de contas...” (Demo, 1984: 4).

Contudo, apesar das investidas do poder público municipal sobre a composição do CMS-P, esta se manteve praticamente inalterada. Nesse processo, é importante considerar-se a influência da UAC, da Igreja Católica, das Associações Comunitárias Urbanas e Rurais, dos Clubes de Serviços, da Imprensa, das ONG's, e dos Sindicatos, que juntos constituíram um movimento de resistência às intenções do prefeito.

4.3.6.- Perfil Institucional

A composição dos conselhos deve contemplar os critérios de paridade e pluralidade previstos em lei. Entretanto, chamamos a atenção, considerando a teoria produzida sobre o controle social nos conselhos gestores de políticas públicas (Cf. Gohn, 2001: 44-93; Teixeira, 2000: 110, *passim*), que a paridade e a pluralidade são critérios de suma importância para o desempenho institucional dos conselhos, mas não são suficientes para garantir o seu funcionamento democrático.

A *pluralidade* representa a diversidade de organizações representativas de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados e governo. Ela possibilita o surgimento de espaços mais abertos de interação e instâncias críticas em relação às deliberações. Segundo Santos (2000), quando por motivos diversos, o equilíbrio do pluralismo começa a perder força e algum segmento começa predominar sobre os outros, seja usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados ou o próprio governo, o conselho também se enfraquece. Suas decisões começam a perder o poder de pressão para implantar um sistema de saúde que atenda aos interesses da população. A prática dos conselhos comprovou que o exercício do pluralismo é o responsável pela força dos conselhos de saúde (Cf. Santos 2000:17).

Como já vimos, o Conselho Municipal de Saúde de Patos é composto de forma paritária por 20 membros titulares, e igual número de membros suplentes. Os representantes dos usuários ocupam, como vimos 10 assentos, sendo os outros 10 divididos, igualmente, entre os representantes do governo, prestadores de serviços do SUS e profissionais de saúde.

Segundo Gohn (2001),

“a paridade não é uma questão apenas numérica, mas de condições de uma certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo etc. A paridade formal não garante, per si, a paridade de fato” (Gohn, 2001:92).

Porém, quando isso não acontece, tem-se uma paridade apenas legal, uma assimetria entre os segmentos que compõem o conselho. Do lado do governo, os conselheiros que representam esse segmento no conselho, dispõem de mais tempo para exercer a representação, contam com assessoria, equipamentos e informações. Do lado da representação dos usuários no conselho, a situação é inversa. Seus representantes geralmente trabalham na entidade que representam, participam de mais de um conselho, e mais de uma entidade do movimento social organizado, possuem grau de escolaridade baixo, têm dificuldade de obter recursos para pagar a passagem do ônibus para ir até a reunião etc. (Cf. Teixeira, 2000:108).

Essa condição de assimetria verificada na disponibilidade de mais informações, assessorias e equipamentos por parte dos representantes do segmento dos prestadores de serviços, especialmente, do gestor municipal da saúde, pode ser observada na realidade do Conselho Municipal de Saúde de Patos.

“o nosso problema também é a jornada dupla. Estamos no CMS, mas estamos também no sindicato, na associação, em outro conselho, e por ai vai” (representante dos Usuários).

Essa fala do conselheiro denuncia um problema relacionado à paridade do CMS-P, que é a jornada dupla dos conselheiros representantes do segmento dos usuários. Em tese, os representantes dos prestadores de serviços têm um envolvimento menor nas organizações do movimento social de Patos, por isso, eles gozam de mais condições de exercer o papel de conselheiro de saúde.

Outra questão importante relacionada à paridade e à pluralidade dos conselhos, é identificar quem são as pessoas que fazem parte da composição dos conselhos e a quem representam. Isso porque muitos conselhos não seguem a composição prevista nas leis que regulamentam a descentralização das políticas. No caso analisado, observa-se que vagas a serem preenchidas por representantes dos usuários, são ocupadas por prestadores de serviços. Conforme nos informa Cruz (2000), quando a paridade foi pensada, estava por trás a criação de um espaço plural onde diversas representações e interesses poderiam se fazer presentes para discutir, propor diretrizes e avaliar as políticas sociais (Cruz, 2000:74).

Analisando o caso da composição do CMS-P, observamos que alguns conselheiros são funcionários da rede pública de saúde e estão representando a comunidade. O presidente e o secretário executivo do CMS por exemplo, são agentes comunitários de saúde, mas estão representando associações de moradores.

Outro exemplo dessa situação, é o caso da secretária de apoio do CMS que, na realidade, é funcionária pública do município a disposição do CMS. Sobre isso, é importante dizer que há aqui interesses distintos que, em certas oportunidades, são conflitantes (Cruz, 2000:75).

Coincidentemente, todos os conselheiros que entrevistamos na pesquisa fizeram queixas sobre um possível atrelamento do CMS-P aos interesses do poder público municipal. Segundo os conselheiros, o CMS tem assumido a postura de um “cachorro sem dentes” na gestão do presidente João Bosco Eleotério.

No entanto, para se questionar a paridade na prática social do CMS, pelo menos duas análises são necessárias: como atuam na dinâmica das reuniões do CMS (qualidade das intervenções) e como se posicionam no processo decisório do Colegiado, principalmente com relação ao Executivo.

Em relação à atuação, pode-se observar através da leitura das atas e das reuniões acompanhadas que, apesar de diferirem na frequência com que intervêm, estes conselheiros apresentam denúncias e reivindicações tanto pessoais quanto da entidade que integram. A representante que é funcionária pública municipal é mais ativa tanto para denunciar e reivindicar quanto para pedir esclarecimentos sobre os projetos em discussão. Quanto à posição que assumem no processo decisório do CMS, não foram observadas divergências de interesses, o que pode caracterizar a aliança com o poder público.

Ademais, a metade das entidades que compõem o CMS está constituída de entidades que representam os usuários do sistema de saúde local. Portanto, pode-se afirmar que o CMS-P é paritário para garantir a presença quantitativa da população mais excluída de qualquer tipo de participação.

4.4.- Os Conselheiros

4.4.1.- Perfil Sociológico

Segundo Putnam (1996) qualquer estudo que se pretenda investigar a cultura cívica só pode ser consolidado quando devidamente enquadrado no contexto histórico, social e político do grupo que se pretenda estudar. Nas suas análises, a estratificação e a análise dessas interligações se mostraram determinantes para a análise da cultura cívica (Putnam 1996:113).

Nesse sentido, construímos o perfil sociológico dos conselheiros utilizando alguns indicadores, tais como: perfil sócio-econômico e profissional, trajetória política e qualificação dos conselheiros, com o objetivo captar alguns aspectos relevantes e apreender a presença ou não de indicadores de capital social, cultura cívica e comunidade cívica.

- *Perfil Sócio-Econômico*

O CMS de Patos é composto por 20 conselheiros titulares e 20 suplentes, entre os quais 50% estão numa faixa etária entre 45 e 60 anos e 34% numa faixa etária entre 30 e 45 anos. Quanto à proporção de sexos, há uma leve predominância de homens, pois 54% dos conselheiros são do sexo masculino e 46% são do sexo feminino.

O quadro II nos informa sobre o perfil sócio-econômico dos membros do conselho.

Quadro III- Perfil Sócio-Econômico

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMININO			
	FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%		
IDADE						
De 15 A 30 Anos	2	5	1	3	3	8
De 30 A 45 Anos	8	20	6	15	14	35
De 45 A 60 Anos	12	30	11	27	23	57
+ De 60 Anos	-	-	-	-	-	-
TOTAL	22	55	18	45	40	100
RENDA						
Até 1 Salário Mínimo	2	5	1	3	3	5
De 1 a 2 Salários Mínimos	4	10	4	10	8	20
De 2 a 3 Salários Mínimos	9	22	7	17	16	40
De 3 a 5 Salários Mínimos	2	5	2	5	4	10
De 5 a 10 Salários Mínimos	2	5	2	5	4	10
+ de 10 Salários Mínimos	3	8	2	5	5	15
TOTAL	22	55	18	45	40	100

Quanto à renda dos conselheiros, apuramos que 53% percebem de 1 a 2 salários mínimos, 23% de 2 a 3 salários mínimos, 16% de 3 a 10 salários mínimos e 8% acima de 10 salários mínimos. É importante observar que a distribuição dos conselheiros segundo o

item rendimento, reflete de alguma forma a distribuição da renda apropriada por extratos da população do município de Patos. Podemos ver que 16% dos conselheiros ganham mais de 5 salários mínimos, enquanto 20% da população mais rica da cidade se apropria, em média, de 60% da renda local (Atlas de Desenvolvimento Humano, 2000).

- *Perfil Profissional*

O perfil profissional dos conselheiros é uma das características do perfil sócio-econômico. Entretanto, optamos por separá-lo, criando um quadro exclusivo dado a quantidade de informações coletadas.

Quadro IV- Perfil Profissional

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA				%	
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%		
GRAU DE INSTRUÇÃO						
Analfabeto	-	-	-	-	-	-
Ensino Fundamental Incompleto	3	7	2	5	5	12
Ensino Fundamental Completo	2	7	-	-	2	7
Ensino Médio Incompleto	3	7	2	5	5	12
Ensino Médio Completo	7	17	9	22	16	39
Ensino Superior Incompleto	1	2	1	2	2	4
Ensino Superior Completo	6	15	4	11	10	26
TOTAL	22	55	18	45	40	100
PROFISSÃO						
Médico	2	5	3	8	5	13
Enfermeiro	-	2	1	2	1	4
Odontólogo	1	2	-	-	1	2
Professor	2	5	-	-	2	5
Advogado	1	2	-	-	1	2
Engenheiro	1	2	-	-	1	2
Agente Comunitário de Saúde	2	5	-	-	2	5
Funcionário Público Municipal	1	2	1	2	2	4
Outros	12	30	13	33	25	63
TOTAL	22	55	18	45	40	100

No quadro III, podemos ver que 69% dos conselheiros concluíram o ensino médio. Este percentual de conselheiros coincide com o mesmo percentual que durante as entrevistas afirmaram que antes de participar do CMS desconheciam o tema controle social na área da saúde. O perfil profissional dos conselheiros revela que 16% deles atuam na área de saúde, sendo que 12% são médicos, portanto, com formação específica na área da saúde. Entretanto, 54% dos conselheiros afirmaram que exercem profissões que não guardam relações diretas com a área de saúde e a maioria atua em profissões mais modestas, como: sapateiro; doméstica; auxiliar de serviços; aposentado etc.

- *Trajetória Política*

A conduta cívica dos conselheiros pauta-se por uma participação ativa em atividades associativistas. A maioria dos conselheiros foi unânime em afirmar que normalmente não se dedica exclusivamente às atividades do CMS, pois participam de outras atividades de representação nos movimentos sociais. Vejamos no quadro a seguir os tipos de organizações mais citados pelos conselheiros.

Quadro V- Tipo de Organizações que os Conselheiros Participam

Tipo de Organização	Frequência	(%)
Religiosa	28	70
Associação Comunitária/Moradores	23	57
Associação Profissional	15	38
Partidária	10	25
Filantrópica	6	15
Sindicato	6	15

De acordo com o quadro IV, a maioria dos conselheiros entrevistada (70%) participam de organizações religiosas. Outro número significativo de conselheiros (57%) afirmaram que têm vínculos com associações comunitárias; e, 38% afirmaram que são filiados a associações profissionais, como associação médica, associação de agentes comunitários de saúde, associação de sapateiros, associações de servidores do estado etc.

Ainda, segundo a tabela, 25% dos conselheiros militam em partidos políticos. Os mais citados foram: o PMDB, o PSB, o PC do B, o PSDB e o PT. Um percentual menor de conselheiros (15%) afirmaram que participam de organizações filantrópicas; e, outros 15% apontaram os sindicatos como sendo a entidade que militam.

A maioria dos conselheiros, mais de 90% nunca se candidatou a cargos políticos. Por outro lado, de modo geral, participa ativamente de outras organizações sociais.

4.4.2.- Qualificação

Um dos desafios encontrados para o bom funcionamento dos conselhos diz respeito à qualificação técnica, política e institucional dos conselheiros, as quais lhe proporcionam, respectivamente, o conhecimento do "estado de saúde" da população, o conhecimento crítico sobre a realidade de sua comunidade, e o conhecimento das normas e procedimentos do conselho e do poder público. A qualificação, assim, é um fator determinante para o pleno exercício do "controle social" pelos conselheiros e, conseqüentemente, para o bom "desempenho institucional" dos conselhos (Caniello & Justino Filho, 2004:49).

O que nos estarreceu a partir do levantamento de dados é que, de uma maneira geral, existe um despreparo muito grande nas representações da sociedade civil no CMS de Patos, especialmente no segmento dos usuários. Esse problema não é específico do Conselho de Saúde de Patos, pois a mesma realidade parece caracterizar os conselhos gestores de políticas públicas do Brasil como um todo. Conforme ressalta Bonfim (2000) na sua análise sobre a atuação dos movimentos sociais: "Chega a ser angustiante perceber a falta de preparo dos conselheiros para o desempenho de seu papel quando acompanhamos os relatos sobre o cotidiano das suas tarefas de representação" (Bonfim 2000:63).

Nas entrevistas que realizamos com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Patos, perguntamos o que eles entendiam sobre controle social: menos de 30% conseguiram responder à questão. Curiosamente, os que conseguiram formular algum tipo de resposta foram os membros da mesa diretora do CMS, os quais, normalmente, têm mais disponibilidade de informação, em virtude de sua participação nos cursos de capacitação realizados no município e na oportunidade de participarem de eventos fora do município sobre a matéria.

Ainda de acordo com as nossas entrevistas, 90% dos conselheiros desconhecem o regimento interno do CMS. Muitos quando abordados sobre a existência do regimento disseram:

“eu acho que deve ter” (representante da Associação dos Sapateiros de Patos).

“Não sei, você pergunta para o presidente que ele deve lhe responder” (representante da Pastoral da Criança).

O problema se agrava mais ainda quando procuramos saber sobre o conhecimento de cada um dos conselheiros sobre o FMS. Com exceção do presidente do CMS e da representante da SMS, nenhum dos conselheiros dispõe de alguma informação sobre o FMS.

Outro problema relacionado à qualificação dos conselheiros do CMS de Patos é a falta de conhecimento técnico para lidar com os documentos enviados pela SMS. Aliás, obtivemos alguns depoimentos interessantes nas entrevistas que realizamos sobre os documentos pertinentes a prestação de contas da SMS, que precisa passar pelo crivo do CMS:

“Embora a prestação de contas seja algumas vezes apresentada, é muito complicado o CMS apreciar e dar parecer porque é um negócio muito técnico, de linguagem difícil de se entender, não é pra todo mundo não” (representante do Sindicato dos Funcionários em Educação de Patos e Região).

“O certo mesmo é o CMS contratar um contador que entende do assunto, porque nós conselheiros não temos conhecimento suficiente disso. Agora, o problema é que o CMS não tem dinheiro, e ai fica complicado” (representante da Associação dos ACS's de Patos).

“Rapaz pra quem é médico ou mexe com administração de unidade de saúde, maternidade, hospital etc., talvez seja fácil fazer análise dos documentos financeiros da secretaria de saúde. Mas esses conselheiros das associações comunitárias, como eu, não sabem fazer análise disso não. Tem que ter mais estudo, compreende?” (representante dos Usuários).

“Essas análises que os conselheiros fazem das prestações de contas da secretaria, é como se fosse faz de conta, porque, quem é que sabe contar aquilo tudo?” (representante dos Usuários).

Isso nos leva a considerar que, em se tratando de qualificação institucional, os conselheiros que representam o segmento dos usuários estão muito longe do necessário para exercer seu papel junto ao CMS-P, anulando, de certa forma, a própria possibilidade de efetivação do controle social.

Esse problema aparece mais claramente quando analisamos as comissões formadas para apreciar e dar parecer sobre as contas da SMS. Segundo os registros das atas das reuniões do CMS-P, verificamos que das comissões formadas pelo CMS com o objetivo de analisar e dar parecer sobre prestação de contas, programação físico-orçamentária e relatório de gestão da SMS, apenas uma, formada na primeira gestão, conseguiu apreciar e dar parecer sobre os documentos da Secretaria. Note-se que 60% dos membros daquela comissão eram representantes de prestadores de serviços (médicos, proprietários de clínicas e diretores de unidades de saúde), pessoas que além de deter conhecimentos especializados na área da saúde e administração financeira, contam com suporte técnico oferecido pela entidade a qual representam no CMS. Por outro lado, se, ao invés disso, considerarmos apenas o grau de instrução dos membros dessa comissão, observamos que 70% dos membros da comissão possuem grau superior completo.

A partir da segunda gestão as comissões que foram formadas com os mesmos objetivos, ou seja, analisar prestação de contas etc., não lograram êxito. Ao analisarmos a composição dessas comissões, observamos que a partir dessa gestão o grau de escolaridade dos membros das comissões cai consideravelmente. Nessa gestão foram formadas duas comissões, ambas com o objetivo de apreciar e dar parecer sobre prestação de contas da SMS. A

primeira comissão foi composta totalmente por representantes de usuários. A média do grau de escolaridade verificado entre os membros dessa comissão, é o ensino médio incompleto. A segunda comissão foi formada por 70% de representantes dos usuários. Apenas um membro da comissão possui o ensino superior completo.

Na terceira gestão, foram formadas três comissões com a participação apenas de representantes dos usuários. Entre os membros das comissões, observa-se que a média do grau de escolaridade é o ensino médio incompleto.

Dessa forma, o CMS de Patos apresenta um quadro adverso para aqueles que vêem os conselhos como um arranjo institucional capaz de garantir um maior controle da sociedade civil sobre as decisões relativas às políticas públicas. Permitir que a sociedade possa planejar e fiscalizar com eficácia a aplicação dos recursos destinados a tais políticas constitui-se numa alternativa que depende da qualificação dos conselheiros e do auxílio de assessores especializados (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:51).

Sabemos que a participação num conselho requer do conselheiro conhecimento de normas e procedimentos que ele não pode obter simplesmente por meio de sua vivência ou militância político-social, pois havemos de concordar com Bonfim que:

“nos conselhos municipais muitos dos conselheiros eleitos nunca tiveram oportunidade de qualificação técnica, profissional ou política e não têm o mínimo de informação sobre o que é ser conselheiro” (Bonfim 2000:63).

Portanto, a falta de informações adequadas por parte do conselheiro pode fazer com que a sua atuação possa colocar o conselho como fim e não como meio para alcançar determinada política, fugindo da prerrogativa de que os conselhos institucionais devem ser instrumento de participação e conquista na definição das políticas públicas. Entendemos que a via para a efetivação de tal preceito é a capacitação dos conselheiros.

4.4.3.- Capacitação

Com efeito, no que se refere aos estudos acerca dos mecanismos de controle social no Brasil como os conselhos gestores de políticas públicas encontramos a conclusão unânime de que

“a capacitação dos conselheiros é um grande desafio para a participação efetiva da sociedade civil” (Lima, 2000:51).

Os conselhos, de fato, têm procurado qualificar os conselheiros através de cursos de capacitação, entretanto, as organizações e movimentos sociais também têm a tarefa de construir os canais de participação popular e devem tomar a iniciativa de estabelecer um processo de formação que ajude a atuação dos conselheiros (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:242).

Seja como for, a questão da capacitação – seja no âmbito institucional, seja no âmbito organizacional – nos parece um elemento decisivo para a formação de conselheiros preparados, atuantes e críticos, única forma de lhes prover de instrumentos eficientes para o exercício do controle social, propósito central dos conselhos (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:243).

No CMS-P, além das reuniões ordinárias e extraordinárias, que têm importância na definição do papel do conselheiro, registramos a participação dos conselheiros em outros momentos de formação. Na realidade, não identificamos um planejamento de capacitação permanente, os conselheiros são capacitados através da participação em eventos. Alguns conselheiros que já passaram por mais de um mandato, participaram de cursos de capacitações para conselheiros de saúde. Para os conselheiros, há determinados assuntos que são complexos, o que dificulta o entendimento por parte dos conselheiros se não houver uma discussão aprofundada, o que não ocorre nos eventos promovidos pelo CMS.

Na questão da qualificação, é importante ressaltar que o conselheiro pode se qualificar participando de eventos os quais possibilitam troca de experiências e acúmulo de conhecimento. Neste sentido, listamos a participação de conselheiros do CMS de Patos em conferências, congressos, plenárias e outros eventos:

- Curso de capacitação promovido pelo Conselho Estadual de Saúde no final do ano de 2002;
- 3ª Conferência Estadual de Saúde em 1996;
- 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996;
- Oficina de Trabalho Sobre a Municipalização da Saúde em 1997;
- I Encontro Estadual de Conselheiros em 1998;
- 2º Encontro Nacional de Saúde em 1998;
- Plenária de Capacitação de Conselheiros em 1999;
- Capacitação para conselheiros promovida pela Universidade Federal da Paraíba através do Núcleo de Saúde pública em parceria com a SES e o CES em 2001.

Um número bastante restrito de conselheiros participou desses eventos. Na verdade, a participação dos conselheiros está restrita aos membros das mesas diretoras do CMS e aos representantes da SMS.

Por outro lado, na segunda gestão do CMS foi elaborada a “Cartilha do Conselheiro”. A cartilha deve ser considerada um instrumento importante para a construção de um processo de formação dos conselheiros do CMS. A cartilha trás a relação nominal de todos os conselheiros, das entidades com assento no CMS, o plano estratégico do conselho para o ano de 1999, o documento formulado pela ASDAC intitulado: “O Conselho e a Saúde e o seu Papel”, o regimento interno do conselho, as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90 que dispõem

sobre a organização e funcionamento do SUS, e o Decreto n.º 1.232/94 que dispõe sobre as condições e a forma de repasse de fundos.

Enfim, é necessário de qualificar os conselheiros, principalmente os representantes populares, para que estes possam de fato ampliar sua ação política. Ressalta-se que não basta aumentar o número dos que se sentam à mesa, sendo necessário que as representações dominem os instrumentos e condições para uma participação efetiva.

A participação formal da sociedade civil junto ao CMS-P não é suficiente para garantir a participação real, é necessário se buscar conhecimento e legitimidade. É importante não a presença física dos representantes, mas a capacidade de influir, de contrapor, que significa ter informações, ter opinião na perspectiva de defesa de interesses coletivos. Sem dúvida o caminho é programar capacitações sistemáticas sobre os mais diversos temas atinentes às questões técnica, política e institucional que envolvem os Conselhos Municipais de Saúde.

4.4.4. - Atuação

➤ Representatividade

De acordo com a análise da composição, o conselho é composto por 20 membros. Sendo, 4 representantes do governo, 3 prestadores de serviços do SUS, 3 profissionais de saúde e 10 usuários.

Em “Conselhos gestores e Participação Sociopolítica”, a autora enfatiza que “o ponto relevante em relação a representatividade é o de que um representante que atua em um conselho deve ter vínculos permanentes com a comunidade que o elegeu” (Gohn, 2001: 92).

O quadro seguinte mostra os segmentos que compõem o conselho com respectivas entidades responsáveis pela indicação dos representantes; forma de escolha; número de assentos; e atores sócio-políticos que efetivamente estão presentes no atual mandato do conselho:

Quadro VI – Representatividade do CMS-P

SEGMENTO QUE COMPÕEM O CONSELHO	ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELA INDICAÇÃO	FORMA DE ESCOLHA	N.º DE ASSENTOS	ATORES SOCIO-POLÍTICOS PRESENTES NO MANDATO ATUAL (1997-1999)	N.º
Usuários	União das Associações Comunitárias	Assembléia Específica	10	ENTIDADES Movimento Popular	20
Prestadores de Serviços do SUS	Hospitais e Clínicas Privadas de Patos: Clínica Santa Luzia	Indicado	1	Clínica Santa Luzia	1
	Laboratório de Saúde Pública do Estado	Indicado	1	Laboratório	1
	Pronto Socorro de Fraturas Ósseas de Patos	Indicado	1	Pronto Socorro	
Profissionais de Saúde	Associação Médica de Patos	Indicado	3	AMP	1
	Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Patos	Indicado		ASP	1
	Associação dos Cirurgiões Dentistas do Sertão da Paraíba			ACIDESP	1
Representantes governamentais	Chefe do Poder Executivo	Indicados	4	Gestor e gerente da SEMUS	

FONTE: Elaborado a partir da Lei Municipal n.º 2.107/94

A representatividade social do conselho está sendo pensada enquanto capacidade de expressar o conjunto de interesses e demandas presentes na sociedade, através da tomada de decisão do conselheiro pela entidade que representa (Carvalho & Teixeira, 2000: 93).

Um dos maiores desafios à participação efetiva dos conselheiros no conselho Municipal de Saúde de Patos é a sua vinculação com a entidade ou grupo que representa. Essa distância do CMS em relação à comunidade se deve, em parte, à própria atuação do conse-

lheiro. A falta de qualificação política e de assessoria faz com que o conselheiro muitas vezes atue de maneira independente da entidade que o representa.

Em Patos, através da análise das atas e da observação das reuniões que fizemos durante a pesquisa, não observamos nenhuma situação em que algum conselheiro usando da palavra tenha proposto a discussão de alguma questão que tenha sido solicitada por sua entidade.

Por outro lado, no período pesquisado, não existe nenhum registro nas atas do conselho de alguma denúncia, reivindicação ou, consulta feita pelos conselheiros em nome da entidade que cada um representa. Como ressalta um conselheiro entrevistado,

“O problema dos conselheiros é a dupla jornada que temos, pois, além do CMS, temos a associação, as atividades da igreja, o encontro de coordenação que temos que ir, as reuniões dos outros conselhos que participamos etc. Infelizmente, não temos tempo, nem a própria associação que a gente representa no CMS também tem, porque, cada um tem as mesmas obrigações, alguns tem até mais. Isso sem contar com o ganha pão que temos que correr atrás, porque a família é outra obrigação que temos” (representante dos usuários do CMS de Patos).

Quanto à avaliação do desempenho das práticas dos conselheiros pelas entidades que representam no CMS-P, também não se tem registro de nenhum fato que sinalize para esse tipo de prática por parte das entidades que compõem o CMS. Ao contrário, observamos uma grande fragilidade na comunicação entre representantes e representados no CMS.

Na realidade, existe uma total falta de informação por parte das entidades sobre a agenda de discussão do CMS-P, o que implica que as posições tomadas pelos conselheiros durante as reuniões do conselho raramente estão amparadas em deliberações tomadas anteriormente pelas entidades a que representam. Isso nos remete ao problema da vinculação

do conselheiro à comunidade que o elegeu. Praticamente, todos os conselheiros entrevistados reclamaram da falta de tempo para participar de reuniões com a comunidade.

Por outro lado, esta situação prejudica as próprias entidades, na medida em que esse clima pode levar a entidade a delegar para o conselheiro toda a responsabilidade e se afastar do debate, deixando, inclusive, de dar suporte necessário a ele (Cf. Santos, 2000:20).

Entendemos que a representatividade do mandato do conselheiro está definida a partir do estado da vinculação do conselheiro com a entidade a qual representa na medida em que contribui, inclusive, para a retro-alimentação da relação representante/representado. Há de se considerar também que a manutenção desta relação serve também para fortalecer o movimento social (Cf. Bonfim, 2000:65)

Em vista dos resultados da pesquisa, concluímos que há sérios problemas de representatividade na atuação dos conselheiros junto ao CMS-P. Essa é uma conclusão grave, pois a quebra da representatividade afeta sobremaneira a prática do controle social.

É importante que haja por parte do conselheiro prestação de contas à entidade que representa e avaliação das posições apresentadas por parte da entidade. Caso contrário, o processo torna-se tendencioso porque passa a não incluir a sociedade no próprio processo de participação. Ora, a representatividade do mandato do conselheiro se dá na medida em que ele contribua para estimular a sociedade a assumir uma cultura de participação e também uma ética de responsabilidade pública (Cf. Santos, 2000: 20).

Com efeito, é necessário que o conselheiro discuta com a comunidade e com a entidade que faz parte para depois levar a discussão ao conselho. Quando isso não ocorre poderá haver um distanciamento entre a proposta levada ao conselho e os interesses da comunidade, proporcionando fraca representatividade.

Por outro lado, em determinadas situações, encontramos depoimentos que certos conselheiros se “apropriam” do mandato, através da individualização ou atuando em benefício próprio e não em defesa da comunidade.

Assim, diante da análise da atuação dos conselheiros pesquisados, podemos concluir que dilemas de representatividade inibem sobremaneira a eficácia do controle social no Conselho Municipal de Saúde de Patos.

4.5.- O Funcionamento do Conselho

4.5.1.- Planejamento de Atividades

A partir da pesquisa documental que realizamos, registramos algumas atividades de planejamento, conforme os registros das atas do CMS-P. Na reunião do dia 7 de dezembro de 1994, o presidente do CMS na primeira gestão propôs a realização de um estudo sobre o papel do conselho para fortalecer o trabalho dos conselheiros (Cf. ata de reunião de 7 de dezembro de 1994). O CMS formou uma comissão para preparar o material para o estudo, e “por algumas vezes, o conselho se reuniu para estudar as leis do SUS, políticas públicas e matérias relacionadas ao controle social” (ex-presidente do CMS).

Após a realização dos estudos, o CMS decidiu investigar a situação das UBS's. Para isso, elaborou um questionário para ser respondido por trabalhadores e diretores. Na segunda gestão, especificamente na reunião do dia 29 de julho de 1999, foram apresentados os questionários a serem distribuídos e respondidos por diretores, trabalhadores e usuários de saúde de Patos (Cf. ata de reunião de 29 de junho de 1999).

Ainda com a preocupação de conhecer a realidade das unidades de saúde, na reunião de 2 de fevereiro de 1995, o conselho aprovou a formação de uma equipe para visitar as

unidades de saúde vinculadas ao SUS. “A equipe foi formada, se reuniu para elaborar o calendário de visitas, preparou um roteiro dividindo a cidade em quatro zonas, e começou a realizar visitas surpresas às unidades” (ex-presidente do CMS).

Na reunião de 30 de abril de 1997, data que coincide com o término da primeira gestão, foi realizada uma avaliação pelos membros do conselho sobre as atividades realizadas na primeira gestão. Segundo a avaliação dos conselheiros,

“o trabalho do conselho foi positivo no tocante as denúncias que foram encaminhadas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde de Patos. O conselho vestiu a camisa do controle social, avançou nas discussões e demonstrou unidade interna. Enfrentou as barreiras impostas pelo poder público municipal que prega uma administração descentralizada, mas assume posições contraditórias que denunciam um caráter autoritário. O conselho por exemplo, continua sem uma sede, sem condições nenhuma de funcionar. Por outro lado, os conselheiros demonstraram dificuldades de assumir integralmente suas funções devido outras responsabilidades assumidas pelos mesmos. Apesar disso, quando entramos no conselho, quase nenhum dos conselheiros entendia nada sobre controle social da saúde, esse quadro mudou com a participação das reuniões do conselho” (ata de reunião de 30 de abril de 1997).

Na segunda gestão, na reunião de 17 de junho de 1999, o presidente do CMS informou para os demais conselheiros que, para o período de 1999/2000, a mesa diretora apresentaria um plano estratégico de atividades para sensibilizar os conselheiros à necessidade de participação nas atividades do conselho (Cf. ata de reunião de 17 de junho de 1999).

Na reunião de 29 de julho de 1999, o presidente apresentou o plano estratégico de atividades para 1999-2000. O plano pretendia fazer o diagnóstico da realidade local para levantar dados sobre o acolhimento e resolutividade nas unidades de saúde; elaborar um programa de formação para os conselheiros para estudar as leis de saúde e o regimento

interno do CMS; realizar estudos sobre políticas públicas para melhorar a participação dos conselheiros na discussão da lei orçamentária; garantir recursos do FMS para a manutenção do CMS; lutar pelo fortalecimento, expansão e publicização das ações do CMS; realizar 4 plenárias setoriais em preparação para a segunda conferência municipal de saúde; e, elaborar um plano de ação para discutir e elaborar o plano municipal de saúde para o ano de 2000. Nessa mesma reunião, o presidente informou ainda que a mesa diretora estava preparando a “cartilha do conselheiro” (Cf. ata de reunião de 29 de julho de 1999).

Das atividades planejadas, o conselho realizou as 4 plenárias setoriais programadas para fazer um levantamento de propostas/demandas junto às comunidades para a segunda Conferência Municipal de Saúde. O diagnóstico da realidade local que objetivava levantar dados sobre a situação das unidades de saúde, foi contemplado através da realização da “Pesquisa de Avaliação sobre o Atendimento do SUS no município de Patos”, uma iniciativa da segunda gestão do conselho, realizada através de uma parceria entre o Conselho Municipal de Saúde de Patos e a Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa foi realizada nas unidades de saúde com diretores, trabalhadores e usuários das unidades (Cf. ata de reunião de 26 de agosto de 1999).

Quanto a discussão sobre políticas públicas para melhorar a participação dos conselheiros na discussão da lei orçamentária como forma de garantir recursos para o FMS, e criação de um fundo de manutenção para manter o funcionamento do CMS, não foi realizada. Segundo os conselheiros entrevistados, o problema é que o Conselho Municipal de Saúde de Patos não tem acesso a informações que indiquem o montante do FMS.

Sobre as atividades planejadas que objetivaram o fortalecimento, expansão e publicização das ações do CMS, consideramos que as visitas feitas pela comissão às unidades de saúde contribuíram, de certa forma, para efetiva visibilidade das atividades do conselho. Por outro lado, a criação de canais de publicização não foi possível devido à falta de recur-

so financeiros. Apesar disso, por diversas vezes encontramos registros nas atas das reuniões do conselho que fazem alusões a propostas de criação de um informativo para a publicação das atividades do conselho.

Em 6 de dezembro de 2001, foi realizada a segunda avaliação de atividades do CMS, registrada nos livros de atas. Na avaliação, foram discutidos os problemas decorrentes da falta de infra-estrutura, de respeito da parte do gestor municipal às deliberações do conselho, e da ausência dos conselheiros representantes governamentais (Cf. ata de reunião de 6 de dezembro de 2001).

Em 28 de fevereiro de 2002, o conselho aprovou um calendário de plenárias e reuniões para serem realizadas durante o ano. O calendário aprovado previa a realização da primeira plenária do ano no dia 20 de março a ser realizada no Centro Social Urbano do bairro Jatobá; no dia 28 do mesmo mês, reunião ordinária do conselho; no dia 10 de abril, segunda plenária no SESI; no dia 25 de abril, reunião ordinária do conselho; a terceira plenária, no dia 15 de maio, no Centro de Apoio a Mulher do bairro do Morro; no dia 23 de maio, reunião ordinária do conselho; no dia 5 de junho, a quarta plenária no bairro Belo Horizonte; no dia 27 de junho, reunião ordinária do conselho; e, para o 2º semestre, ficou acertado que seria realizada a quinta plenária no bairro Santa Gertrudes (Cf. ata de reunião de 28 de fevereiro de 2002).

A análise desse indicador reflete os problemas recorrentes da política do gestor em desestabilizar o CMS ao não garantir condições para o seu bom funcionamento. Das 5 plenárias programadas apenas a plenária do Centro Social Urbano do Bairro Jatobá foi realizada. Segundo os conselheiros entrevistados faltaram recursos para a realização dos eventos. Outro exemplo disso é a discussão sobre as leis orçamentárias que estabelecem recursos para a conformação do FMS, e criação de um fundo de manutenção para o conselho,

que não foi realizada porque na realidade o CMS não tem acesso às informações garantidas por lei.

4.5.2.- Regularidade das Reuniões

De acordo com o regimento interno do CMS-P, o conselho deve reunir-se em caráter ordinário mensalmente, entretanto, ao consultarmos as atas de reuniões, observamos que na realidade isso não acontece, pois verificamos que, no máximo, as reuniões acontecem bimestralmente. Essas reuniões ocorrem na sede da Casa dos Conselhos, localizada no centro da cidade, com data e horário previamente agendado e comunicado aos membros.

O conselho dispõe de uma secretaria executiva que funciona como membro de assessoria à presidência, discutindo como devem ser feitas as convocatórias, a agenda do conselho e o seu funcionamento. O conselho dispõe também de uma secretaria de apoio que tem a função de organizar toda a documentação, redigir atas, convocações etc. A existência dessas duas funcionárias é um fator decisivo para a dinâmica organizativa do CMS-P.

Do dia 1º de novembro de 1994, quando aconteceu a primeira reunião ordinária do CMS depois da Lei nº 2.107/94 de 15 de setembro de 1994, ao dia 28 de fevereiro de 2002, o conselho se reuniu 85 vezes, sendo 67 em reuniões ordinárias, e 18 em reuniões extraordinárias, representando 79% e 21% respectivamente do total de reuniões realizadas. O período compreendido entre 1997 e 1999 foi o mais ativo, em que ocorreu o maior número de reuniões. Esse período coincide com os mandatos de José de Oliveira Pio, que, normalmente, é apontado pelos conselheiros como o presidente mais atuante que já passou pelo CMS-P.

A primeira gestão do CMS após a Lei 2.107/94, teve início em 22 de novembro do

mesmo ano, com as eleições para a mesa diretora do conselho, e durou até 4 de junho de 1996. Na primeira gestão, o conselho se reuniu 18 vezes, sendo 15 em reuniões ordinárias e 3 em reuniões extraordinárias (Cf. livro de atas do CMS-P).

Em 1996, o presidente do conselho e o secretário de apoio se afastaram dos respectivos cargos para participarem das eleições municipais. Dessa forma, o conselho realizou uma eleição para a composição de uma mesa diretora temporária. A eleição foi realizada no dia 4 de junho do mesmo ano. Nessa eleição, o secretário de saúde do município foi eleito como presidente do conselho. Nesse período o conselho se reuniu 9 vezes: 5 vezes em reuniões ordinárias e 4 em reuniões extraordinárias (Cf. livro de atas do CMS-P).

Em 7 de maio de 1997, aconteceu a terceira eleição do conselho, com um candidato de consenso, apoiado, inclusive, pelo secretário de saúde do município. O candidato que concorreu à presidência do conselho foi José de Oliveira Pio, representante da PROPAC, outra ONG vinculada à Igreja Católica que também atuava dando assessoria aos movimentos sociais de Patos. Essa terceira gestão durou de 7 de maio de 1997 a 17 de maio de 1999. Nessa gestão, o conselho se reuniu 26 vezes, sendo 16 reuniões ordinárias e 10 extraordinárias (Cf. livro de atas do CMS-P).

Em 17 de maio de 1999, foi realizada a quarta eleição para a mesa diretora do conselho, na qual foi reeleito para presidir o conselho José de Oliveira Pio. Essa quarta gestão durou de 17 de maio de 1999 a 27 de janeiro de 2000. Nesse período aconteceram 6 reuniões ordinárias (Cf. Livro de Atas do CMS-P).

Em 27 de janeiro de 2000 devido à morte do presidente do conselho, o secretário executivo foi remanejado à função de presidente, na qual permaneceu até o dia 28 de fevereiro de 2002, quando aconteceu a quinta eleição do conselho. Nessa gestão, o conselho realizou 17 reuniões, sendo 15 reuniões ordinárias e 2 extraordinárias (Cf. livro de atas do CMS-P).

Entre 2001 e 2003 o Conselho Municipal de Saúde de Patos foi presidido por João Bosco Eleotério, líder comunitário e fundador da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Patos. O secretário executivo foi o Sr. Paulo Lacerda, seu companheiro naquela associação. A secretaria de apoio foi ocupada pela Sra. Francisca Vasconcelos, representante da Associação de Apoio a Mulher. Nesse período, foram realizadas 28 reuniões, sendo 25 reuniões ordinárias e apenas 3 extraordinárias, correspondendo a 90% e a 10% respectivamente.

Enfim, podemos afirmar que segundo a análise do número de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo CMS-P no período pesquisado não existe regularidade das reuniões do CMS-P.

4.5.3.- Dinâmica das Reuniões

Decidimos analisar a frequência e a intervenção dos conselheiros nas reuniões do CMS-P e, para tanto, consultamos as atas de reuniões que constam das assinaturas dos conselheiros, calculando-se, por entidade, seu percentual em relação ao número total de reuniões no período estudado.

Fizemos um levantamento das intervenções observando a quantidade e qualidade das intervenções de cada segmento, registradas no período pesquisado. A qualidade das intervenções foi avaliada após um levantamento que fizemos de todas as atas de reuniões do conselho, dos assuntos abordados por cada representação em cada reunião.

De acordo com o levantamento que fizemos, o segmento dos trabalhadores da saúde foi o que mais esteve presente, participando de 45% das reuniões realizadas no período da pesquisa, seguido do segmento dos prestadores de serviços de saúde que esteve presente

a 40% das reuniões, e por último, o segmento dos usuários, que participou de 35% das reuniões do conselho.

A Secretaria Municipal de Saúde foi a entidade prestadora de serviços de saúde que mais esteve presente às reuniões, participando de 95% delas. Por outro lado, as entidades prestadoras de serviços que mais faltaram às reuniões do conselho, foram o Laboratório de Saúde Pública do Estado e o Pronto Socorro de Fraturas Ósseas de Patos, que se trata de um hospital privado.

Entre os trabalhadores da saúde, a Associação dos Agentes de Saúde foi a entidade que mais esteve presente às reuniões do conselho, fazendo-se em 96% das reuniões. Já a Associação dos Servidores da Saúde do Estado, foi a que menos esteve presente às reuniões do conselho.

Entre as entidades que compõem o segmento dos usuários a frequência varia de entidade para entidade. O representante da Associação dos Moradores do Conjunto Noé Trajano esteve presente a todas as reuniões realizadas. A entidade campeã entre os faltosos nesse segmento foi o Rotary Clube, que representa os clubes de serviços junto ao conselho. Dentre as demais entidades que compõem este segmento, a Pastoral Social teve uma boa frequência, atingindo a média de 60% das reuniões realizadas pelo Conselho.

Como podemos ver, um problema que surgiu no cotidiano do Conselho Municipal de Saúde de Patos, foi a ausência de alguns segmentos, problema que até o ano de 2003, não foi superado.

Conforme a análise das intervenções dos conselheiros realizadas durante as reuniões do conselho, verificamos que o segmento dos usuários foi o mais atuante, sendo responsável por 75% das intervenções. Em seguida vem o segmento dos prestadores de serviços de saúde, respondendo por apenas 20% das intervenções realizadas. Por último fica a

representação dos trabalhadores da saúde, que foram responsáveis por 5% das intervenções registradas nas atas das reuniões do conselho no período de 1994 a 2003.

Dentre as entidades que compõem o segmento de prestadores de serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde foi responsável por 60% do total das intervenções desse setor nas gestões do conselho, sendo que suas intervenções trataram de informes, esclarecimentos sobre serviços, programas, convênios e projetos, etc. Os representantes dos prestadores de serviços da rede privada foram os que menos intervieram durante as reuniões do conselho, com apenas 10% das intervenções. Já os representantes das entidades que representam o governo estadual, foram responsáveis por 30% das intervenções. Os principais assuntos abordados por esse segmento foram:

- solicitação de prestações de contas, planos municipais de saúde, relatórios de gestão, agenda municipal de saúde;
- propostas de projetos de ampliação de serviços de saúde;
- o problema da autonomia do conselho;
- capacitação dos conselheiros.

Os representantes dos trabalhadores da saúde intervieram sobre:

- o problema de infra-estrutura do conselho e a falta de apoio por parte do poder público municipal;
- questões salariais e contratuais;
- a ampliação e implantação de serviços de saúde.

Das entidades que representam o segmento dos usuários que participaram das reuniões do conselho fazendo intervenções, as associações comunitárias e de moradores foram as que mais fizeram intervenções, com uma média de 65% das intervenções realizadas por este segmento durante as gestões do conselho analisadas. Suas intervenções foram na maioria das vezes denúncias, cobranças no sentido de melhorar os serviços de saúde prestados no município, pedindo esclarecimentos sobre as ações e serviços de saúde etc. Abaixo listamos os assuntos mais frequentes nas intervenções:

- a realização de seminários, diagnósticos, conferências sobre a situação da saúde de Patos e Região;
- a realização de estudos sobre o papel do CMS e de planos de atividades;
- o problema da infra-estrutura do conselho;
- prestações de contas de ações, serviços, projetos e convênios de saúde;
- o problema da autonomia do conselho
- a visibilidade do conselho e a publicação das suas resoluções;
- a implantação e ampliação de serviços de saúde;
- propostas de reformulação do conselho.

As reuniões do CMS são convocadas com 48 horas de antecedência, obedecendo ao que determina o regimento interno no Inciso IV do Artigo 12. Normalmente, a secretária de apoio entrega cópia da pauta aos conselheiros convidando-os para participarem da reunião do conselho.

O problema é que, segundo regimento interno, no mesmo Artigo 12, essa atividade é de competência da secretaria executiva do conselho e não da secretaria de apoio, o que

nos remete a considerar que existe uma acumulação de tarefas por parte da secretaria de apoio, o que não é bom para o andamento dos trabalhos do conselho.

Outro aspecto importante a se registrar é o fato de que o regimento interno determina que com 48 horas a secretaria executiva deve comunicar aos conselheiros a realização da reunião distribuindo-lhes cópias da pauta da reunião acompanhadas de cópias da ata da reunião anterior para ser lida com antecedência, já que é ponto de pauta das reuniões a sua apreciação e aprovação. Apesar de ser uma reclamação por parte dos conselheiros, estes nunca tiveram acesso a cópias das atas das reuniões do conselho. Consultada sobre a questão, a mesa diz que o conselho não dispõe de recursos para xerox.

Conforme podemos observar no registro das atas, o presidente do conselho sempre iniciou as reuniões com a leitura da pauta, passando em seguida para informes, discussão dos pontos da pauta, encerrando com processos de votação.

Segundo conta nos registros das atas, os debates ocorridos nas reuniões consomem a maior parte do tempo das reuniões. Nos debates dois aspectos chamaram a nossa atenção. O primeiro, é que a participação dos conselheiros é muito baixa, pois, em média, de 3 a 4 pessoas respondem por 70% dos debates. O segundo aspecto diz respeito às posições assumidas por alguns representantes durante o debate, posturas que não contribuem para o fortalecimento da democracia participativa, e nem estimulam o ânimo das pessoas à participação porque beiram ao radicalismo e à prepotência.

Sobre esta questão, é fundamental que os membros de um órgão como o CMS, “assumam atitudes favoráveis à convivência com as diferenças, à competência na disputa de posições e à construção de alianças...” (Teixeira, 2000:118).

Outro problema apontado pelos conselheiros é em relação às atas. Para estes, da forma como estas estão sendo redigidas não representam com fidelidade as discussões ocorridas durante as reuniões.

4.6.- Efetividade

A análise da questão da efetividade do Conselho Municipal de Saúde de Patos está dividida em duas partes. A primeira registra a trajetória política do conselho, desde seu processo de criação, a inserção do conselho no quadro da saúde local, as conquistas, os limites, a relação com o poder político local etc. Na segunda, a partir da análise das atas das reuniões e de alguns depoimentos, procuramos avaliar desempenho institucional do conselho.

Conforme pesquisamos, na época da criação do CMS-P,

“Havia basicamente duas visões: alguns conselheiros defendiam que o conselho serviria para pensar macro-políticas de saúde e fiscalizar os recursos destinados à saúde de Patos. Outros conselheiros entendiam que o conselho deveria cuidar das políticas micros, tratar de questões específicas por exemplo, a higiene do hospital, se lá tinha cururu, e se isso era um fato grave ou não, etc. Na nossa compreensão, que pensava um conselho como um agente que precisava pensar as macro-políticas, quem deveria cuidar disso, eram as administrações das UBS, através de conselhos que deveriam existir em cada unidade, o que começou a ser feito na primeira gestão do conselho, embora não existam registros nas atas da época” (primeiro presidente do CMS-P eleito após a lei 2.107/94).

Na época, o conselho formou comissões para tratar de algumas questões específicas, até que se criassem os conselhos das UBS. Pelo que nos foi relatado pelo atual presidente do, isso funcionou bem. O conselho criou comissões que faziam visitas surpresas nas UBS's para fiscalizar. A comissão chegava na unidade, se identificava como sendo do conselho, “procurava saber se tinha médico de plantão, se não, porque não se encontrava; e, se constatava irregularidades, era caneta e denúncia” (representante dos usuários no CMS-Patos).

Em algumas visitas, o conselho convocava o Ministério Público para que ele acompanhasse e, dessa forma, atestasse a veracidade das denúncias que o conselho fazia.

Houve muita resistência tanto da parte da direção das unidades como do poder público municipal. O secretário municipal de Saúde pressionou o conselho para que este avisasse com antecedência a direção das UBS's sobre as visitas. Mas o conselho não acatou o pedido do Secretário e continuou realizando as visitas surpresas. Os problemas começaram a aparecer. Segundo um conselheiro entrevistado, numa das visitas realizadas, um membro da comissão foi ameaçado e agredido por um médico⁹.

Segundo alguns depoimentos colhidos, do lado do gestor público não havia nenhum apoio no sentido de apoiar o trabalho das comissões. Com efeito, na opinião do atual presidente,

“O gestor não gosta dessa relação com o usuário, de ouvir o usuário. Para o gestor, ele acha que a intenção é exclusivamente criticar, meter a ripa. Ao contrário, muitas vezes a comissão ouvia elogios também. Nós visitávamos as UBS's, fiscalizávamos os leitos, a higiene, gravávamos entrevistas com os usuários internados etc. Agora, tudo era feito na base do voluntarismo. Aquele que tinha automóvel, geralmente o mais rico da comissão, levava os demais. O CMS-P não tinha sede própria, nós nos reuníamos porque, alternadamente, solicitávamos aos amigos, entidades, a disponibilização de prédios. Para fazer o relatório, fazíamos no escritório do presidente do conselho, Dr. José Lacerda, que era advogado e dispunha de computador” (presidente atual do CMS-P).

Para os demais conselheiros que foram entrevistados, e de acordo com os registros da atas das reuniões do conselho, apesar de todas as dificuldades da época, o trabalho do conselho foi importante porque levou a sociedade patoense a tomar conhecimento da sua

⁹ De acordo com as informações, ao chegar ao hospital, o conselheiro soube que o médico não estava atendendo porque se encontrava no alojamento assistindo a tv. Ao tomar conhecimento disso, o conselheiro foi até o alojamento, quando foi surpreendido pelo médico com atitudes agressivas, o qual, foi imediatamente contido por outros funcionários do hospital.

existência e contribuiu para que a mesma começasse a discutir a realidade da saúde pública no município. Como avaliam dois conselheiros,

“Isso dava muita credibilidade ao conselho. O conselho funcionava como uma caixa de ressonância da sociedade. Trazia as questões discutidas com a comunidade, e conseguia traduzi-las em propostas concretas. Isso acontecia porque havia uma visão por parte dos membros de que o conselho podia ser um conselho de alguns para não perder as referências” (representante dos Trabalhadores de Saúde no CMS-P).

“O conselho exercia um papel muito importante no controle social, na medida em que fazia o papel de caixa de ressonância da sociedade. O conselheiro devia ser o máximo orgânico, aquela figura que estava no conselho e sentia a obrigação de representar o seu segmento social, o movimento, a entidade, com a qual, discutia os problemas antes de vir à reunião, cobrava as resoluções dos problemas ao conselho e, depois da reunião, retornava para devolver a discussão à comunidade” (representante do GIA-ASP no CMS-P).

Essas avaliações são de grande importância na medida em que, na época da criação do conselho, havia muitas denúncias sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados em Patos, principalmente, no que se refere ao atendimento. Como nos relatou um ex-presidente do conselho,

“Naquela época, os postos de saúde funcionavam 2 horas por semana; 60% dos postos funcionavam com um só médico que dava plantão de 15 em 15 dias, em algumas ocasiões o poder público contratava um médico que não aparecia no posto; os políticos enchiam seus carros com medicamentos para distribuir com a população, enquanto faltava no hospital; médicos que chegavam a bater em pacientes; casos de mortes de recém-nascidos, inclusive, houve casos de crianças que morreram durante a realização de partos feitos por parteiras na Maternidade Peregrino de Carvalho, isso repercutiu bastante; vendas irregulares de seringas no Hospital Regional, quando as pessoas chegavam no Hospital com enfartes, o médico dizia que era preciso aplicar a injeção estreptonase que não tinha no hos-

pital, mas que era vendida na farmácia que ficava em frente, quando, na verdade, o Ministério através do hospital, distribuía gratuitamente” (ex-presidente do CMS-P).

No caso das mortes de recém-nascidos, o conselho acionou o Ministério Público, o qual representou judicialmente a Maternidade. Neste caso, a entrada em cena do Ministério Público contribuiu bastante para que se pudesse por um fim aos casos registrados de mortes de recém-nascidos na Maternidade. Além disso, as iniciativas do governo federal, registradas na época, visando a melhoria dos serviços de saúde prestados no setor de maternidade, também contribuíram para que se tivesse avanços nesse sentido. Como nos informa uma conselheira entrevistada,

“Nessa época, era implantada a legislação pelo Ministro Jamil Hadad, que determinava que todo parto teria que ter a presença do médico pediatra e do ginecologista. O conselho iniciou uma luta com a direção da Maternidade de Patos, porque lá quem fazia os partos eram as parteiras” (secretária de apoio do CMS de Patos).

No episódio da injeção estreptonase, o conselho juntamente com o Ministério Público puderam verificar que alguns profissionais do Hospital Regional, em parceria com o proprietário da farmácia haviam montado um “esquema” para vender as injeções desviadas do hospital a um custo de R\$ 700,00 (setecentos reais) cada.

É importante registrar que estes casos envolvendo vendas ilegais de produtos distribuídos gratuitamente pelo governo federal aos hospitais só foram descobertos a partir da iniciativa do governo federal, através do Ministério da Saúde, quando o ministério passou a enviar correspondências às residências das pessoas que tinham sido contempladas por alguns tratamentos ou medicamentos custeados pelo governo federal.

Na ocasião, um paciente ao receber uma dessas correspondências que solicitava informações sobre a qualidade do tratamento recebido no hospital público, o mesmo foi surpreendido porque não tinha recebido tratamento algum. Imediatamente, o paciente procurou o conselho e denunciou a fraude. A partir daí, o CMS acionou o Ministério Público, e este acionou a Diretoria do Hospital. Como resultado da ação, os médicos e funcionários foram demitidos, processados, e as pessoas que haviam pago pelas injeções foram ressarcidas pela direção do hospital.

Conforme a análise que fizemos das atas de reuniões, diante da realidade da saúde de Patos e das denúncias que chegavam ao conselho, os conselheiros se reuniram extraordinariamente e avaliaram que para propor uma nova política pública de saúde precisavam, em primeiro lugar, saber qual era o montante de recursos disponível para a saúde em Patos, e como intervir de forma racional na aplicação desses recursos. Em outras palavras, o conselho entendeu que a aplicação de recursos da saúde não deveria ser restrita ao poder público, caberia ao conselho fiscalizar a sua aplicação.

Ao tomar conhecimento disso, o conselho sugeriu ao gestor local uma reforma na aplicação dos recursos, aprovando uma proposta que previa a descentralização dos serviços de saúde. Conforme nos informou um conselheiro entrevistado,

“Essa aplicação previa o funcionamento dos postos de saúde pelo menos 2 horas por dia, em cada bairro onde tivesse um posto. Além disso, sugeria que fosse implantado 4 centros médicos na cidade, sendo que um na região da Vila Cavalcante, Prata, e São Sebastião; outro no bairro do Jatobá, atendendo ao Monte Castelo até o Conjunto de Monte da Conquista e alto da Tubiba; outro na região do Morro, Conjunto Bivar Olinto, Liberdade, Bairro da Maternidade; outro pegando o Belo Horizonte, que apesar de ter o Hospital Regional, achávamos que deveria ter mais uma unidade” (presidente do CMS de Patos).

Na opinião dos conselheiros, se Patos dispusesse das 4 UBS's nos bairros, os hospitais públicos melhorariam o atendimento, porque, segundo os entrevistados, isso diminuiria a quantidade de pessoas que costumavam procurar os hospitais em busca de assistência médica.

Para o CMS, as unidades eram para as pessoas receber os primeiros atendimentos, onde se disporia de uma equipe composta com ginecologista, psicólogo, psiquiatra, oftalmologista etc. Além das unidades, o conselho propôs também a implantação de uma Unidade Central Referencial de tratamentos especializados, traumatológicos. Como resultado dessa discussão, o conselho procurou o gestor municipal da saúde, mobilizou a sociedade local e, conforme nos informaram os conselheiros entrevistados, as UBS's existentes nos bairros de Patos passaram a funcionar em média de 6 horas por dia.

Na avaliação dos entrevistados, isso trouxe uma melhora na saúde curativa de Patos, o Hospital Regional de Patos, por exemplo, passou a ser um hospital de referência para tratamento de pessoas que precisavam de internamento.

Outra questão polêmica com a qual o conselho se deparou foi a distribuição de AIH'S com os hospitais e clínicas públicas, filantrópicas e privadas de Patos. Segundo pudemos constatar nos registros das atas das reuniões do conselho, o serviço de saúde privado de Patos queria avançar reivindicando mais AIH'S, sem, no entanto, justificar adequadamente. O conselho por sua vez, discutia sobre as reivindicações do setor privado, mas, não consideravam pertinentes, justificáveis e, por isso, rejeitava as propostas encaminhadas ao conselho.

Para a maioria dos entrevistados, o setor de prestação de serviços de saúde privado de Patos, queria inverter o que dizia a Lei, quando esta determina que a distribuição das AIH'S deve priorizar os estabelecimentos públicos, segundo, os filantrópicos e, em terceiro, os particulares. A discussão acabou com ameaça de morte por parte da representante

dos hospitais privados de Patos no CMS a um conselheiro, depois que este se posicionou contra a proposta de aumento das AIH'S para a clínica particular de sua propriedade.

Segundo o relato de alguns entrevistados, e conforme pudemos verificar em ata da reunião do conselho na qual foi discutido o fato,

“Logo após uma das reuniões do CMS-P em que se tratou da distribuição das AIH's, a proprietária da Clínica Santa Luzia se dirigiu até a casa do presidente do conselho. Lá chegando, pediu a ele que desse um recado ao conselheiro José Gonçalves, que liderou a contra-proposta de não aumentar as AIH's dos hospitais privados. E disse o seguinte: Olha José Lacerda, diga pra Zé Gonçalves que Chico Mendes morreu, que seu sindicato não o ressuscitou, e que ninguém foi preso. Ele tome muito cuidado” (ata da reunião do CMS de Patos de 15 de março de 1995).

Para a surpresa de todos, dias depois, durante a reunião do conselho, a proprietária da clínica e conselheira repetiu a ameaça causando grande discussão entre os presentes à reunião. Com isso, o conselho decidiu encaminhar uma denúncia contra a proprietária da Clínica ao Secretário de Saúde do Estado, ao Secretário de Segurança Pública do Estado, ao Ministério Público, a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa e abrir inquérito policial para a devida apuração do caso. Ainda conforme os registros da ata da reunião, o conselheiro vítima da ameaça usando da palavra disse:

“É lamentável, todas as vezes quando se defende os trabalhadores, os mais sofridos, vem esse tipo de ameaça. Mas, quem está no movimento popular há mais de 14 anos, não pode deixar de falar o que pensa em defesa dos mais necessitados” (ata da reunião de 16 de maio de 1995).

Pelo que pudemos constatar através das entrevistas e da análise das atas das reuniões do CMS-P, apesar das dificuldades, principalmente, no que se refere a falta de apoio por parte do poder público municipal, o CMS procurou contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços prestados de saúde no município e, ao mesmo tempo, com a construção de um novo ordenamento público no sentido de transformação das formas de exercício de poder historicamente enraizadas, particularmente no âmbito local. Como sugere a fala de um dos nossos entrevistados,

“Antes do conselho, Patos não tinha uma política de saúde, depois não passou a ter, mas pelo menos começou a pensar. A saúde deixou de ser um favor político, objeto de voto para ser encarada como um direito. A política pública de saúde mudou consideravelmente, porque, antes ela era feita nos gabinetes. Hoje, ela pode até ser feita nos gabinetes, mas precisa passar pela aprovação do conselho. Nunca se deixou de se fazer uma reunião por falta de quorum. As atas das reuniões do conselho eram bastante detalhadas, e representavam as discussões ocorridas. Chegou-se a ponto de numa reunião um conselheiro reclamar das atas por achar que estas estavam detalhadas demais, o que o conselho não concordou. Havia treinamentos, estudos etc. Realizamos reuniões nos bairros com a comunidade, na Vila Cavalcante com 100 pessoas; no bairro do Jatobá, no CSU, com 150 pessoas; no morro com 200 pessoas, com o conselho de moradores do Morro; no Belo Horizonte com 100 pessoas, etc. As reuniões que eram denominadas de plenárias, aconteciam sempre antes das reuniões ordinárias do conselho, para que o conselho pudesse discutir sobre as mesmas” (representante do GIAASP no CMS-P).

Sobre os mandatos da mesa diretora do conselho, de acordo com que pudemos levantar, merecem destaques os mandatos de José Lacerda (1994-1996), representante da ASDAC e o de José de Oliveira Pio (1997-1999), representante da PROPAC, ONG'S ligadas à Igreja Católica. Ambos mandatos se destacam pela preocupação com a capacitação dos conselheiros, com o diagnóstico sobre a realidade da saúde do município, e com o planejamento de atividades do conselho (Cf. Livros de atas do CMS-P).

No mandato de José de Oliveira Pio, também foram implantadas urnas nas UBS's de Patos para recolher denúncias e propostas da população sobre os serviços de saúde prestados nas unidades. As urnas eram recolhidas periodicamente e trazidas para o conselho para serem abertas na presença dos diretores das UBS's. O conselho fazia o relatório do conteúdo das urnas e, imediatamente, encaminhava uma cópia aos diretores das UBS, à Secretaria Municipal de Saúde e à imprensa.

Segundo o atual presidente do CMS,

“Os gestores não gostam da relação que se estabelece com a sociedade civil, de ouvir o usuário. Contudo, apesar de todas as dificuldades, no início das atividades, existiam 4 urnas, e hoje existem 10. Além do aumento do número de urnas, verifica-se também que a população tem utilizado mais as urnas” (presidente CMS-P).

Atualmente, o trabalho das urnas se encontra parado. Segundo afirma um informante, quando se faz alguma atividade, um ou dois conselheiros visitam as unidades e lá mesmo são abertas as urnas. Segundo um representante dos usuários, “Não se traz mais as urnas para o conselho e nem se faz mais relatório”.

Pudemos observar que isso tem gerado polêmica entre os conselheiros, porque, para alguns deles, as urnas deveriam ser abertas na sede do próprio conselho. Quanto a isso, a mesa diretora alega que não poder continuar trabalhando na base do voluntarismo,

“O conselho precisa de apoio por parte do poder público municipal, não existe transporte para trazer as urnas das unidades para o conselho e levá-las de volta. Ainda segundo os conselheiros com os quais conversamos sobre o assunto, antigamente, se fazia isso porque o presidente do CMS de Patos contava com o apoio da Igreja, mas hoje o conselho está sem apoio nenhum” (vice-presidente do CMS-P).

Um episódio que chama a atenção sobre as urnas, é que numa determinada ocasião a urna da Maternidade Peregrino de Carvalho foi violada e dela foram retiradas todas as denúncias que lá existiam. Ao tomar conhecimento do fato, o conselho denunciou a Direção da Maternidade à Secretaria de Saúde do Estado e acionou o Ministério Público. Nos dias atuais, a denúncia mais comum extraída das urnas continua sendo sobre a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde a população.

Outra iniciativa importante da gestão de José de Oliveira Pio foi a realização de audiências públicas e o convite feito às escolas do município para participarem das reuniões do conselho.

Não há registros sobre a realização das audiências públicas, nem mesmo na Câmara de Vereadores do Município. O que sabemos é que aconteceram duas audiências conforme nos informou um ex-presidente do CMS. De acordo com os livros de atas, sabemos que foram realizadas duas reuniões do conselho com a presença de escolas públicas, sendo uma do dia 26 de agosto de 1999, e outra no dia 30 de setembro do mesmo ano.

Para a representante da Pastoral da Criança no conselho e os demais entrevistados, o CMS não conseguiu avançar nesses dois projetos que, por um lado, pretendiam envolver o legislativo na discussão dos problemas de saúde que afligem a população local e, por outro, de ampliar o leque de participação dos segmentos da sociedade na luta pela melhoria dos serviços de saúde, porque, primeiramente, a câmara de vereadores do município não vê com bons olhos o conselho. Para os vereadores o conselho não passou por uma eleição e, sendo assim, não tem legitimidade nem poder para discutir ou propor políticas públicas de saúde para o município.

Em segundo lugar, porque no caso das escolas, o entendimento é que sociedade não gosta de participar, nem de discutir os problemas do seu dia-a-dia. Segundo uma conselheira entrevistada,

“O povo não gosta de participar, basta ver as reuniões da Câmara de Vereadores, o povo não vai, eles não acompanham nem fiscalizam a atuação dos vereadores em quem votam. No caso das urnas, lamentavelmente, encontramos muitas brincadeiras, piadas de mau gosto etc. As pessoas quando tem uma denúncia não procuram o conselho, elas vão para os programas de rádio” (secretária de apoio do CMS-P).

O presidente do CMS ratifica em seu depoimento que se 10% da população conhece as atividades do conselho, apenas 2% ou 3% se interessa em procurar o conselho para discutir, reivindicar ou reclamar os problemas da saúde do município.

Na quarta gestão do CMS, que teve a frente o Sr. João Bosco Eleotério, o conselho instalou o disque-denúncia, através do número 421-4547. Na realidade, numa das visitas que fizemos à sede do conselho, pudemos verificar que se trata do telefone da Associação dos ACS, que é utilizado pelo conselho, e aproveitado também para este fim. Após ser implantado, a mesa diretora do conselho distribuiu cartões nas escolas, clubes de serviços e associações, para divulgar o número do disque-denúncia.

Contudo, segundo os entrevistados, “o conselho perdeu muito da ‘caixa de ressonância’ da sociedade nos últimos anos, o que coincide com a gestão do atual prefeito” (representante dos Usuários no CMS-P). Por outro lado, para a maioria dos conselheiros entrevistados, o conselho não tem mais a preocupação em avançar no controle social, melhorar a saúde, implantar os conselhos nas UBS, etc.

Para o representante do GIAASP, o problema é que as decisões que são tomadas pelo CMS não são consideradas pelo gestor, e isso deixa o conselho numa situação difícil. Como nos informa o conselheiro,

“as decisões do conselho são plásticas, não há poder para decidir nada. A gente chega com nossas propostas e o gestor diz que não pode fazer porque o orçamento não permite. Na realidade, o conselho mais parece um cachorro sem dentes” (representante do GIAASP no CMS- P).

Isso é preocupante porque, como afirma Bonfim na coletânea de Carvalho & Teixeira (2000), com esta situação, se perde aos poucos a noção da importância da participação popular no conselho e os grupos podem aos poucos ir se cansando por avaliarem que não tem conquistas (Bonfim, 2000:64).

A Lei 2.107/94 que institui o conselho com participação popular prevê o seu caráter deliberativo quanto “ao estabelecimento, o acompanhamento e avaliação da política e diretrizes municipais de saúde”, bem como sua responsabilidade para “aprovar, acompanhar e avaliar a execução do plano municipal de saúde” (Incisos I, II e III do Art. 1º da Lei 2.107/94).

No Inciso V do Artigo 8º da mesma Lei, assim como, no Artigo 20 do regimento interno, está previsto que as deliberações do conselho sejam formalizadas através de resoluções, assinadas pelo conjunto dos membros presentes, devendo ser acatadas por todos os demais conselheiros. No entanto, na análise de vasta documentação, observou-se que nenhum tema originou resoluções desde a criação do CMS-P até a realização deste trabalho.

Uma prova disso é a recorrência com que certas questões aparecem nas atas. Ao longo dos 8 anos de existência do CMS, fica evidente que nem tudo recebe o devido encaminhamento, pois o fato de não formalizar suas decisões em resoluções deixa o conselho sem apoio e instrumental prático para os encaminhamentos e o seu controle. Segundo o presidente do CMS, o problema é que as decisões tomadas pelo conselho esbarram na falta de vontade política do gestor.

Quanto a isso, Maria da Glória Gohn afirma observa que,

“O fato de as decisões dos conselhos terem caráter deliberativo não garante sua implementação efetiva, pois não há estruturas jurídicas que dêem amparo legal e obriguem o executivo a acatar as decisões dos conselhos” (Gohn, 2001: 91).

Diante do exposto, observamos que apesar da natureza deliberativa, as deliberações do CMS-P são fortemente condicionadas à ingerência política do gestor municipal, o que indica uma clara falta de autonomia. Normalmente, constitui-se em mera instância de "legitimação" de políticas elaboradas pelo executivo municipal e seu poder de interferência na gestão da saúde pública é obnubilado ora pela falta de vontade política do prefeito e secretário, ora pela própria inoperância dos conselheiros, ora pela falta de instrumentos legais que o garantam.

Ao nosso modo de ver, o caráter deliberativo do conselho está intrinsecamente relacionado à visibilidade que o conselho consegue ter na sociedade. A legitimidade do caráter deliberativo dos conselhos enfatiza a necessidade de publicizar o debate que ocorre no seu interior e a importância do funcionamento de espaços mais abertos e plurais, que possam servir de instâncias críticas em relação a estas deliberações (Cf. Teixeira, 2000: 106).

Este é o grande desafio na construção da nova institucionalidade democrática. Criar canais de comunicação permanentes e interativos entre os cidadãos, o governo e as próprias entidades representativas.

O problema é que no caso do Conselho Municipal de Saúde de Patos, o único mecanismo formal de divulgação das atividades do conselho está previsto em seu regimento interno: publicação das resoluções. O que não ocorre nem através do Diário Oficial do Município, nem através dos jornais de circulação do município. A publicização das atividades do CMS se restringe a participação esporádica de algum conselheiro nos programas de entrevistas existentes nas emissoras de rádio local.

Na percepção dos representantes dos usuários entrevistados, o conselho é incapaz de comunicar-se com a sociedade em geral. Nas atas de reuniões do conselho, pode-se ver com recorrência ao longo das gestões do conselho, registros que apontam à necessidade de serem viabilizados outros meios para tornar públicas e visíveis as atividades do colegiado. Contudo, este tema ainda não pautou nenhuma discussão efetiva, permanecendo no campo das sugestões, sem propostas de encaminhamento. Sobre isso, Caniello & Justino Filho (2004) sugere que,

“para que os conselhos funcionem de maneira eficaz é necessário que a sociedade civil esteja organizada o suficiente para atuar em parceria com ele no sentido da pressão pela implementação das decisões tomadas por parte do poder público. Isto se dá através da mobilização. É preciso formular estratégia de publicização, de articulação e de integração entre os conselhos, com agendas comuns e fóruns mais amplos com vistas a superar a segregação das políticas sociais. Os conselhos deverão identificar os problemas e produzir um diagnóstico para a solução dos mesmos” (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004:83).

Portanto, o controle social é o poder legítimo utilizado pela população para fiscalizar a ação dos governantes, indicar caminhos e aprovar planos e políticas de saúde que recuperem para todos a dignidade de uma vida com saúde e com cidadania plena (Cf. Barbosa, 2000:52).

Conforme verificamos na análise do ambiente político-institucional vigente no município de Patos, esta é uma realidade ainda em construção, o que impõe dilemas importantes ao desempenho institucional do CMS, especialmente no exercício do controle social. Assim, não se pode falar ainda de um espaço de fato democrático de gestão participativa na saúde em Patos, pois inexistente qualquer vontade política por parte do governo municipal em

realizar o fortalecimento desta instância participativa, agravado ainda mais pela representação deficiente dos conselheiros por causa do despreparo político.

4.7.- O Controle Social

O objetivo neste subitem é analisar a atuação do CMS-P no controle social transformando os recursos disponíveis em benefícios à população (Cf. Santos, 2000:18).

A análise desse indicador, privilegiou a participação (ou não) do CMS-P na definição de prioridades e indicação de diretrizes para o plano municipal de saúde, bem como na elaboração do orçamento da secretaria municipal de saúde e alocação de recursos.

De acordo com os resultados da pesquisa, podemos afirmar que a definição de prioridades e indicação de diretrizes para elaboração do plano municipal de saúde não são práticas assumidas pelo CMS-P.

No item sobre o Fundo Municipal de Saúde, ficamos sabendo que o CMS-Patos não exerce o controle social sobre o fundo. No item citado, ficou evidenciado que em Patos há uma espécie de “descentralização relativa” que tem gerado problemas no que diz respeito à efetivação do controle social.

A democratização do Fundo Municipal de Saúde é fundamental para que a população acompanhe a movimentação financeira. “Por mais precário que seja esse acompanhamento, ele cria, do lado da sociedade, a possibilidade de brechar aqui e acolá, colocando as necessidades da coletividade em pauta” (Correia, 2000:117).

Além desses problemas, a realidade de Patos sinaliza para outros problemas que comprometem o controle social do CMS sobre os recursos no município: a falta de conhecimento técnico dos conselheiros sobre as peças orçamentárias da secretaria de saúde. Apesar de reconhecerem a importância de cumprir com a atribuição de “fiscalizar a movi-

mentação de recursos repassados à SMS e ou do FMS” (Regimento Interno do CMS-P), os conselheiros demonstram dificuldades em manusear dados orçamentários. Dessa forma, não dispõem de elementos e fundamentos para questioná-los e acabam legitimando, com sua aprovação em reunião, documentos que na maioria das vezes pouco entendem.

Outras dificuldades explicam essa realidade: os conselheiros só recebem a prestação de contas na hora da reunião, tendo pouco tempo para analisá-la; se apresentam prestações de contas de meses e até de anos acumuladas numa só reunião quando a Lei diz que deve ser mensal essa apresentação; as contas são apresentadas de forma fragmentada, ou seja, não há um quadro geral com a movimentação comparativa de receitas e despesas; os conselheiros têm dificuldades na compreensão da linguagem contábil-financeira etc.

Apesar de o exercício desse controle limitar-se ao acompanhamento e fiscalização das prestações de contas, ele não é feito com precisão e rigor. Além de superar a precariedade do acompanhamento das prestações de contas, os conselheiros precisariam dar um salto qualitativo em sua atuação, não só fiscalizando gastos já realizados, mas interferindo efetivamente na alocação dos recursos do FMS, de forma a direcionar seu uso. Dessa forma, o controle exercido superaria o nível fiscalizador de gastos efetivados e passaria a controle social de fato.

A não inclusão do CMS no processo de planejamento gera nos conselheiros entrevistados um desconhecimento da política de saúde como um todo, o que também impõe limites à efetividade deste espaço. A esse respeito um conselheiro diz que: “quando o conselho consegue muito, é inserir suas propostas no relatório das conferências municipais de saúde, mas nunca são realizadas” (representante dos Usuários no CMS-P).

Conforme a Lei 2.107/94 que regulamenta o CMS, sua prerrogativa é “formular estratégias, dar mais luz, mais diretrizes, caminhos mais confiáveis de como gastar o dinheiro público e controlar a execução das políticas” (Lei n.º 2.107/94, de 15 de setembro

de 1994). Contudo, os depoimentos dos entrevistados deixam claro que o CMS-P não tem assumido esta prerrogativa que diz respeito à execução da política de saúde como um todo, nem, tão pouco, da análise e aprovação das prestações de contas.

Registra-se que, em oito anos de existência, nenhuma prestação de contas foi recusada pelo CMS, conforme constatado através das atas. Tampouco o CMS controla a execução do plano municipal de saúde, caracterizando-se a exclusão do CMS do processo de planejamento, que acaba retirando do conselho sua potencialidade de ação, apesar de aprovado o plano não é controlado por não ser conhecido.

Portanto, é possível inferir que o conselho possui baixíssima capacidade de influir concretamente no processo de tomada de decisões do governo.

Por fim, pergunta-se a que se deve os problemas relacionados à efetividade do CMS-P? Em virtude da recorrência com que foram citados, pode-se afirmar que a falta de capacitação técnica dos conselheiros para a participação institucionalizada e a falta de apoio por parte do gestor municipal constituem as principais limitações para que o CMS-P funcione de fato e de maneira independente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão teórica efetuada na primeira parte do trabalho sobre democracia participativa e cultura cívica realçou a importância estratégica da participação da sociedade civil em instâncias colegiadas de deliberações na esfera estatal nas democracias contemporâneas. Examinar a relação existente entre democracia participativa e o desenvolvimento de uma consciência cívica - cujo avanço, porém, depende não só do desenvolvimento econômico e da modernização política formal, mas essencialmente de crescentes graus de igualdade social entre os cidadãos - foi o que nos propusemos.

Em seguida examinamos o processo de democratização do Brasil e os avanços políticos, legais e institucionais experimentados a partir da Constituição de 1988. Com base nos pressupostos da reforma sanitária, destacamos, sobretudo, a integração dos CS's à engenharia institucional do SUS, abrindo com isso a participação de representantes da sociedade civil organizada aos processos de decisão de políticas, programas e ações de saúde.

Essas análises consideram que, apesar do quadro de atraso do país, foi possível instituir a participação cidadã nas esferas de decisão pública, ressaltando em particular os CS's, e sua grande potencialidade, ainda não devidamente avaliada, de acumulação de capital social e eventual surgimento de uma cultura cívica de envolvimento do cidadão comum nas questões de interesse geral. Colocamos, enfim, a tese de que o funcionamento regular dos CS's e a continuidade da participação de representantes da sociedade civil organizada nessas instâncias gerariam um "círculo virtuoso" fomentador de comunidades cívicas.

Tentando responder a essa questão, esse trabalho procurou verificar em que medida os CS's vêm-se constituindo, apesar das dificuldades apontadas, em relevantes espaços de prática e formação da cidadania e, nessa medida, em instrumentos de mudanças dos valo-

res que informam a sociedade, condizentes com os de uma cultura cívica, facilitadores, em última instância, do surgimento de comunidades cívicas (Putnam, 1996:25).

Para os propósitos deste trabalho, isto é, verificar até que ponto os CS's estariam contribuindo para a consolidação de uma cultura participativa própria de uma comunidade cívica, faz-se necessário analisar a eficácia dos CS's.

No caso de Patos, realidade privilegiada em nossa análise, como boa parte dos municípios interioranos do Estado da Paraíba, as administrações municipais geralmente nascem de uma elite política conservadora, a decisão política vem sendo predominantemente centrada nas mãos do prefeito, sendo um forte indício de sua falta de sensibilidade democrática.

Por isso, grande tem sido o esforço feito pelo movimento social a fim de fazer valer a sua representatividade garantida na lei nacional, embora que, no âmbito do município, isto ainda dependa da vontade política do gestor.

Nesse contexto, o surgimento do CMS de Patos permitiu a visibilidade da postura do gestor municipal, que é a de não aceitar de fato a partilha do poder com uma parcela da sociedade civil. O poder democrático da participação não é possível sem a consciência das representabilidades na partilha do poder com a sociedade civil e isto se torna possível se houver respeito à presença de novos espaços de interlocução.

Por outro lado, é grande a dificuldade das representações da sociedade traduzirem seus interesses em propostas concretas. Isso acontece pela ausência de uma maior capacitação por parte dos conselheiros, representantes dos movimentos populares. Verificamos que em geral, eles desconhecem os meandros das leis e das sutilezas técnicas relativas aos assuntos de saúde pública.

Os resultados do estudo indicam uma contradição entre o formal e o real na existência do CMS de Patos, o que pode acarretar em profundas distorções quanto ao seu papel

e transformá-lo em espaços de consulta e de referendo, ao invés de instância deliberativa da política pública de saúde no município.

Isso nos leva a considerar que não basta um conjunto de normas jurídico-formais que garantam a descentralização e participação popular. É preciso se formar uma nova cultura política no sentido de superar a tradição autoritária elitista e centralizadora de gestão da coisa pública que historicamente tem caracterizado a realidade brasileira (Cf. Faoro, 2001:76)

Em Patos, a cultura política que prevalece no setor público é ainda clientelista, patrimonialista e autoritária. Os agentes governamentais não aceitam qualquer responsabilidade de partilha de poder e desrespeitam as deliberações do conselho, dificultando a prestação de contas e interferindo indevidamente na sua composição com a nomeação de membros não escolhidos pelas entidades da sociedade.

Aqui decorre um dos problemas centrais para a democratização da política de saúde: o de perceber o Conselho Municipal de Saúde como instrumento básico de transformação de práticas tradicionais de gestão nos serviços de saúde.

Apesar desses limites, não há como deixar de se reconhecer a importância do conselho como possível veículo de superação da distância entre o cidadão e a coisa pública na tentativa de com esta prática, contornar o esvaziamento das representações anteriores.

Considerando estes aspectos, podemos destacar que os governos municipais, através da SMS, têm sido apontados como focos da inviabilização da autonomia do CMS. Além disso, verificamos grandes fragilidades por parte dos conselheiros sobretudo no que refere-se a capacidade técnica, política e teórica para interferir de forma qualificada no processo de formulação e implementação de políticas de saúde. Conforme já enfatizado, a

falta de capacitação é o que predomina enquanto dificuldade principal destes últimos no exercício da participação no conselho. Alia-se a isso, com muita freqüência, a falta de acesso a documentos e informações, a jornada dupla dos conselheiros, e a falta de apoio administrativo por parte do poder municipal.

Na realidade, o que podemos concluir de fato, é que o processo de municipalização da saúde em Patos acelerou-se sem que o município tivesse estrutura capaz de gerar os serviços que assumiu. Como sugere Cruz na coletânea de Carvalho & Teixeira (2000), a ausência de uma estratégia planejada pelos Ministérios ou Secretarias de Estado também dificulta o funcionamento do conselho e precisa ser revista, muitas vezes, o conselheiro chega à reunião e depara-se com um projeto ou um plano para ser aprovado imediatamente, pois se não ocorrer a manifestação naquela data, os recursos não são liberados para o município (Cf. Cruz, 2000:77). Quanto a isso, na ata da reunião ordinária do conselho realizada no dia 6 de fevereiro de 2003, encontramos um registro que faz referência a esse problema:

“o presidente reforça as palavras da conselheira dizendo que muitas vezes fica sem opção, precisa aprovar o que vem de última hora da Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez, é pressionada pela Secretaria Estadual de Saúde, e esta pelo Ministério da Saúde” (ata de reunião de 6 de fevereiro de 2003).

Assim, a efetividade do Conselho Municipal de Saúde de Patos fica a depender da vontade dos governantes e sobretudo do grau de organização e dinamismo da sociedade civil. Portanto, isso nos faz afirmar que o setor de saúde em Patos ainda não vive um processo de descentralização do poder decisório entre governo e sociedade. Pois, mesmo com o levantamento de informações sobre os problemas concretos de saúde da população, ainda

é o corpo político-técnico da SMS, em última instância, que define e prioriza os temas que efetivamente constituem os programas e ações a serem implantadas.

A pesquisa que realizamos apontou para uma maior visibilidade do potencial conflitivo do poder local entre a sociedade e o governo municipal a partir da inserção do conselho de saúde. A qualificação do conselheiro constituiu-se assim, o caminho para despertar não apenas no governo, mas também no cidadão, uma vontade política da participação do processo de gestão da saúde pública no município.

6. BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Ricardo C. e NOGUEIRA, Arnaldo. (1981) **O que são comissões de fábrica**. São Paulo, Ed.: Brasiliense.
- AVRITZER, Leonardo. (2002). "Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil", in SANTOS, B. S. (org.), **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira (Reinventar a emancipação social: para novos manifestos, v. 1).
- BARBOSA, Ana Maria Lima. (2000). "Os portadores de deficiência no Conselho de Saúde", in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis.
- BENEVIDES, Maria Victória de Mesquita. (1994) "Cidadania e democracia". **Revista Lua Nova**. CEDEC, São Paulo, n.º 33, p. 5-16.
- BOBBIO, Norberto. (2000). **O futuro da democracia**. 7ª ed. Revista e ampliada. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro, Paz & Terra (Pensamento crítico, v. 63).
- BONFIM, Raimundo. (2000). "A atuação dos movimentos sociais na implantação e consolidação de políticas públicas", in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.
- BORDIN, Alain. (2001). **A questão local**. Trad. Orlando dos Reis. Rio de Janeiro. DP&A.
- BRASIL. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico.
- BRASIL. (2000). **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.
- BRASIL. Congresso Nacional, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.
- BRASIL. **Congresso Nacional**, 1990. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Publicada no D.O.U. em 20/09/90, ano CXXVII – n.º 182.
- BRASIL. **Congresso Nacional**, 1990. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 1986. Relatório da Conferência Nacional de Saúde.
_____ 1992. Relatório da Conferência Nacional de Saúde.
_____ 1996. Relatório da Conferência Nacional de Saúde.
_____ 2001. Relatório da Conferência Nacional de Saúde.
- BRAVO Maria I. S. (1996). **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, Editora da UFRJ.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselhos municipais**. Eugênia Lacerda (org.), 1998. 84p.
- BUSSAB, Wilton de O., MORETIN, Pedro A. **Estatística básica**. São Paulo: Saraiva, 2002.

- CANIELLO, Márcio. (1990). "Patronagem e rivalidade: observações iniciais sobre processos de modulação ética numa cidade do interior" *in Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 5, nº 14, outubro de 1990.
- _____. Os estudos de comunidade no Brasil: algumas reflexões sobre a noção de mudança social. Rio de Janeiro. Mimeo.
- _____. (1993). **Sociabilidade e padrão ético numa cidade do interior: carnaval, política e vida cotidiana em São João Nepomuceno – MG.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ.
- _____. (2002). **O "controle social" nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba.** Projeto de Pesquisa. Campina Grande: UFCG / FAPESQ-PB / Ministério da Saúde.
- CANIELLO, Márcio e JUSTINO FILHO, José. (2004). **O "controle social" nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba.** Relatório de Pesquisa. Campina Grande: UFCG / FAPESQ-PB / Ministério da Saúde.
- CARDOSO, Ruth C. L. (org.). (1986). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa.** Rio de Janeiro, Paz & Terra.
- CARVALHO, Antonio Ivo. (1985). **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro, IBAM/IBASE.
- _____. (1997). Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** (S. Fleury, Org.), São Paulo: Lemos Editorial, pp. 93-112
- _____. Os Caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. **Saúde em Debate.** Londrina, n.º 38, p. 49-54, mar. 1993
- CARVALHO, Maria do Carmo & TEIXEIRA, Ana Cláudia (orgs.). (2000). **Conselhos gestores de políticas públicas.** São Paulo: Polis, 2000.
- CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 1990.
- COHN, Amélia. Descentralização, saúde e cidadania. **Revista Lua Nova,** São Paulo, CEDEC, n.º 32, p. 5-16, 1994.
- _____, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica.** São Paulo: Cortez, 2001.
- CORREIA, M. Valéria Costa, 2000. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- COSTA, João Bosco Araújo da. **Poder local, democracia e participação popular: a experiência de Janduis (RN) 1982 – 1988.** São Paulo: 1992. Dissertação em Ciência Política.
- CRUZ, Maria do Carmo Meirelles. (2000). "Desafios para o funcionamento eficaz dos Conselhos", in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas.** São Paulo: Polis:2000, 2000.
- DALLARI, Sueli G. (1998). "A Constituição brasileira e o Sistema Único de Saúde", in **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília, Ministério da Saúde.

- DAMATTA, Roberto. (1981). **"O trabalho de campo na Antropologia Social", Relativizando: uma introdução à Antropologia Social**. 2ª ed. Petrópolis, Vozes.
- DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. **Riscos e desafios de processos participativos**. Brasília: IPLAN/CPR, 1984 (mimeo).
- DOIMO, A. M., **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1995.
- ESCOREL, S., 1987. **A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FAORO, Raymundo. (2001). **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 3ª ed. Revista. Rio de Janeiro: Globo.
- FIGUEIREDO, Maria Eliana. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- FLEURY, S. Teixeira. (1989). "Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária", in FLEURY, S. T. (org.), **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- _____. (1997). A questão democrática na saúde. In: **Saúde e democracia: A luta do CEBES**, São Paulo: Lemos editorial, pp. 25-41.
- GOHN, Maria da Glória. (2001). **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo, Cortez (Questões da nossa época, v. 84).
- _____. **Conselhos populares e participação popular**. **Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo**, n.º 34, p. 65-89, dezembro, 1990.
- GUIMARÃES, Alba Zaluar (org.) (1980). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- HELLER, Patrick & ISAAC, T. M. Thomas. (2002). "O perfil políticos institucional da democracia participativa: lições de Kerala, Índia", in SANTOS, B. S. (org.), **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira (Reinventar a emancipação social: para novos manifestos, v. 1).
- HIRST, P. Q., 1992. **A democracia representativa e seus limites**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- JACOBI, Pedro. **Prefeituras democráticas, movimentos populares e poder local: participação, cooptação ou autonomia?** *Espaço & Debates*, São Paulo, n.º 9, p. 67-69, 1983.
- JUNIOR, Luiz Cordonni (org.). **Estudo dos conselhos municipais de saúde em municípios do Norte do Paraná**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.o debate. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n.º 20, p. 121-143, 1990.
- JUSTINO FILHO, José. **A Tradição Ressignificada: Uma Leitura da Vida Sócio-Política de Princesa Isabel – PB**. Campina Grande-PB: Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba-UFPB, 1997.

- LIMA, José Osimar Gomes de. **O Conselho Municipal de Saúde no Poder Local em Mossoró (RN): 1992-1997: "Espaço Participativo ou Extensão do Poder Oligárquico?"** João Pessoa-PB: Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba-UFPB, 1999.
- LYRA, Rubens Pinto. (2000). "Teorias clássicas sobre a democracia direta e a experiência brasileira". In LYRA, R. P. (org.). **A ouvidoria na esfera pública brasileira**. João Pessoa, Ed. Universitária/UFPB.
- MACPHERSON, C. B. **A democracia liberal – Origens e Evolução**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- MARTINS, Valdete de Barros. Análise dos Conselhos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos de Assistência Social, in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo:Polis, 2000.
- MINAYO, M. C. S. & Sanches, O., 1993. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul./set., pp. 239-262.
- _____. (1996) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRACO.
- _____. (1994). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes.
- MILLS. C. Wright. **A sociedade local. In: A elite do poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968, p. 41-60.
- MOISÉS, J. A., 1982. **Cidade, povo e poder**. Rio de Janeiro: paz e Terra, São Paulo: CEDEC.
- NADER, Carlos. (1988). "Atribuição dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros", in **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde.
- NORONHA, Rudolf de. (2000). "Avaliação comparativa dos Conselhos Municipais", in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo:Polis, 2000.
- OLISOA, Durvalina M. S. **Municipalização da saúde em Vitória – ES: Uma experiência participativa?** Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- OLIVEIRA, Íris, Maria de. **Pesquisa sobre perfil dos conselhos**. Natal: Arquidiocese de Natal/Pastoral da Criança/Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Relatório de Pesquisa. 1998.
- PARAÍBA, Conselho Estadual de Saúde. (2001). **Levantamento dos conselhos municipais de saúde cadastrados no CES/PB**. João Pessoa, datil Junho/2001.
- PARAÍBA, Conselho Estadual de Saúde. **Análise dos relatórios de atividades/2001 dos conselhos municipais de saúde da Paraíba**. João Pessoa, datil. 2002.
- PASSOS, Ilana Maria Campelo. **Participação popular na gestão pública da saúde – um estudo de caso**. Rio de Janeiro. 1995. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Escola Brasileira de Administração Pública.

- PAXTON, Pamela. (2002). "Social capital and democracy: na interdependent relationship", *American Sociological Review*, vol. 67 (abril), pp. 254-277.
- PUTNAM, Robert D. (1996). **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. Trad. Luiz Alberto Mondim. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas.
- NETO, Eleutério Rodriguez. (1998). "A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: Suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas", in **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (2002). "Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia redistributiva", in SANTOS, b. s. (ORG.), **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira (Reinventar a emancipação social: para novos manifestos, v. 1)
- SANTOS, Boaventura de Sousa & AVRITZER, Leonardo (2002). "Para ampliar o cânone democrático", in SANTOS, B. S. **Democratiza a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira (Reinventar a emancipação social: para novos caminhos, v. 1).
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. (2000). "Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil", in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo:Polis, 2000.
- SIMIONATTO, Ivete & NOGUEIRA, Vera Maria. Políticas de saúde – do projeto formal à prática concreta. **Revista Serviço Social & sociedade**, São Paulo, n.º 44, p. 53-60. Abril 1994.
- SILVA, Ivone Maria Ferreira da. Os Conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n.º 55, p. 156-173, novembro 1997.
- TEIXEIRA, Elenaldo Celso (1998). **Sociedade civil e participação cidadã no poder local**. Tese de Doutorado. São Paulo, USP.
- _____. (2000a). "Efetividade e eficácia dos conselhos", in CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs.) **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.
- _____. (2000b). "Conselhos de políticas públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (Orgs.), **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo:Polis, 2000.
- _____. (2001). **O local e o global: limites e desafios da participação**. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001
- TOCQUEVILLE, Alexis de. (1977) [1835-1840]. **A democracia na América**. Trad. Neli Ribeiro da Silva. 2ª ed., Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo, EDUSP (Ler e Pensar, v. 1).
- TOURAINÉ, Alain. **O que é democracia**. Tradução por Guilherme João de Freitas Teixeira: Petrópolis: Vozes, 1996. 286p. Tradução de Qu'est-ce que la démocratie?

6.1. DOCUMENTOS E OUTRAS FONTES

- Atas do Conselho Municipal de Saúde de Patos 1991-2003.
- Organização Político-Administrativa do Município de Patos (Prefeitura Municipal de Patos-PB)
- Resolução n.º33 de 23 de dezembro de 1992.
- Guia de referência Básica do SUS, ênfase para a gestão municipal e o controle social (Conceição Rezende).
- Cartilha do Conselheiro – Conselho Municipal de saúde de Patos – PB, 2000
- Lei n.º 2.107/94 – Conselho Municipal de Saúde de Patos- PB
- Ofício Circular n.º 11/02

7. ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Qual é o seu nome?
2. Qual a entidade, instituição ou grupo que você representa no conselho?
3. Como sua entidade tomou conhecimento da vaga no conselho?
4. Como você foi indicado para participar do conselho?
5. Há quanto tempo você participa do conselho?
6. Qual é o período de mandato dos conselheiros?
7. Existe um calendário de reuniões do conselho?
8. Com que antecedência os conselheiros têm conhecimento da pauta e das atas das reuniões?
9. Onde acontecem as reuniões?
10. Como é a frequência dos conselheiros nas reuniões do conselho?
11. Com que frequência acontecem reuniões extraordinárias do conselho?
12. As reuniões do conselho são divulgadas para a população?
13. A comunidade participa das reuniões? Se sim. Com que frequência?
14. O conselho possui secretaria executiva?
15. Há comissões permanentes e/ou provisórias no conselho? Se sim. Com quais finalidades?
16. O conselho costuma receber convites para participar de eventos? Quais?
17. Você tem conhecimento sobre o Fundo Municipal de Saúde?
18. A secretaria de saúde disponibiliza recursos para os conselheiros participarem dos eventos?
19. O conselho costuma promover debates, plenárias, reuniões com a comunidade?

- conselho costuma receber denúncias da população?
20. Os documentos como normas operacionais, deliberações do conselho, processos, resoluções, e outros documentos são acessíveis aos conselheiros?
 21. Os conselheiros tem acesso aos documentos do conselho?
 22. Já foi realidade alguma conferência municipal de saúde? Se sim. Como foi a participação do conselho?
 23. Na sua compreensão, qual a importância das conferências municipais de saúde?
 24. O município dispõe de planos municipais de saúde? Se sim. O conselho elaborou alguma proposta que foi incorporada pelo plano?
 25. As propostas aprovadas pelo conselho são incorporadas ao plano municipal de saúde?
 26. O conselho faz avaliação de suas atividades?
 27. Como é a relação do conselho com outros conselhos a exemplo do conselho estadual de saúde?
 28. Antes de ser conselheiro de saúde você já sabia alguma coisa sobre esse assunto? Conhecia outro conselho?
 29. Qual a sua opinião sobre o conselho municipal de saúde?
 30. Em sua opinião, qual a importância e o papel do conselho de saúde para as políticas públicas de saúde?
 31. Você já participou de algum curso de capacitação para conselheiros?
 32. Sua entidade se reúne periodicamente? Se sim. Você costuma participar das reuniões?
 33. A sua entidade se interessa pelas questões discutidas pelo conselho? De que forma?
 34. Você costuma informar a sua entidade as discussões ocorridas no conselho?
 35. Você costuma discutir com a sua entidade as matérias antes das reuniões do conselho?
 36. Como você vê a relação do conselho com o poder público municipal?

37. Na sua opinião como o prefeito e os vereadores vêem o conselho municipal de saúde Patos?
38. O que você entende sobre controle social?
39. Perfil dos conselheiros (Idade, gênero, escolaridade, renda, profissão)