



**Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Humanidades
Unidade Acadêmica de Ciências Sociais
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais**

**O “Controle” Social no Conselho
Municipal de Saúde de Esperança-PB**

Adriano Homero Vital Pereira

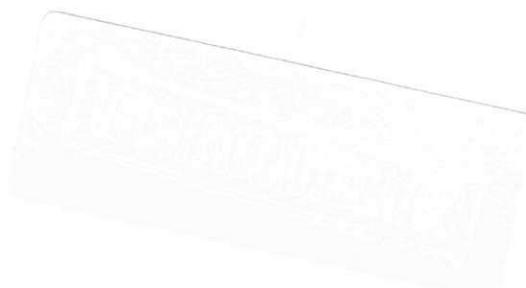
**Campina Grande-PB
2008**

Adriano Homero Vital Pereira

**O “Controle” Social no Conselho
Municipal de Saúde de Esperança-PB**

**Campina Grande-PB
2008**

Adriano Homero Vital Pereira



**O “Controle” Social no Conselho
Municipal de Saúde de Esperança-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciências Sociais da Universidade
Federal de Campina Grande para obtenção do
título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Dr. Marcio de Matos Caniello

**Campina Grande-PB
2008**



P436c Pereira, Adriano Homero Vital
O "controle" social no Conselho Municipal de Saude de Esperanca-PB / Adriano Homero Vital Pereira. - Campina Grande, 2008.
141 f. : il.

Dissertacao (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.

1. Sociologia 2. Controle Social 3. Conselhos Gestores
4. Dissertacao I. Caniello, Marcio de Matos, Dr. II. Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande (PB) III. Titulo

CDU 316.35(043)

Adriano Homero Vital Pereira

**O “Controle” Social no Conselho Municipal de
Saúde de Esperança-PB**

Dissertação Aprovada em: 14/05/2008

Banca Examinadora:

**Professor Dr. Márcio de Matos Caniello
(Orientador)**

**Professor Dr. José Justino Filho
(Examinador)**

**Professor Dr. Roberto Vêras de Oliveira
(Examinador)**

**Campina Grande-PB
2008**

RESUMO

Esta dissertação analisa o desempenho institucional do Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança, Estado da Paraíba. A análise foi construída a partir de uma grade de indicadores privilegiando, no processo da análise, os seguintes aspectos e dimensões: **1) as condições conjunturais e históricas adversas ao processo de Controle Social**, expressas na ausência de vontade política do governo local, na ausência de uma tradição organizativo-associativa vigorosa na sociedade civil local (comunidade cívica) e na existência de práticas políticas de cunho tradicional (apadrinhamento, clientelismo, paternalismo, mandonismo, etc.) nas relações políticas locais; **2) os fatores do baixo desempenho institucional (Putnan, 1996)**, expressos em indicadores como o grau de desconhecimento geral acerca dos poderes e competências da sociedade civil no exercício do controle social sobre as políticas públicas, o grau de dificuldade da mobilização dos cidadãos, os problemas de representatividade e legitimidade dos conselheiros, as questões de paridade entre os componentes do conselho, as questões de ingerência política, partidária, administrativa e do poder local no conselho; etc.; **3) o perfil institucional do Conselho**, expresso no histórico, na legislação (enumeração de documentos) na estrutura formal (composição), nas resoluções e deliberações (atas, regimentos, portarias, relatórios, planos de gestão, etc.) do conselho e **4) o perfil sociológico dos conselheiros**, expresso nos indicadores de idade, sexo, escolaridade, setor de atuação (gestor, usuário, trabalhador da saúde ou prestador de serviços), nos vínculos institucionais (pertencimento a partido político, associação, sindicato, etc.), na posição dos conselheiros na arena política local (vereador, secretário, líder sindical, etc.).

ABSTRACT

The dissertation analyzes the institutional performance of the Municipal Health Council of the City of Esperança, State of Paraíba. The analysis was constructed from a grid of indicators privileging, on the analysis process, and the following dimensions: **1) historical and cyclical conditions adverse to the process of social control**, expressed in the absence of political will of local government in the absence a tradition of vigorous associative organization in the local (community civic) and the existence of political practices of traditional features (patronage, clientelism, paternalism, bossy, etc..) local political relations; **2) poor performance of the institutional factors (Putnan, 1996)**, expressed in indicators such as the degree of general ignorance about the powers and responsibilities of civil society n the exercise of social control over public policies, the degree of difficulty of mobilizing citizens, problems of representativeness and legitimacy of the directors, the questions of parity between the components of the board, the questions of political interference, partisan, administrative and local government in the council, etc.; **3) the institutional profile of the Council** expressed in the historic legislation (list of documents) in the structure formal (composition), the resolutions and decisions (acts, regulations, ordinances, reports, management plans, etc..) board and **4) the sociological profile of the counselors** expressed an indicator of age, gender, education, activity sector of (manager, user, health worker or service provider), the institutional linkages (belonging to a political party, association, union, etc.), the position of the counselors in the local political arena (city councilman, secretary, union leader, etc.).

SUMÁRIO

RESUMO.....	
1. INTRODUÇÃO.....	08
2. DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.....	16
2.1 A Democracia Representativa e o Elitismo Democrático.....	16
2.2 A Democracia Participativa: uma alternativa à concepção (hegemônica) de Democracia Liberal-Representativa.....	24
2.3 Comunidade Cívica e Desempenho Institucional.....	29
3. A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	33
3.1 O Período Previdencialista-Assistencialista.....	33
3.2 O Período Privatista.....	34
3.3 O Período Universalista.....	36
4. A EVOLUÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO BRASIL.....	44
5. A METODOLOGIA DA PESQUISA.....	53
6. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ESPERANÇA.....	62
7. Considerações Finais.....	106
8. ANEXOS.....	113
9. BIBLIOGRAFIA.....	132

1. INTRODUÇÃO

A emergência e conseqüente ampliação dos atuais mecanismos de participação da sociedade civil na definição, implementação e gestão das políticas públicas no Brasil, preconizados pela Constituição Federal de 1988 representa, sem sombra de dúvidas, um dos pontos mais marcantes e significativos da chamada Constituição Cidadã. Não obstante essa inovação institucional – inovação que, no nosso entendimento, fomenta e resulta num processo de redefinição das relações entre Estado e Sociedade – imprimida pela Carta Constitucional, o fato é que tal acontecimento se circunscreve, conforme concordam entre si os mais diversos autores (Doimo, 1995; Gohn, 2001, e Santos & Avritzer, 2002, entre outros), num amplo processo histórico que vai desde a emergência de novos atores sociais na década de 1970 (Cf. Bava, 1994: 4) ao processo de redemocratização do país iniciado nos anos 80 e formalmente consolidado nos anos 90. Nessa perspectiva de entendimento podemos, então, dizer, de acordo com Daniel (1994); Teixeira (2000) e Correia (2000) que a questão da participação da sociedade civil na gestão da coisa pública no Brasil tem sua matriz histórica em experiências vivenciadas no âmbito da gestão municipal como as experiências levadas a cabo nos municípios de Lages-SC, Campinas, Osasco e Piracicaba, em São Paulo, Boa Esperança e Porto Alegre do Norte, no Mato Grosso. De acordo com Teixeira (2000) todas elas representam experiências inovadoras que, vivenciadas no seio dos movimentos sociais, acabaram por inspirar os novos e atuais mecanismos de participação da sociedade civil na gestão dos bens e recursos públicos.

Ora, o processo de institucionalização dos mecanismos formais de participação, mediante o pressuposto do Controle Social (Cf. Brasil, 2000), remete-nos a clássica distinção engendrada na teoria democrática pela Ciência Política, entre democracia representativa e democracia direta, aqui entendida esta última sob o princípio da democracia participativa,

fazendo reacender, desta forma e a partir das múltiplas experiências atualmente em vigor em diversos países como Brasil, Portugal, África, Índia, ente outros, o debate, clássico, sobre a eficácia da democracia representativa (Santos, 2002). Isto em face de que, no seio dos países onde a democracia representativa tornou-se paradigma hegemônico em termos de teoria e instituição democrática, verifica-se um histórico processo de exclusão social cada vez mais aprofundado de grandes parcelas da população mundial. Nesse sentido, de acordo com Santos (2002), a emergência, ou melhor, a re-inserção da democracia participativa ou dos “*arranjos participativos*” (Santos, 2002) no interior do debate sobre a democracia reside no fato de a democracia representativa (hegemônica) não ter conseguido, no contexto do capitalismo ocidental, produzir os efeitos e resultados os quais haviam preconizado os seus próprios formuladores e apologistas. Para Santos, diferentemente daquilo que haviam preconizado os mais ferrenhos defensores da democracia representativa (liberal e hegemônica), o que se verifica, no marco do processo capitalista de globalização, é o aprofundamento cada vez mais crescente da exclusão e marginalização social de significativas parcelas da população mundial. Portanto, segundo Santos (2002) teria sido então a partir desse processo de ineficácia da democracia representativa e das experiências bem sucedidas de inclusão de novos atores e de novas agendas políticas em experiências fundadas nos princípios de uma democracia participativa que teria se reavivado o debate sobre o alargamento do princípio democrático mediante a articulação entre a própria democracia liberal-representativa e os arranjos e procedimentos participativos.

Contrariamente à democracia liberal-representativa que limita o processo democrático a um conjunto de regras e procedimentos (limitados) onde se busca estabelecer que estar ou não autorizado a tomar decisões (Cf. Bobbio, 2000), a teoria da democracia participativa fundamenta-se no princípio da participação direta dos cidadãos nas arenas deliberativas (Cf. Pateman, 1992; Bobbio, 2000; Santos, 2002), o que, de acordo com os seus mais eminentes

teóricos, entre eles Pateman, Macpherson e Poulantzas, favorece a otimização do desempenho institucional (Putnam, 1996) das instituições públicas, tendo como consequência a eficiência e eficácia das políticas e ações desenvolvidas por essas mesmas instituições, bem como a própria melhoria da qualidade de vida de suas populações. Nesse sentido, os mais diversos estudos empíricos (Cf. Paxton, 2002; Santos, 2002; Avritzer, 2002; Heller & Isaac, 2002; Gohn, 2001; Putnam, 1996) até então empreendidos têm demonstrado tal eficácia. Contudo e paradoxalmente, esses mesmos estudos têm também demonstrado um conjunto de condicionantes históricos e conjunturais que acabariam por desenvolver entraves e limites ao desenvolvimento eficaz da própria democracia participativa ou dos arranjos participativos. Tais condicionantes configuram-se, por exemplo, na falta de vontade política dos governos, na ausência de uma tradição organizativo-associativa vigorosa na sociedade civil, aqui entendida sob o conceito de comunidade cívica (Putnam, 1996) e na existência, sobretudo no âmbito local, de práticas políticas de caráter tradicional tais como o clientelismo, o paternalismo e o “apadrinhamento” político, todas aqui entendidas como práticas constituintes da formação da cultura política brasileira.

Ora, diante do exposto, fica-nos evidente a necessidade de pesquisas e aprofundamentos sistemáticos no que se refere ao chamado “controle social” da gestão das políticas públicas no Brasil, na medida em que a Constituição Federal sinaliza para um significativo avanço institucional que, se levado a cabo até as suas últimas consequências, poderá vir a contribuir significativamente para a transformação da então realidade brasileira e, sobretudo, para a formação de uma nova institucionalidade democrática (Teixeira, 2001). Não obstante essa possibilidade aqui ventilada há que se considerar, contudo, o fato de que as dificuldades e os limites próprios da formação da nossa cultura política (patrimonialismo, clientelismo, mandonismo local, autoritarismo, etc.), sobretudo no âmbito do poder local, poderão produzir inviabilidades na perspectiva de frustrar a real chance de superação dos

nossos mais graves problemas sociais, transformando, dessa forma, os atuais mecanismos institucionais de participação popular numa mera estratégia política (liberal) na perspectiva de atenuar as pressões da sociedade civil, transformando, assim, esses mesmos mecanismos, ao invés de arranjos democráticos verdadeiramente participativos, em simples espaços políticos compensatórios.

No sentido da preocupação acima mencionada, evidencia-se a importância cabal de se se debruçar de forma criteriosa e sistemática sobre como o controle social das políticas, bens e recursos públicos vem sendo exercido no Brasil, na perspectiva de se identificar, por um lado, os seus limites e dificuldades e, por outro, poder se inferir sobre suas reais possibilidades.

Como se sabe, a institucionalização de canais formais de participação da sociedade civil na gestão da coisa pública no Brasil pressupõe a formação dos chamados conselhos gestores de políticas públicas (Cf. Carvalho & Teixeira, 2000; Gohn, 2001) nos mais variados campos da vida social brasileira tais como educação, saúde, assistência social, cultura, meio ambiente, etc. Ora, de acordo com o que pressupõe a Constituição Federal, esses campos representam espaços no interior dos quais o poder público instituído (governos federal, estadual e municipal) e a sociedade civil, aqui entendida enquanto uma rede de relações autônomas com interesses comuns que deve exercer o controle social sobre o Estado, utilizando-se para tal de meios não só institucionais, como também não convencionais (Teixeira, 2001), podem deliberar democraticamente no que diz respeito às políticas setoriais nas quais estejam, direto ou indiretamente, inseridos. De acordo com a estrutura organizativa da burocracia estatal brasileira, os conselhos gestores estão estruturados de forma hierárquica nos âmbitos federal, estadual e municipal, contudo, de acordo com Bourdin (2001), é, sobretudo, no âmbito local que subjazem as principais dificuldades, bem como as maiores potencialidades daquilo a que se convencionou denominar de boa governança (Gohn, 2001),

aqui entendida como o resultado positivo do estabelecimento da interação entre sociedade política e sociedade civil.

Ora, das considerações até aqui pronunciadas, depreende-se que os limites do presente trabalho deverão se circunscrever no âmbito dos conselhos gestores e mais especificamente no âmbito dos conselhos gestores de saúde, isso em função de, conforme Fleury (1997), ter sido a saúde a área da política social em que o modelo de gestão descentralizador foi mais amplo e radicalmente aplicado. Nesse sentido, o presente trabalho de Dissertação concentrar-se-á no **Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança**, privilegiando, no processo da análise, os seguintes aspectos e dimensões **1) as condições conjunturais e históricos adversos ao processo do Controle Social**, expressas na ausência vontade política do governo local, na ausência de uma tradição organizativo-associativa vigorosa na sociedade civil local (comunidade cívica) e na existência de práticas políticas de cunho tradicional (apadrinhamento, clientelismo, paternalismo, etc.) nas relações políticas locais; **2) os fatores do baixo desempenho institucional (Putnan, 1996)**, expressos em indicadores como o grau de desconhecimento geral acerca dos poderes e competências da sociedade civil no exercício do controle social sobre as políticas públicas, o grau de dificuldade na mobilização dos cidadãos, os problemas de representatividade e legitimidade dos conselheiros, as questões de paridade entre os componentes do conselho, as questões de ingerência política, partidária, administrativa e do poder local no conselho; etc; **4) o perfil institucional do Conselho**, expresso no histórico, na legislação (enumeração de documentos) na estrutura formal (composição), nas resoluções e deliberações (atas, regimentos, portarias, relatórios, planos de gestão, etc.) do conselho; **5) o perfil sociológico dos conselheiros**, expresso nos indicadores de idade, sexo, escolaridade, setor de atuação (gestor, usuário, trabalhador da saúde ou prestador de serviços), nos vínculos institucionais (pertencimento a partido político,

associação, sindicato, etc.), na posição dos conselheiros na arena política local (vereador, secretário, líder sindical, etc.).

Ora, considerando-se os elementos e indicadores anteriormente expostos, observar-se que o nosso objetivo no presente trabalho é o de realizar uma reflexão e análise acurada do Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB, isto em função de ser o referido conselho o mais consolidado entre os demais conselhos existentes no município, considerando-se, ademais, que os atuais conselhos municipais de saúde se apresentam como os mais consolidados entre os demais conselhos gestores de políticas públicas, isto porque, conforme Bravo (1996), Rodrigues (1998) e Santos (2000), a origem desses mesmos conselhos resulta de um processo histórico no qual se instituiu o Conselho Nacional de Saúde, sendo a sua atual composição fruto das lutas históricas nas quais se inscrevem o Movimento Sanitarista da década de 1970 e o próprio processo de redemocratização do país empreendido nas décadas de 1980 e 1990, a partir do qual se originaram as propostas de alargamento dos espaços públicos de negociação democrática que foram significativamente incorporadas à Carta Constitucional de 1988, bem como a própria lei que regulamenta e institui as diretrizes básicas das políticas públicas em saúde – Lei Orgânica da Saúde – na qual estão inscritos os princípios da descentralização, universalização e democratização, entendido este último como a ampliação dos canais e mecanismos de participação da sociedade civil na gestão pública da saúde.

A lei na qual se dispõe sobre a participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde é a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Passados, portanto, dezessete anos de sua promulgação, a verdade é que, conforme Teixeira (2000), Cruz (2000) e Correia (2000) o funcionamento dos atuais conselhos de saúde ainda anda muito aquém do que deles se esperava, isto, em consequência da ausência de um conhecimento sólido acerca dos poderes e competências da sociedade civil sobre o denominado controle social, das

dificuldades de mobilização da sociedade, dos problemas de legitimação e representatividade dos conselheiros, de questões de desequilíbrio de paridade na composição dos conselhos, de problemas de ingerência político-partidária e administrativa nos conselhos e tantos outros indicadores que ao longo deste trabalho serão discutidos e analisados.

Ora, não obstante o fato de as dificuldades acima elencadas se reportarem a um contexto geral, a verdade é que, de acordo com Caniello (2002), no contexto específico do Estado da Paraíba, a situação dos conselhos parece estar em legítima consonância com a situação geral anteriormente descrita. Segundo Caniello, mesmo havendo conselhos de saúde nos 123 municípios paraibanos, apenas 80 deles, ou seja, apenas 35% do total responderam ao ofício encaminhado pelo Conselho Estadual de Saúde solicitando informações elementares sobre suas respectivas composições e funcionamento, o que pressupõe haver um problema geral de consolidação institucional da estrutura de gestão participativa do SUS no Estado. Ainda segundo Caniello, em outro levantamento realizado pelo mesmo Conselho Estadual de Saúde, constatou-se que 84% dos conselhos municipais de saúde no Estado da Paraíba ainda não estão compostos segundo os princípios e critérios de paridade estabelecidos pela Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde, o que aponta para problemas concretos de legitimidade e representatividade dos conselhos, o que, segundo a ótica dos mais diversos estudiosos do assunto (Gohn, 2001; Teixeira, 2000; Santos, 2000; Bonfim, 2000), se constituem como sendo os mais graves e recorrentes problemas no que se refere ao desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas.

Ora, levando-se em consideração tais indicadores, bem como as discussões teóricas que se têm empreendido na análise dos atuais conselhos gestores de políticas públicas, fica evidente a necessidade de se aprofundar a pesquisa sobre os conselhos municipais de saúde no Estado da Paraíba. Nesse sentido, a nossa pesquisa sobre o Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB poderá lançar luz à compreensão de outros conselhos de saúde do

Estado, sobretudo aqueles de pequeno e médio porte, uma vez que acreditamos, ser a realidade histórico-social desses municípios bastante similar, sobretudo no tocante à sua configuração política e no que se refere à situação dos próprios conselhos como têm demonstrado os documentos referidos por Caniello.

Assim, partindo do pressuposto de que o Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança apresenta um baixo índice de desempenho institucional, aqui entendido esse mesmo desempenho como sendo a eficácia e a sensibilidade que têm as instituições de responder às demandas da população (Putnan, 1996), buscaremos aplicar um conjunto de indicadores (que serão exaustivamente apresentados mais à frente), estabelecendo correlações entre eles na perspectiva de evidenciar as possíveis relações de causalidade que nos permitam explicar a qualidade e o nível de controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Esperança-PB, bem como a sua a dinâmica de funcionamento.

2. DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: A DEMOCRACIA NO SÉCULO XX.

Considerando o tema proposto pelo nosso trabalho faz-se necessário uma discussão em torno das referências e paradigmas teóricos que norteiam o debate contemporâneo no âmbito da teoria democrática: o paradigma da democracia representativa, expresso mais caracteristicamente na perspectiva no elitismo democrático, de Shumpeter, Dahl, entre outros; e o paradigma da democracia direta, expresso nos fundamentos de uma democracia participativa que encontra em Pateman, Machpherson e Poulantzas os seus principais expoentes. Os pontos a partir dos quais se desenvolvem as discussões em torno desses diferentes paradigmas dizem respeito, de um lado, à questão da garantia do princípio da governabilidade, e do outro, à consolidação do princípio democrático a partir de arranjos democráticos participativos, concentrando-se, portanto, as reflexões, na perspectiva de otimização dos processos, meios e mecanismos de operacionalização da gestão participativa.

2.1. A DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E O ELITISMO DEMOCRÁTICO

A perspectiva teórica do denominado elitismo democrático encontra em Robert Dahl e Joseph Shumpeter os seus expoentes mais expressivos no século XX. O modelo teórico denominado de democracia de equilíbrio foi formulado por Schumpeter em seu livro "*Capitalismo, Socialismo e Democracia*", de 1942. Nele, Schumpeter propõe elementos para a análise de um regime político democrático. A perspectiva teórico-metodológica shumpeteriana propõe que a análise seja iniciada a partir de um processo rigoroso e criterioso de observação e descrição do complexo de acontecimentos numa determinada realidade concreta. A perspectiva empírico-descritiva de Schumpeter propõe um conceito de

democracia em que o princípio do “governo do povo”, que permeou o ideário clássico de democracia, é simplesmente negligenciado, reduzindo, desta forma, o princípio democrático a um mero método ou procedimento de escolha, diga-se competição, de lideranças, as quais estariam habilitadas a conduzir, nas sociedades modernas, os intrincados e complexos assuntos públicos.

Segundo Schumpeter, a realização da vontade geral, o bem comum, era, na teoria clássica, a questão crucial ou o critério fundamental para a definição de um regime como democrático. Para ele, tal critério teria fomentado a perspectiva de pertencer ao povo o poder de decidir sobre os assuntos políticos mais relevantes. Opondo-se radicalmente a essa perspectiva, Schumpeter inverte esse pressuposto em função de que acredita ser um modelo teórico irrealizável, uma vez que possui como critério fundamental componentes e elementos abstratos, inexistentes, expressos em termos de “vontade geral” ou “bem comum”. Nesse sentido, enquanto na teoria clássica o processo de escolha dos representantes, que deveriam tomar as decisões, possuía um caráter secundário, na formulação de Schumpeter, passa, ao contrário, a ocupar uma posição central na qualificação e definição daquele regime que é ou não democrático. Nessa perspectiva, o povo soberano teorizado pelos clássicos, tem como função principal *“formar um governo, ou corpo intermediário, que, por seu turno, formará o executivo nacional, ou governo...”* (Cf. Schumpeter, 1984: 327).

Na perspectiva proposta por Schumpeter, portanto, o instituto democrático é definido meramente como um conjunto de instituições que regula uma competição entre indivíduos pelos postos desse conjunto intermediário, a quem cabe efetivamente tomar as decisões políticas. Nesse sentido, em Schumpeter, o critério mais elementar para definir se este ou aquele país é ou não um “regime democrático” será a existência ou não de determinados métodos ou procedimentos, mediante os quais os indivíduos se lançariam à busca de votos, em uma competição regulamentada por regras previamente definidas e aceitas por todos.

Quando critica o pressuposto clássico do “bem comum”, Schumpeter argumenta que não existem critérios e meios seguros e objetivos para se definir o que seja um bem comum unicamente determinado. Para ele, em se tratando de distintos e diferentes indivíduos ou grupos, a noção vaga e imprecisa de bem comum está fadada a significar coisas múltiplas e diferentes. Bobbio compartilha desse ponto de vista, uma vez que em suas análises sobre o futuro da democracia, nos dá a entender que absolutamente ninguém estaria em condições de dar uma definição precisa daquilo que seria o interesse comum ou coletivo, sem, no entanto, confundir os interesses próprios de grupos ou particulares com o suposto interesse geral. Schumpeter critica, ainda, aquilo que representa um dos alicerces fundamentais da concepção clássica da democracia, a saber, a soberania popular. Nesse sentido, critica a concepção de governo do povo. Segundo Schumpeter, esse princípio de “governo do povo” representa nada mais do que uma mera abstração, uma idealização utópica. Para ele, o que na verdade existe é um governo aprovado pelo povo, uma vez que “*o povo como tal nunca pode realmente governar ou dirigir*” (Cf. Schumpeter, 1984: 308-309). A democracia concebida por Schumpeter caracteriza-se mais fundamentalmente pelo instituto da concorrência organizada pelo voto do que pela soberania popular ou o sufrágio universal, como propõe a concepção clássica.

Em Schumpeter, há cinco proposições a partir das quais pode-se formular o conceito, 1) a democracia é um método político, ou seja, um tipo determinado de arranjo institucional através do qual se pode alcançar determinadas decisões políticas, sejam legislativas ou administrativas. Nesse sentido, a democracia não deve ser considerada um fim em si mesma, independentemente das decisões que venha a produzir sob determinadas condições históricas (Cf. Schumpeter, 1984: 304); 2) o instituto da democracia representa um acordo institucional na perspectiva de se chegar a decisões políticas e através do qual os indivíduos adquirem o poder de decisão mediante uma luta competitiva pelos votos da população (Cf. Schumpeter,

1984: 336); 3) a democracia se configura em um método determinado a partir do qual se chega a determinadas decisões (Cf. Schumpeter, 1984: 305); 4) a democracia se caracteriza pela “livre” competição pelo voto “livre” (Cf. Schumpeter, 1984: 338); 5) a democracia caracteriza-se por um governo aprovado pelo povo (Cf. Schumpeter, 1984: 308).

Ora, na perspectiva teórica de Schumpeter a atribuição do povo é, então, constituir um governo mediante a instituição do mero sistema eleitoral, uma vez que as questões relacionadas à dinâmica do funcionamento e os resultados do método democrático não devem se fundamentar na abstração da “vontade geral”, isto porque para o próprio Schumpeter, o método do sistema eleitoral é inequivocamente o único meio eficaz disponível a quaisquer das comunidades, independentemente de sua composição demográfica, que lhes permite decidir, através da competição de votos, quem exercerá a liderança.

De um modo geral podemos sintetizar a teoria schumpeteriana da democracia partir dos seguintes pressupostos: 1) não existe o chamado bem comum, isso pelo simples fato de que, para indivíduos, grupos e classes diferentes o bem comum significa coisas diferentes; 2) o chamado “governo pelo povo” é uma ficção, o que existe, na realidade, ou pode existir, é o governo do povo; 3) o governo é exercido por elites políticas; 4) essas elites competem no mercado político pela preferência dos eleitores; 5) a concorrência no mercado político, tal como no mercado econômico, é imperfeita, isto é, oligopólica; 6) os partidos políticos e eleitores atuam no mercado político de maneira semelhante a atuação das empresas e consumidores no mercado econômico; 7) o voto é a moeda através da qual o eleitor compra os bens políticos oferecidos pelos partidos; 8) a soberania popular, embora não seja nula, é reduzida, visto que são as elites políticas que propõem os candidatos e suas alternativas a serem escolhidas pelo eleitor; 9) o objetivo primordial dos partidos políticos é conquistar e manter o poder e a suposta realização do bem comum é um meio para atingir este objetivo;

10) a necessidade de maximizar votos impede que os partidos e os políticos sirvam exclusivamente aos seus interesses de grupos ou de classe. (Cf. Schumpeter, 1984).

Na concepção schumpeteriana, a democracia representa, pois, tão somente um método, um procedimento, para usar os termos de Bobbio, que se utiliza fundamentalmente para tomar decisões. Ora, essa concepção da democracia enquanto um método, um procedimento é, também, compartilhada por Bobbio.

Em Bobbio (1986), por exemplo, as denominadas “regras do jogo”, que nele representam o fundamento último da legitimidade de todo o sistema democrático, são postas da seguinte maneira: 1) todos os cidadãos que tenham atingido a maioria, sem distinção de raça, religião, condições econômicas, sexo, devem gozar dos direitos políticos; 2) o voto de todos os cidadãos deve ter peso idêntico; 3) todos os cidadãos que gozam dos direitos políticos devem ser livres para votar segundo a própria opinião, formada o mais livremente possível, isto é, em uma livre concorrência entre grupos políticos organizados, que competem entre si para reunir reivindicações e transformá-las em deliberações coletivas; 4) devem ser livres ainda no sentido de terem idéias alternativas, isto é, de escolher entre soluções diversas; 5) tanto para as deliberações coletivas como para as eleições dos representantes deve valer o princípio da maioria numérica; 6) nenhuma decisão tomada pela maioria deve limitar os direitos da maioria (Cf. Bobbio, 1986: 56).

De uma forma geral, a concepção schumpeteriana de democracia gozou de grande repercussão na teoria política, influenciando diversos autores que, de uma forma ou de outra, lhe deram continuidade ou simplesmente readaptaram-na. Nesse sentido, as tendências e perspectivas mais significativas da teoria democrática, depois de Schumpeter, se fizeram no sentido de reduzir ou mesmo rejeitar alguns dos elementos centrais da concepção clássica de democracia, dando por encerrado, nesse sentido, o debate sobre as possibilidades alternativas ao instituto democrático, hegemonizando, desta forma, a concepção liberal da democracia

representativa. Não obstante essa rejeição a perspectivas alternativas de democracia seja fundamentada em observações empíricas e históricas, o fato é que acabou como que havendo, usando os termos de Habermas, uma espécie de colonização do pensamento e da teoria democrática, numa palavra, uma subordinação do debate teórico à lógica (hegemônica) da democracia enquanto regras e procedimentos.

Entre os diversos autores que foram influenciados pelas proposições de Shumpeter, podemos destacar Robert Dahl. É inegável a contribuição deste autor para a continuidade do pensamento democrático shumpeteriano. Dahl inclui em suas análises do fenômeno democrático o complexo das relações nas quais estão envolvidos as elites e os mais diversos grupos de interesse tais como as associações comunitárias, os sindicatos e os grupos religiosos. Nesse sentido, busca dar ênfase às formas de como os líderes são eleitos, procurando apreender, mediante a análise das relações a partir daí geradas, o marco referencial para estabelecer a distinção entre os regimes democráticos e não democráticos. É, portanto, a partir dessa perspectiva que Dahl chama a atenção para o perigo da concentração excessiva de poder nas mãos de uma única elite. Nesse sentido, a preocupação teórica fundamental de Dahl é *“chegar a uma acomodação entre o poder das majorias e o das minorias, entre a igualdade política de todos os cidadãos adultos, por um lado, e o desejo de lhes limitar a soberania, por outro”* (Cf. Dahl, 1989: 13).

Ora, nessa perspectiva, a inserção e participação dos diversos grupos de interesses torna-se, então, um importante mecanismo na perspectiva de frustrar, barrar e impedir a tirania das elites, além, evidentemente, de proporcionar, em contrapartida, o controle contra a tirania dos próprios grupos de interesse.

Para Dahl (1989) a inserção e conseqüente participação dos indivíduos no processo político aumenta a medida em que a economia se desenvolve. Assim, em uma economia desenvolvida é possível erradicar o analfabetismo, promover a instrução universal, a

qualificação da mão-de-obra, bem como ampliar as oportunidades de educação superior, desenvolvendo, desta forma, os meios de comunicação, o que, induziria a uma proliferação de organizações que acabariam por promover um maior índice de participação dessas mesmas organizações no sistema político. A pressuposição proposta por Dahl de que o desenvolvimento e crescimento das economias capitalistas induziriam a uma maior participação no processo político e contribuiria para o fortalecimento dos mecanismos institucionais de busca da negociação e do consenso encontra posições divergentes em um grupo de teóricos influenciados por Schumpeter. Para esses, ao contrário do que propõe Dahl, a modernização das economias provoca, na realidade, a necessidade de se reduzir o número de participantes do jogo político.

O modelo teórico proposto por Dahl para viabilizar a instituição democrática considera uma série de condições e pré-requisitos entre os quais podemos citar: 1) a vigência de garantias institucionais para que haja liberdade de associação, de expressão, de voto e de competição eleitoral para a elegibilidade de lideranças políticas para cargos públicos; eleições livres e imparciais, diversidade de fontes de informação; dependência das políticas governamentais em relação ao voto e outras formas de manifestação das preferências dos indivíduos; 2) institucionalização dos mencionados direitos antes de sua extensão à maioria da população; 3) distribuição equilibrada, entre governo e opositores, dos meios de uso da violência e de sanções econômicas; 4) economia agrária com base em camponeses livres ou economia mercantil-industrial descentralizadas e alto nível de desenvolvimento econômico; 5) ausência de desigualdades extremas na distribuição da renda social; 6) crença dos atores políticos na legitimidade, estabilidade e eficácia das instituições democráticas.

A teoria poliárquica proposta por Dahl oferece-nos um modelo hipotético para o funcionamento da democracia, ao mesmo tempo em que propõe uma escala de classificação dos regimes políticos. Uma das características mais importantes da poliarquia de Dahl é o

pressuposto da responsabilidade do governo frente às preferências dos cidadãos, considerados politicamente como iguais. No entanto, esta responsabilidade depende da oportunidade dos cidadãos formularem suas preferências através de ações individuais ou coletivas frente aos demais cidadãos e ao próprio governo. Contudo, de acordo com o próprio Dahl, para que os cidadãos gozem efetivamente desta oportunidade são necessárias oito condições institucionais previamente estabelecidas: 1) liberdade de formar e aderir a organizações; 2) liberdade de expressão; 3) direito de voto; 4) elegibilidade para cargos públicos; 5) direito de líderes políticos disputarem apoios e votos; 6) fontes alternativas de informação; 7) eleições livres e idôneas; 8) instituições para fazer com que as políticas governamentais dependam de eleições e de outras manifestações de preferência (Cf. Dahl, 1997:27).

2.2. A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: UMA ALTERNATIVA À CONCEPÇÃO (HEGEMÔNICA) DA DEMOCRACIA LIBERAL-REPRESENTATIVA

A perspectiva teórica da democracia participativa tem sua origem na Europa durante os anos 60. A intensa mobilização dos movimentos populares e sindicais associados à crescente insatisfação com os resultados dos regimes políticos do Leste Europeu fomentaram as condições que acabaram por favorecer o seu surgimento. As diversas lutas em prol de uma maior participação na definição das políticas governamentais disseminaram suas propostas no interior dos movimentos sociais chegando, inclusive a ser incorporados por alguns governos nacionais da chamada “Nova Esquerda”. No entanto, comparada ao modelo hegemônico da democracia representativa nas suas distintas teorizações o modelo da democracia participativa caracteriza-se ainda como um modelo incipiente que não se encontra totalmente consolidado.

Diversos são os teóricos alinhados ao paradigma da democracia participativa, entre os quais podemos destacar Nicos Poulantzas, C. B. Macpherson e Carole Pateman. Evidentemente que além desses teóricos, outros como Norberto Bobbio e David Held, Boaventura de Sousa Santos, Leonardo Avritzer, entre outros, têm abordado temas fundamentalmente ligados aos pressupostos dessa concepção contra-hegemônica de democracia. Ora, em função da oposição e do descontentamento para com o paradigma democrático hegemônico, os teóricos da democracia participativa têm organizado as suas idéias em torno de uma concepção comum de que o instituto da democracia não se limita à mera seleção de líderes políticos, incorporando, desta forma, o pressuposto da participação dos cidadãos nas diferentes esferas das decisões coletivas que afetam suas vidas (Cf. Oliveira, 2003).

A perspectiva da democracia participativa está assentada sobre dois vértices não exclusivos entre si. De um lado, a democracia direta na base e, do outro, um sistema representativo nos demais níveis.

Em Nicos Poulantzas (1980), o pressuposto da democracia participativa está intimamente vinculado à articulação entre a transformação do Estado e o desenvolvimento da democracia direta na base, o que, evidentemente, pressupõe a necessidade de um suporte político imprescindível e decisivo com um movimento político sustentado em amplas e sólidas alianças populares. Poulantzas não acredita na possibilidade de que os mecanismos de democracia direta possam vir, de maneira isolada, a substituir o Estado. Para Poulantzas, uma situação dessa natureza produziria um vácuo de poder que tenderia a ser ocupado por mecanismos burocráticos. Para se coibir esse tipo de circunstância possível seria necessário multiplicar as instâncias de poder da sociedade civil envolvendo desta forma, na mesma intensidade e progressão, a democracia fabril e os movimentos sociais.

A perspectiva de Poulantzas é otimista quanto às potencialidades da democracia participativa. Nesse sentido, Poulantzas destaca a necessidade de se compreender as múltiplas formas de participação das classes sociais nos mecanismos e aparelhos do e no interior do Estado, evidenciando, desta forma, a necessidade política de se conhecer e apreender as características constitutivas do Estado capitalista e suas respectivas estruturas de manutenção do poder da classe burguesa e reprodução do capitalismo.

As proposições de Poulantzas quanto à perspectiva da democracia participativa são compartilhadas por C. B Macpherson na medida em que este reconhece a complexidade que deriva de um processo amplo de alargamento do instituto democrático, processo esse inscrito na transição de um mecanismo meramente eleitoral para um amplo mecanismo de participação em processos de tomada de decisões em que perpassem todas as questões públicas. Não obstante os pontos comuns entre Poulantzas e Macpherson, a verdade é que este

último se afasta daquele na medida em que defende uma transformação institucional fundamentada e assentada num mecanismo que combine partidos competitivos com organizações de democracia direta. De acordo com Macpherson (1978) a implantação de uma democracia participativa a partir das bases, tais como locais de trabalho e comunidades, cria possibilidades concretas de fortalecimento da democracia direta.

Macpherson parte do pressuposto de que a maior participação da sociedade civil nas decisões de governo fomenta a possibilidade de consolidação do processo democrático ao mesmo tempo em que desenvolve uma nova concepção no que diz respeito ao sistema de governo, isto, não em função de que as injustiças sociais tenderiam a ser suprimidas apenas e somente mediante o mecanismo de mais e maior participação nas decisões políticas, mas justamente pelo fato de que existe uma correlação entre a baixa participação e determinados níveis de injustiça, que inevitavelmente nos força a concluir que uma sociedade mais justa e mais humana exige um sistema de participação política mais intensa (Cf. Macpherson, 1978).

A esse sistema político fundado numa participação política mais intensa, Macpherson atribui o conceito de democracia participativa, um sistema político que, restabelecendo a relevância da sociedade civil, se constitui a partir de uma base com um conteúdo ético humanitário fundamentado no princípio da solidariedade e no alargamento maximizado da participação da comunidade na perspectiva de assegurar o mais amplamente possível a participação do cidadão, tanto na esfera política como na esfera econômica e social. De acordo com Macpherson a efetiva instituição desse modelo está, direto ou indiretamente, condicionada a, pelo menos, dois pré-requisitos fundamentais. O primeiro deles está relacionado ao desenvolvimento de uma cultura política geral que privilegie e fortaleça o senso de comunidade, nesse sentido, é necessário que se desenvolva uma cultura política a partir da qual os indivíduos passem a se perceber não meramente como consumidores, mas, sobretudo como atores históricos com capacidade de gerir e mediar de forma consensual os

seus múltiplos e distintos interesses. O segundo pré-requisito se refere à diminuição das diferenças sociais e econômicas, que permeiam as diversas sociedades contemporâneas, uma vez que, de acordo como Macpherson, a desigualdade social, econômica, política e cultural alimenta mais e mais o estabelecimento de um sistema político que restringe sensivelmente a participação dos cidadãos na manutenção de uma sociedade coesa.

O modelo de democracia participativa proposto por Macpherson guarda uma estreita vinculação ao ideário dos movimentos sociais, uma vez que a sua perspectiva teórica central preconiza o alargamento do instituto democrático a partir da ocupação do espaço político pela sociedade civil. A perspectiva teórica de Macpherson propõe uma espécie de simbiose entre os mecanismos já instituídos da democracia representativa com um formato piramidal da participação direta e indireta dos cidadãos mediante o instituto dos conselhos sem, contudo, excluir o sistema partidário, ou seja, nas palavras do próprio Macpherson *“um sistema piramidal com democracia direta na base e democracia por delegação em cada nível depois dessa base”* (Cf. Macpherson, 1978: 110).

Os estudos de Carole Pateman, fundamentados a partir das contribuições clássicas de Rousseau e Stuart Mill, perspectivam identificar as possibilidades da participação dos cidadãos na democracia moderna.

De acordo com Pateman o instituto da participação direta dos cidadãos nas arenas de decisões políticas fomenta nos indivíduos uma atitude de cooperação, integração e comprometimento para com as decisões bem como induz a um aumento do senso sobre a eficácia política contribuindo, desta forma, para a formação de cidadãos ativos com um maior interesse pelos assuntos governamentais. Paterman parte do pressuposto de que *“somente se o indivíduo tiver a oportunidade de participar de modo direto no processo de decisão e na escolha de representantes (...) é que, nas modernas circunstâncias, ele pode esperar ter*

controle sobre sua vida ou sobre o desenvolvimento do ambiente em que vive” (Cf. Pateman, 1992: 145-146).

Pateman dá uma atenção especialmente significativa à participação dos cidadãos em áreas como saúde, educação, família etc., uma vez que parte do entendimento de que a participação política em tais áreas acaba capacitando os indivíduos na perspectiva de melhor avaliar e apreender as relações políticas que envolvem as esferas públicas e privadas. Nesse sentido, o processo de participação proposto por Pateman se configura enquanto um processo político pedagógico, uma vez que está fundamentalmente voltado para a formação de cidadãos com interesses coletivos nos assuntos da política do País.

2.3. COMUNIDADE CÍVICA E DESEMPENHO INSTITUCIONAL

Os fatores de ordem histórica e socioculturais têm assumido uma relevância cada vez mais substancial na análise das democracias contemporâneas, sobretudo no que se refere à necessidade de uma participação mais ativa dos cidadãos nas decisões que afetam a sociedade como um todo. Nessa perspectiva, consideramos ser pertinente, no âmbito deste trabalho, discutir as categorias de *comunidade cívica e desempenho institucional* uma vez que estas poderão nos servir como um importante suporte teórico e conceitual contribuindo, desta forma, na análise pretendida por este trabalho sobre a questão da participação e do controle social, além do fato de que as categorias de comunidade cívica e desempenho institucional guardam uma relação direta com os objetivos da nossa investigação.

Inúmeros são os autores e os estudos que discutem as categorias de comunidade cívica e desempenho institucional, contudo, para os fins mais específicos deste trabalho, nos apropriaremos, em termos referenciais, das considerações propostas por Robert D. Putnam em seu livro "*Comunidade e democracia: a experiência da Itália*", uma vez que este se propõe a empreender uma avaliação das instituições tomando como referência fundamental a existência de uma correlação positiva entre desempenho institucional e comunidade cívica, indicadores a partir dos quais empreenderemos a nossa análise do processo de controle social de recursos públicos realizado pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança, Estado da Paraíba.

A categoria analítica de comunidade cívica proposta por Putnam (1996), contém em si três características que consideramos imprescindíveis para o processo de análise que empreendemos sobre nosso objeto de estudo. A primeira dessas características diz respeito à participação cívica, categoria definida a partir do pressuposto da busca persistente do bem público à custa de um interesse genuinamente individual e particular. A busca persistente do

bem público, nesse sentido, se dá de uma maneira esclarecida e sensível aos interesses dos outros, o que, evidentemente, só será possível num ambiente onde a cidadania se caracterize, sobretudo, pela participação cívica nos negócios públicos. A segunda característica faz uma referência à questão da igualdade política como parte integrante de uma conduta cívica, internalizada e assumida com normalidade pela sociedade. Ora, de acordo com a perspectiva proposta por Putnam, a igualdade política numa comunidade cívica se constitui a partir de um processo no qual a cidadania implique em direitos e deveres iguais para todos, pressuposto a partir do qual a comunidade manter-se-ia coesa através de um complexo de relações horizontais de reciprocidade e cooperação. A terceira característica se refere aos princípios da solidariedade, da confiança e da tolerância. De acordo com Putnam, os cidadãos de uma comunidade cívica vão muito mais além de uma relação na qual aparecem meramente como atuantes e comprometidos com espírito público, uma vez que, mesmo diante de circunstâncias de divergências e conflitos, os cidadãos em geral se caracterizam como respeitosos, prestativos, solidários e confiantes entre si, sendo, além disso, tolerantes para com seus oponentes. Nesse contexto, portanto, a confiança mútua se constitui em uma importante regra moral que permite superar com mais facilidade os problemas existentes na coletividade (Cf. Putnam, 1996: 103).

Outra categoria analítica que assume uma substancial relevância para o nosso processo de investigação sobre como tem se processado o controle social de recursos e políticas públicas no Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança e seu desempenho frente a esse processo diz respeito ao conceito de desempenho institucional. Nesse sentido, e de acordo com Putnam (1996), na literatura sociológica se sobressaem três distintas correntes teórico-metodológicas que buscam explicar esse tipo de desempenho.

A primeira dessas correntes concentra suas análises no projeto institucional. Segundo Putnam, essa corrente explicativa é proveniente dos estudos jurídicos formais, influenciados

fundamentalmente pelo constitucionalismo do século XIX. De acordo com esse modelo explicativo, o bom desempenho institucional dos governos e das instituições depende, quase que exclusivamente, de uma boa organização de suas partes formais.

A Segunda corrente da literatura sociológica que procura explicar os fatores de um determinado nível de desempenho institucional das instituições democráticas privilegia as condições sócio-econômicas. Nesse sentido, os analistas associados a esse modelo explicativo partem do pressuposto de que o bom desempenho das instituições depende do nível de desenvolvimento econômico e bem estar social. Nesse sentido, a consolidação do processo democrático e a eficácia das suas respectivas instituições estariam intimamente vinculados a noção de modernidade sócio-econômica.

Uma terceira perspectiva de explicação na análise dos fatores de desempenho institucional é aquela que põe em relevo nos seus pressupostos explicativos os fatores de ordem sócio-culturais. De acordo com esta perspectiva, as instituições e governos configuram-se de acordo com a disposição dos seus cidadãos, o que pressupõe haver uma conexão de causalidade entre os costumes de uma sociedade e suas práticas e instituições políticas.

Não obstante esses distintos parâmetros explicativos na formulação do seu conceito de desempenho institucional, Putnam parte do pressuposto de "*as instituições são mecanismos para alcançar propósitos, não apenas para alcançar acordos*" (Cf. Putnan, 1996:24). Nesse sentido, o conceito de desempenho institucional proposto por Putnan fundamenta-se, segundo o próprio autor, "*num modelo bem simples de governança*", inscrita sob a equação: demandas sociais → interação política → governo → opção de política → implementação." (Cf. Putnam, 1996: 24). Nesse sentido, de acordo com Putnan, para que uma determinada instituição democrática tenha efetivamente um bom desempenho institucional ela "*tem que*

ser ao mesmo tempo sensível e eficaz às demandas de seu eleitorado e eficaz na utilização de recursos limitados para atender a essas demandas” (Cf. Putnan, 1996:25)

3. A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Na perspectiva de apreender o nível de controle social e o grau de desempenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Esperança, faremos, antes, uma rápida passagem pela trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil. Nesse sentido, tomaremos como ponto de partida o período no qual o Estado assume uma posição de intervenção direta na questão da saúde, o que se dá efetivamente a partir dos anos 30. tal período é comumente conhecido como a *fase previdencialista-assistencialista*. Em seguida, apresentaremos a chamada *fase privatista*, período no qual as políticas de saúde estiveram fundamentalmente associadas à lógica do mercado, e, por fim, abordaremos a chamada *fase universalista* que emerge a partir da Constituição de 1988 (Cf. Bravo 2000) e que está intimamente vinculada ao paradigma da participação da sociedade civil na gestão pública da saúde.

3.1. O PERÍODO PREVIDENCIALISTA-ASSISTENCIALISTA

A década de 30 marca um período de importantes transformações na sociedade brasileira. Parte significativa dessas transformações está intimamente vinculada ao processo de industrialização e expressam uma redefinição do papel e das funções do Estado abrindo possibilidades para o estabelecimento de políticas sociais como resposta às reivindicações dos movimentos sociais oriundos da década de 20. No âmbito das questões sociais destacava-se a problemática da saúde, que necessitava ser transformada politicamente, pois, naquela conjuntura, “*os assalariados urbanos se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional em decorrência da nova dinâmica da acumulação*” (Cf. Bravo 2000:02).

De fato, a presença do Estado na questão da saúde se tornava crucial em face da necessidade de atendimento da grande massa de assalariados que crescia com o processo de

expansão do capital industrial, uma vez que o desenvolvimento acelerado da industrialização não era acompanhado por melhorias na infra-estrutura urbana, resultando em precárias condições de higiene, saúde e habitação para os trabalhadores (Cf. Bravo 2000:02).

Assim, a partir da década de 30, teve início uma política de saúde de caráter nacional organizada em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. No período que vai de 1930 a 1940, a saúde pública dominou a agenda de governo, destacando-se, neste caso, as campanhas sanitárias coordenadas pelos serviços estaduais de saúde e pelo Departamento Nacional de Saúde. Até meados dos anos 60, esse setor passou a ter uma política centralizada na perspectiva de se instituir condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, contudo, sua atuação foi praticamente irrelevante no setor rural, embora o contingente populacional no campo fosse majoritário.

A política de saúde previdenciária teve origem nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados na década de 30 com o objetivo de antecipar as reivindicações da categoria de assalariados urbanos. O modelo de previdência desse período que se inicia em 1930 e vai até 1945 é considerado por Oliveira e Teixeira (1986: 61-65) como um modelo menos abrangente do que o do período anterior, que vai de 1923 até 1930. A razão apontada para isso seria o rápido crescimento da massa assegurada, produzindo gasto muito maior do que o do período anterior. Assim, a política adotada foi de orientação contencionista, isto é, a previdência voltava-se mais para a acumulação de reservas financeiras do que para uma ampliação dos serviços prestados (Cf. Bravo, 2000:03).

3.2. O PERÍODO PRIVATISTA

No período compreendido entre 1945 e 1964, observa-se a consolidação de um modelo de Política Nacional de Saúde que não conseguiu, entretanto, reverter o quadro de

doenças infecciosas e parasitárias, além de ter sido ineficiente em relação à redução das elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral. Entretanto, nos anos 1950, 1956 e 1963, períodos em que os gastos com saúde pública foram mais elevados, observa-se uma certa melhoria das condições sanitárias da população.

Nos anos 50, já se apontava uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada circunscrita na formação de uma estrutura de empresas médicas, mas, até 1964 predominava, ainda a assistência médica previdenciária fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. A participação da assistência médica privada, neste período, se dá de maneira bastante tímida apresentando uma força que pode ser considerada como pouco expressiva. Somente no período que se inicia em 1964 é que se verifica a expansão das formas de compra dos serviços médicos a terceiros (Bravo; 2000:04).

O regime de exceção instalado em 1964 pelos militares não resolveu os grandes problemas estruturais pelos quais passava a sociedade brasileira, mas, pelo contrário, aprofundou-os, tornando mais complexos, amplos e dramáticos os seus dilemas. A questão social foi tratada pelo Estado através de uma intervenção configurada no binômio repressão-assistência. A burocracia foi ampliada e modernizada pela máquina estatal, a política assistencial foi expandida com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade para amenizar as tensões sociais e legitimar o regime, além de propiciar a acumulação de capital.

Em 1966, através da intervenção do Estado na sociedade, se deu a exclusão dos trabalhadores na gestão da previdência, propiciando a unificação da Previdência Social. Restou aos trabalhadores o papel de financiadores. A nova política econômica privilegiava o setor privado, de modo que a intervenção do Estado na saúde precisava assumir características capitalistas, como é o caso da incorporação de novas tecnologias produzidas no exterior. Assim, essa imposição do Estado na vida social, tanto na Saúde Pública quanto na

Previdência Social, teve como resultado o declínio da Saúde Pública enquanto que a medicina previdenciária cresceu. Entretanto, não podemos deixar de considerar que a unificação dos diferentes regimes de previdência social em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), incorporando trabalhadores rurais (1971), empregadas domésticas (1972), trabalhadores autônomos (1973) entre outros segmentos sociais, promoveu um avanço substancial em direção à universalização de determinados direitos sociais (Cf. Costa, 1996; Draibe, 1994, Malloy, 1986; Rodrigues & Zauli 2002).

Os primeiros dez anos de regime militar não foram capazes de consolidar sua hegemonia, ocasionada pelo distanciamento da sociedade civil. No período compreendido entre os anos de 1974 e 1979, o regime teve como objetivo o enfrentamento da questão social na tentativa de canalizar as reivindicações e pressões populares e se aproximar da sociedade civil. O modo de enfrentar a questão social no período causou permanente tensão na política nacional de saúde. Se, por um lado, houve uma ampliação dos serviços, por outro houve problemas com a disponibilidade de recursos financeiros. O conflito envolvia conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico, o que resultou na emergência do movimento sanitário¹.

As modificações realizadas na estrutura organizacional não foram suficientes para reverter a participação do setor privado no comando de ações curativas propostas pela política de saúde, possibilitando a sua predominância na participação da Previdência Social. Mesmo assim, as medidas de saúde pública tomadas pelo Ministério da Saúde, embora de forma limitada, ocasionaram uma relativa melhoria no Sistema Nacional de Saúde, considerando-se, por exemplo, a interiorização dos serviços de saúde, a implantação da estrutura básica de

¹ “O movimento de reforma sanitária surgiu em meados da década de 70 e foi fruto de lutas e mobilizações dos trabalhadores de saúde articulados ao movimento popular na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (Bravo, 2002:46).

saúde pública e o aumento da cobertura assistencial viabilizada por programas pilotos. Isto é, mesmo fomentando uma política amplamente privatista, o Estado implementou ações de caráter público no sistema de saúde.

3.3 O PERÍODO UNIVERSALISTA

A década de oitenta é marcada por mudanças tanto no nível político, com o fim do regime ditatorial instalado em 1964, quanto no econômico, com a crise econômica que se instalou no país. A participação de novos sujeitos nas discussões das condições de vida da população brasileira, especialmente nas questões relativas à saúde, e com as propostas governamentais apresentadas para o setor, mobilizou amplos setores da sociedade civil ocasionando uma articulação política estritamente vinculada à questão da democracia (Bravo, 2000; Rodrigues & Zauli, 2002; Sousa, 2003).

Esses novos sujeitos que entram em cena, especialmente os profissionais de saúde, ao romperem com o corporativismo, defendem questões que vão além dos seus interesses particularistas na defesa da melhoria do sistema de assistência à saúde e do fortalecimento do setor público. Essa tendência, denominada *movimento sanitário* tem como veículo de difusão de suas idéias o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que, através da discussão de temas como “saúde e democracia”, amplia o debate na elaboração de contrapropostas para os partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos, seja no Congresso Nacional seja na sociedade civil. Entre as principais propostas se destacam:

“a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial como um novo olhar sobre a saúde individual e

coletiva: a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal: o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde” (Bravo, 2000:05).

A discussões de temas aglutinados na relação “Saúde e a Sociedade” tiveram como marco a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, a qual contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dos quais mil eram delegados (Bravo; 2000:05). As discussões ultrapassaram a análise setorial ao envolver a sociedade como um todo, indo além da defesa do Sistema Único de Saúde, com a proposição de uma Reforma Sanitária ampla (Cf. Bravo, 2000; Rodrigues & Zauli 2002).

Em 1988, por ocasião do processo de Reforma Constitucional, os debates sobre saúde na Assembléia Constituinte ocasionaram a formação de dois blocos com interesses antagônicos: a Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), por um lado, e os defensores da Reforma Sanitária representada pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, por outro.

A aprovação do texto constitucional referente à saúde saiu através de vários acordos políticos e pela pressão popular que *“atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica”* (Bravo; 2000:05). Os principais pontos aprovados foram:

- O direito universal à saúde é dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado e população rural/população urbana;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em

uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;

- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Portanto, a articulação e mobilização da sociedade no processo constituinte possibilitaram a alteração da norma constitucional que incorporou grande parte das reivindicações do movimento sanitário, processo que ocasionou mudanças no arcabouço legal e nas práticas institucionais, fortalecendo o setor público e a universalização do atendimento à população. De fato, isso pode ser verificado através da redução da presença do setor privado na prestação de serviços à saúde, na descentralização política, na administração do processo decisório da política de saúde e na execução dos serviços no âmbito local. No que se refere às mudanças no plano jurídico, verificou-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), depois Sistema Único de Saúde (SUS), com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS.

A ação descentralizadora do SUS tem início nos anos 90, com o processo de normatização e institucionalização por intermédio das Normas Operacionais Básicas – NOBs², cabendo ao Ministério da Saúde explicitar as diferentes modalidades de habilitação de estados e municípios na gestão de recursos do SUS (Cf. Almeida, 1995; Arretche, 1999; Bravo, 2000; Rodrigues & Zauli 2002).

Portanto, a década de 1980 ficou marcada pela politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança no arcabouço e nas práticas institucionais (Cf.

² O ideário político materializado nos preceitos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentado em legislação ordinária em 1990 (leis 8.080 e 8.142), e implementado através de normas operacionais (Ribeiro, 1994).

Fleury, 1989: 50-53), as quais se deram através da universalização das políticas do setor a níveis mais abrangentes, conseguindo romper com a institucionalidade fragmentária e excludente dos governos autoritários. Neste período, o setor saúde, no âmbito das políticas sociais, foi o setor que conheceu as maiores mudanças na área de políticas públicas (Cf. Rodrigues & Zauli, 2002: 06).

Como já ressaltamos, o acontecimento político mais importante foi sem dúvida a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, evento em que a politização da saúde tinha como meta *“aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias”* (Bravo, 2000).

No entanto, ao final dos anos 1980 começaram a surgir dúvidas quanto à implantação do projeto de Reforma Sanitária, isto, devido à fragilidade das medidas reformadoras em curso, pois o setor público se mostrava ineficiente diante dos problemas e os profissionais de saúde não se entendiam, ocasionando tensões latentes no setor, o que redundou na ausência de resultados significativos na melhoria de atenção à saúde. Em outras palavras, o debate burocratizou-se, o que se refletiu na redução do apoio popular e na reorganização e fortalecimento dos setores conservadores contrários à reforma, isto é, na despolitização do processo.

A política implantada nos anos 90 vai redirecionar o papel do Estado, pois a aliança entre grupos dirigentes e o grande capital procura a todo custo conter os avanços do texto constitucional através da Reforma da Constituição. No que se refere à reforma da Previdência Social, esse processo resultou numa máxima: *“a seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro”* (Bravo, 2000:07). Deste modo temos a saúde novamente atrelada ao mercado, através de parcerias com a sociedade civil que se torna a responsável por assumir os custos da crise. A redução de custos passa a se tornar uma meta a ser alcançada e, para isso,

foi efetivada a refilantropização com a utilização de agentes comunitários para realizarem atividades profissionais. Nesta perspectiva convivem dois projetos em tensão: “o projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988³, e o projeto de saúde vinculada ao mercado privatista⁴ hegemônico na segunda metade da década de 90” (Bravo, 2000:08).

Contudo, a política de saúde dos anos 90 apresenta como ponto importante a consolidação do arcabouço institucional da descentralização. O primeiro passo para a institucionalização do sistema proposto no texto constitucional de 1988 teve início no governo Collor de Mello (1990-92), com a edição do decreto presidencial nº 99.438, em agosto de 1990, que organiza e define as atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Em setembro do mesmo ano é aprovada a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde – LOS, que ratifica as diretrizes constitucionais do sistema e amplia a responsabilidade municipal na administração dos serviços de saúde, nas atividades de negociação, na alocação de recursos e na regulação de desempenho.

A aprovação desta Lei recebeu veto parcial aos artigos referentes a participação popular e ao financiamento do sistema, fato que criou dificuldades na implementação do sistema. Entretanto, ainda que o Congresso tenha mantido o veto presidencial, um cenário favorável foi criado diante das dificuldades de relacionamento entre o Executivo e o Legislativo, possibilitando a criação de novos arranjos institucionais, como é o caso da aprovação da Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as

³ Uma das estratégias do Projeto de Reforma Sanitária foi à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir das lutas e mobilização de profissionais de Saúde com os movimentos populares, e possibilitar que o Estado adote a concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais (Bravo, 2000:09).

⁴ Faz parte da Política de Ajuste do governo para o setor saúde, entre as suas metas está a contenção dos gastos com racionalização da oferta, isto é a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A função do Estado, de acordo com este projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (Costa, 1996).

condições e as formas de transferências de recursos e a participação da comunidade na gestão do SUS.

Quanto à participação da comunidade, a Lei 8.142 possibilitou a criação de duas instâncias colegiadas com o objetivo de avaliar e deliberar sobre as políticas públicas no país: o Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde. Esses organismos se constituem até hoje em instâncias privilegiadas na discussão da política de saúde, na formulação de estratégias e no controle da execução do Plano Nacional de Saúde (Cf. Rodrigues & Zauli 2002).

Outros arranjos institucionais vieram após a LOS e a Lei 8.142, como é o caso das três Normas de Operacionais Básicas – NOBs⁵, que foram editadas pelo Executivo através do Ministério da Saúde: a primeira em 1991, a segunda em 1993 e a terceira em 1996.

A NOB 01/91 foi a responsável pela introdução do conceito de habilitação dos municípios e estados ao SUS, desde que houvesse um comprometimento com a gestão direta dos serviços. Ela também prescreve o funcionamento dos conselhos. Passados dois anos ficou comprovado para o Ministério da Saúde a inoperância desse arranjo institucional, possibilitando o surgimento da NOB 01/93, que é responsável pela criação das Comissões Intergestores Tripartite (composta de representantes dos governos federal, estadual e municipal) e Bipartite (com representação paritária entre estados e municípios), das regras de transferência de recursos e dos mecanismos de controle e avaliação. Com a edição da NOB 01/96, o Ministério da Saúde amplia a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais e fortalece a atenção básica e primária nas ações de saúde coletiva (Cf. Rodrigues e Zauli,

⁵ As Normas Operacionais Básicas consistem em instrumento de regulação do SUS, incluindo as orientações operacionais do sistema propriamente dito e explicitado e conferido consequência prática aos princípios e diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas leis ordinárias. Em ambas, o mecanismo privilegiado de participação e controle social e a existência e funcionamento regular dos conselhos de saúde, paritários e deliberativos. A NOB 93 requer, por exemplo, a comprovação semestral de frequência dos membros pela apresentação de atas das reuniões. Para a NOB 96, dentre as bases para um novo modelo de atenção à saúde, conforme os ditames constitucionais, destaca-se a composição harmônica, integrada e modernizadora do sistema, sendo um de seus propósitos essenciais a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS (Sousa, 2003:70).

2002). A implantação destes arranjos institucionais possibilitou a consolidação da política de descentralização da saúde no país (Cf. Augusto e Costa, 2000).

4. A EVOLUÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO BRASIL

O debate sobre a instituição e conseqüente evolução do processo de gestão participativa das políticas e recursos públicos é permeado por muitas controvérsias. São vários os teóricos, entre eles cientistas sociais, economistas, cientistas políticos, entre outros, que têm ganhado posição de destaque nas análises e investigações científicas sobre as formas de participação política no Brasil. Não obstante as múltiplas controvérsias que permeiam o debate há, contudo, um ponto no qual a maioria dos autores concorda entre si: a compreensão de que as transformações políticas ocorridas nas últimas décadas alteraram significativamente as formas de participação popular na gestão das políticas e recursos públicos.

Ora, no sentido acima proposto e de acordo com Gohn (1998) a década de 70, marcada fundamentalmente pela luta e ação direta das massas populares na perspectiva de engendrar o processo de redemocratização do país representa o marco histórico da luta popular pela abertura de canais de participação popular. Posteriormente, as décadas de 80 e 90 marcam o momento histórico em que o pressuposto da participação popular hegemonizou-se enquanto a principal bandeira de luta pelos direitos políticos dos cidadãos. Segundo Gohn (2001), no entanto, foi efetivamente a partir dos anos 80 que o pressuposto dos conselhos gestores de políticas públicas enquanto espaços institucionais de participação popular penetrou na agenda política nacional sob duas perspectivas diferentes, de um lado, “*como estratégia de governo, dentro das políticas da democracia participativa*”, e do outro, “*como estratégia de organização de um poder popular autônomo, estruturado a partir de movimentos sociais da sociedade civil*” (Cf. Gohn, 2001: 75).

Durante o período compreendido entre a década de 70 e inícios dos anos 80 a reflexão teórica e acadêmica em torno da participação popular na gestão das políticas públicas foi, em boa medida, fundamentada sob uma perspectiva teórica eminentemente marxista. Nesse

sentido, as reflexões e debates em torno do assunto ressaltavam o papel estratégico e transformador dos mecanismos da participação direta, o complexo das contradições sociais, econômicas, políticas e culturais que determinaram o seu surgimento, enfatizado, sobretudo, a questão da autonomia desses mecanismos em relação ao Estado e às instituições políticas tradicionais.

A década de 80 é marcada por uma extensa produção acadêmica, em face das mudanças na conjuntura política nacional, sobretudo no que se refere à efervescência dos movimentos sociais emergentes. A partir de então, o paradigma marxista, até então dominante, passa a ser alvo de diversas, severas e contundentes críticas, ao mesmo tempo em que passam a ser incorporadas nas análises outras perspectivas dentre as quais destacam-se aquelas que têm como referência fundamental os aspectos culturais e institucionais.

As experiências até então bem sucedidas do processo de institucionalização dos mecanismos de participação popular têm adquirido, pelo menos à nível de formulação teórica, status como referencial no debates sobre o alargamento do instituto da democracia, uma vez que tem efetivamente ampliado as possibilidades de acesso dos setores populares às políticas, equipamentos e bens públicos, fomentando, desta maneira, o debate sobre a “democratização da democracia”, a partir de uma simbiose, de uma articulação entre o instituto (hegemônico) da representação e os “arranjos participativos” (Cf. Santos, 2002).

Os anos noventa marcam o processo de institucionalização dos diversos conselhos gestores de políticas públicas. A Carta Constitucional de 1988 inseriu em seu texto diversos mecanismos que possibilitam a intervenção direta e participativa dos cidadãos nas diversas arenas políticas de tomadas de decisões, criando, ou mesmo ampliando, desta forma, novos espaços de participação da sociedade civil na gestão e implementação das políticas e recursos públicos. No universo dos diversos mecanismos preconizados pela Constituição Federal, o instituto dos conselhos logrou um lugar de destaque, colocando-se na agenda política como o

elemento diferencial de uma nova institucionalidade democrática, expressa num modelo de gestão pactuada entre Estado e Sociedade (Cf. Doimo, 1995; Gohn, 2001; Santos e Avritzer, 2002; Teixeira, 2001).

Os arranjos institucionais contidos na Constituição Federal de 1988, através das leis 8.080 e 8.142 de 1990, possibilitaram a participação dos segmentos básicos da área de saúde (governo, prestadores privados, trabalhadores e usuários) na proposição, definição e avaliação da política de saúde nos diferentes níveis. Esta participação se dá de maneira mais concreta mediante a representatividade nas instâncias colegiadas de gestão que estão vinculadas aos níveis municipal, estadual e nacional como é o caso das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde, que remontam a década de 40, adquirem um importante significado mediante o papel que exercem na definição das diretrizes da política de saúde e a participação dos diferentes segmentos constituintes da área, especialmente os segmentos dos trabalhadores e usuários do sistema único de saúde.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, representam espaços de debates e negociação mais práticos na medida em que as suas decisões devem ser implementadas nas localidades em que estão inseridos. Compostos por usuários, gestores da saúde, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde, têm caráter permanente, deliberativo e paritário, pois são constituídos por 50% de representantes dos usuários e 50% de representantes de gestores, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde.

Os Conselhos de Saúde foram criados no início da década de 90 por força da Lei Orgânica da Saúde e existem nos três níveis de governo – nacional, estaduais e municipais. Sua finalidade é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo, ou seja, *“nasceram como novos arranjos institucionais destinados a ajustar o sentido público*

do Estado e induzir-lhes uma maior responsabilidade, perante o conjunto da sociedade” (Sousa, 2003:80).

Portanto, o pressuposto da participação da sociedade civil na gestão das políticas de saúde concretizou-se, pelo menos formalmente, mediante a instituição dos Conselhos e das Conferências, instâncias colegiadas formadas pela representação de diversos segmentos sociais na luta pela implementação de políticas públicas de saúde mais adequadas às necessidades e demandas da sociedade. Nesse sentido, a participação da sociedade civil organizada é concebida como gestão por intermédio do planejamento e da fiscalização de forma tal que as entidades da sociedade civil “interferem” politicamente nos setores responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Nesse sentido, os conselhos de saúde expressam um novo tipo de relação Estado-Sociedade constituindo-se, portanto, em uma inovação institucional.

Não obstante o instituto dos conselhos represente uma novidade para a institucionalidade democrática brasileira, a verdade é que a origem histórica destes remontam ao longo dos últimos dois séculos (Cf. Gohn, 2001; Teixeira, 2002). Em sua configuração contemporânea, os conselhos se apresentam sob formas e tipos bem diferenciados e assumem características bem demarcadas no que se refere às suas funções, atribuições e poderes. Em que pese as especificidades e características singulares dos diversos conselhos, há, entretanto, entre eles caracteres comuns que nos permitem agrupá-los sob determinadas categorias de classificação. Nesse sentido, os conselhos configuram-se por funções consultivas, fiscalizatórias, deliberativas, de controle social, etc., atuam em uma base territorial e política bem definida, e seus membros são escolhidos diretamente ou por princípios indicação, seja de partidos, sindicatos, associações, etc. com acento definido no processo da gestão (Teixeira, 1998).

A origem histórica dos conselhos no caso brasileiro está intimamente vinculada às experiências democráticas de caráter informal vivenciadas no interior dos movimentos sociais, seja sob a forma de “conselhos populares” ou sob a forma de “comissões de fábrica” (Cf. Gohn, 2001: 68). Para Teixeira (1998) experiências desta natureza, vivenciadas, sobretudo, nas décadas de 70 e 80 tiveram uma importância substancial para o debate na então Assembléia Constituinte sobre a inclusão do princípio da participação popular no texto constitucional.

Os variados tipos de conselhos que foram implementados e instituídos no Brasil têm formatos diferenciados e variam de acordo com a área ou o segmento de ação implementado. A denominação legal dos conselhos tem como referência as distintas esferas de governo, federal, estadual ou municipal, relacionando-os, geralmente, ao setor de atividades ou programas a que se refere, como por exemplo, conselho de saúde, conselho de assistência social, conselho tutelar, etc. As características específicas e as singularidades dos conselhos, portanto, dependem do setor de atividades a que se destinam e da forma como foram instituídos. Não obstante essas caracterizações, o fato é que os conselhos representam potencialmente espaços públicos e institucionais de negociação política que têm uma natureza ampla, são instituídos por lei e regidos por um regulamento próprio que é aprovado por sua assembléia. Ora, independentemente do marco legal ao qual estão submetidos os conselhos, é importante considerar o fato de que eles representam importantes mecanismos de participação política, espaços de negociação colegiada que compõe uma nova institucionalidade no país.

Na esteira dessa nova institucionalidade é preciso, contudo, considerar que as relações e vínculos daí advindas entre o Estado e os Conselhos poderão produzir efeitos deletérios sobre estes últimos, considerando-se, sobretudo, a magnitude e composição política do Estado brasileiro. Nesse sentido, Teixeira (2000), nos adverte no sentido de que, na perspectiva de garantir um funcionamento eficaz dessa nova institucionalidade é mister considerar o legado

histórico dos conselhos, apreendendo as dimensões, experiências e aprendizados neles acumulados historicamente, na perspectiva de preservar alguns dos requisitos imprescindíveis ao processo de consolidação dos conselhos.

Discutindo sobre esses requisitos imprescindíveis à consolidação dos conselhos enquanto mecanismos de uma nova institucionalidade, Teixeira enumera alguns princípios básicos como a autonomia, a legitimidade, a imperatividade e o caráter de deliberativo. Em relação ao princípio da autonomia, Teixeira adverte no sentido da necessidade de uma constante vigilância e mobilização da sociedade civil na perspectiva de salvaguardar, garantir e ampliar progressivamente autonomia política e econômica dos conselhos. No que se refere a imperatividade e irrevogabilidade dos mandatos dos conselheiros, Teixeira chama a atenção para o fato de que estes mesmos conselheiros, uma vez que se constituem em representantes diretos da sociedade civil, precisam e devem necessariamente, para garantir sua legitimidade, estar submetidos a critérios claros e precisos de inserção nos conselhos. Nesse sentido, é importante que devam ser escolhidos livre e democraticamente pelas bases de suas respectivas organizações, não obstante, é preciso ainda que estes tenham suas práticas, posições e tomadas de decisão constante e ininterruptamente reavaliadas. A não observância desses princípios e critérios induz a fragilidade e à perda de legitimidade do conselheiro perante a sua instituição de origem e coloca em cheque a própria legitimidade do conselho. Uma outra preocupação refletida por Teixeira, está no sentido de discutir o caráter deliberativo dos conselhos. Nesse sentido, como sabemos, os conselhos, não obstante a sua composição e atribuição estejam circunscritas a determinados setores da sociedade, deliberam sobre políticas constituídas de um caráter de universalidade. Diante de uma tal circunstância, a legitimidade do caráter deliberativo dos conselhos deve estar mais relacionada aos processos de publicização de suas ações e do debate que ocorre no seu interior do que propriamente na

sua composição jurídico-legal, uma vez que esta limita os conselhos a uma área específica de atuação (Cf. Teixeira, 2000).

A emergência dos conselhos enquanto mecanismo de participação popular na gestão das políticas públicas, no caso brasileiro, está fundamentalmente associada a um longo processo de transição de regime político, a partir do qual novos atores sociais, entre eles, associações, movimentos sociais, sindicatos, entidades profissionais, etc., foram inseridos na agenda política, culminando, desta forma, no fortalecimento da sociedade civil. Nessa perspectiva, a consolidação e o fortalecimento da sociedade civil passou a se constituir paulatinamente no momento a partir do qual as suas demandas foram sendo inseridas nas agendas de negociação política e processadas no interior dos conselhos transformando-se, a partir daí, em políticas públicas concretas que passaram, em certa medida, a orientar as ações de governo, evidenciando, portanto, que os conselhos jogam um importante papel no processo de democratização do poder no Brasil.

Outro aspecto crucial no se refere ao processo de democratização das políticas públicas diz respeito ao mecanismo do Controle Social, aspecto fundamental entre algumas das atribuições dos conselhos. Historicamente, a perspectiva do Controle Social no âmbito da saúde surgiu ainda no século XVII. Segundo Carvalho (1995), o mecanismo do controle social caracterizava-se, à época, mediante uma ação do Estado sobre a sociedade de uma forma tal que a ação do Estado estava direcionada às pessoas e grupos em nome da saúde coletiva (Cf. Carvalho, 1995). Contemporaneamente, sobretudo no que se refere às políticas da área da saúde, a concepção do controle social fundamenta-se num entendimento moderno das relações entre Estado e Sociedade. A partir desse entendimento, a sociedade civil para a ser o sujeito político a quem é atribuído o papel de estabelecer mecanismos e práticas de observância, vigilância e controle sobre o Estado. Dessa perspectiva emana a compreensão de que o controle social representa, pois, um processo constante de participação da sociedade

civil no acompanhamento, monitoramento e verificação do processo de execução das políticas públicas.

Os processos de gestão e controle social das políticas públicas de saúde, em consonância com outros segmentos das políticas públicas, fundamentam-se na perspectiva de um processo que objetiva à formação permanente de seus atores sociais e sujeitos democráticos, na perspectiva de se afirmar o princípio constitucional da saúde enquanto direito de cidadania. Nesse sentido, o fortalecimento da gestão participativa se constitui num constante desafio, uma vez que a ampliação e o alargamento do controle da sociedade sobre o Estado depende, exclusivamente, do acesso da população aos direitos fundamentais de cidadania. Dessa perspectiva, depreende-se, portanto, que os conselhos constituem-se em mecanismos fundamentalmente importantes para a consecução efetiva do controle social.

Nesse sentido e de acordo com Carvalho (1997) é importante compreender o instituto do conselho a partir de uma perspectiva não apenas e meramente formal e institucional, mas, sobretudo, observá-lo a partir de suas possibilidades em fomentar o desenvolvimento de uma nova cultura política potencialmente capaz de engendrar um novo significado para os sentidos do público, na perspectiva de gerar uma ruptura e descontinuidade histórica em relação aos vícios e vicissitudes do tradicionalismo político brasileiro, uma vez que os conselhos ao mediar uma relação nova entre Estado e Sociedade podem, efetivamente, fomentar o desenvolvimento de processos de aprendizagem institucional (Cf. Gohn, 2001; Carvalho, 1997). Não obstante as múltiplas potencialidades do instituto dos conselhos há, contudo, um sem número de fatores que lhes impõe um certo grau de dificuldades, entraves e limitações, dentre os quais destacam-se aqueles de ordem propriamente política e outros de ordem estrutural e organizacional, ambos, advindos das configurações características do Estado e da sociedade civil brasileira.

Os entraves e limitações de ordem política estão vinculados à política de descentralização na medida em que se descentralizaram os programas, projetos e ações ao mesmo tempo em que, em certa medida, mantiveram-se centralizados os recursos necessários a sua efetiva execução. Outro importante obstáculo ao bom desempenho dos conselhos deriva da predominância de cultura política caracterizada por práticas políticas tradicionais expressa nos fenômenos do clientelismo, do apadrinhamento, do nepotismo, do patrimonialismo e, sobretudo, do autoritarismo político. Ora, agindo de conformidade com essa mentalidade e cultura política, muitos são os gestores que ignoram as deliberações dos conselhos, uma vez que, formados e informados sob a égide do autoritarismo político, não concebem quaisquer das possibilidades de compartilhamento do poder, o que, de acordo com Teixeira (2000), gera um processo de descrença na capacidade deliberativa dos conselhos. Ao nível da sociedade civil, de acordo com Santos (2000), Cruz (2000), Noronha (2000) e Teixeira (2000) um dos principais entraves até então observado, refere-se à falta de clareza quanto ao papel que as organizações devem desempenhar nos conselhos e na elaboração e implementação das políticas públicas.

5. A METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa sobre o Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança, Estado da Paraíba, foi iniciada a partir do recolhimento das chamadas fontes secundárias, ou seja, o levantamento dados e informações genéricas em relação à demografia, perfil sócio-econômico e situação geral da saúde no município objeto de análise. Nessa perspectiva, foram consultados dados oficiais oriundos do Instituto Ministério da Saúde (DATASUS), Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, dentre outras. Foram, ainda, recolhidos e analisados uma série de documentos referentes à legislação sobre o controle social das políticas públicas de saúde no Brasil.

A principal técnica de análise utilizada na realização deste estudo foi a pesquisa de campo com observação participante, seguida do procedimento auxiliar de entrevistas abertas estruturadas, base fundamental da metodologia da perspectiva antropológica, cuja eficiência e eficácia investigativas têm sido atestadas por diversos pesquisadores (Cf. DaMatta, 1981; Cardoso, 1986; Guimarães, 1980). O pressuposto fundamental deste modelo analítico é o de que a análise qualitativa de circunstâncias complexas no campo da investigação social pressupõe uma observação sistemática e direta contexto social subjacente pelo pesquisador. Esta observação, prescreve o modelo metodológico, deverá ser realizada de forma intensiva pelo menos por um determinado período de tempo, mediante o qual o sujeito do conhecimento (pesquisador) estabelece relações de interação com os atores sociais, na perspectiva de apreender suas ações significativas. Ora, de acordo com esse pressuposto metodológico, o pesquisador estará em melhores condições apreender, na complexa e intrincada teia de relações, a lógica subjacente ao contexto social observado.

Munidos deste incontestável instrumento metodológico, observamos o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB participando de suas

reuniões e entrevistando os seus membros, no intuito de estabelecer uma definição do perfil sociológico destes, no sentido de reconstruir a rede de relações na qual estão imersas a sociedade civil, os poderes públicos e os conselheiros.

A pesquisa de campo no município de Esperança foi realizada, praticamente, durante todo o ano de 2006, tendo início a partir da recolha de documentos e informações junto ao Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), Sistema de Informação Municipal (SIAB), Relatórios de Gestão da Secretaria Municipais de Saúde, leis, decretos e portarias que dispõem sobre a criação e estrutura dos conselhos, leis que dispõem sobre o Fundo Municipal de Saúde, regimento interno, resoluções e livro de atas do Conselho Municipal de Saúde. Acompanhamos uma série de reuniões do Conselho, na perspectiva de apreender a dinâmica das discussões, a correlação de forças políticas ali existentes, as tomadas de decisões e o processo de fiscalização quanto à implementação das deliberações empreendidas pelo Conselho.

Não obstante o processo sistemático da observação *in loco*, foram realizadas entrevistas com todos os conselheiros na perspectiva de perceber, mediante a sistematização e análise dos discursos, como estes concebem e refletem sua atuação, o desempenho do Conselho e o processo de controle social por eles empreendido.

O objetivo mais fundamental do processo de investigação científica aqui em relato, foi o de identificar a prática do controle social realizada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB. Para a consecução deste objetivo nos apropriamos da “*grade metodológica*”, instrumento metodológico fundamentalmente adequado aos nossos propósitos, proposta por Caniello e Justino Filho no artigo apresentado ao XII Congresso Brasileiro de Sociologia - Grupo de Trabalho Saúde e Sociedade -, intitulado “*Eficiência e eficácia nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba: um estudo comparativo*”. De acordo com Caniello e Justino Filho, o artigo foi elaborado com base no Relatório Final da

Pesquisa “*O Controle Social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba*” (Caniello e Justino Filho, 2004) e no Relatório Parcial da Pesquisa “*A eficácia da gestão descentralizada do SUS e o desempenho institucional dos Conselhos Municipais da Paraíba*”, de junho de 2006, das quais compartilhamos participação enquanto membro do Grupo de Pesquisa Análise de Impactos de Políticas Públicas, coordenado pelo Professor Dr Márcio de Matos Caniello.

Ora, de acordo com Caniello e Justino Filho (2006), o ambiente político-institucional no qual está inserido o Conselho Municipal de Saúde exerce significativa influência sobre o seu “desempenho institucional” (Putnan, 1996). Nesse sentido, dois fatores são fundamentais nessa circunstância: a forma como é exercido o poder local e o nível de “cultura cívica” (Putnan, 1996) da população, que, de acordo com Caniello e Justino Filho, podem ser apreendidos, sobretudo, observando-se densidade associativa da comunidade e sua disposição para a organização da ação coletiva.

Como já foi dito aqui, em passagens anteriores, historicamente no Brasil, tem se observado que a ausência de mobilização da sociedade associada à vigência de padrões tradicionais de dominação política (relações de patronagem, existência de oligarquias políticas, mandonismo, nepotismo, clientelismo, etc.), característicos do processo de formação de nossa cultura política, acaba por incidir sobre a qualidade do desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas, gerando, desta forma, entraves e obstáculos à prática democrática, fomentando a possibilidade reprodução e ressignificação de práticas e estratégias políticas clientelistas, influenciando, conseqüentemente, de forma deletéria em sua eficiência e eficácia. Nesse sentido, propõem Caniello e Justino Filho (2006), “*para analisarmos o “desempenho institucional” dos conselhos vis-à-vis ao “controle social” é necessário*”, fundamentalmente analisar as estruturas nas quais os conselhos estão inseridos observando-se, desta forma, os aspectos seguintes:

1) O **“Poder Local”**, na perspectiva de estabelecer uma descrição precisa da configuração política existente e uma acurada análise das relações políticas locais;

2) A **“Cultura Cívica”**, tomando como referência teórica básica o conceito proposto por Putnan (1996), realizar uma espécie, no dizeres de Caniello e Justino Filho, “radiografia” da sociedade civil local, a partir de uma enumeração e análise das organizações existentes no município;

3) A **Gestão Pública da Saúde** no Município, uma vez que os dados sobre como tem se dado o processo da gestão da saúde pública no município contém em si valiosas informações no que se refere ao conhecimento do ambiente político-institucional no qual está inserido o Conselho, observando-se, nesse sentido:

4) O **panorama geral**, mediante a análise dos relatórios de gestão verificando sua existência para, na perspectiva de caracterizar indícios de transparência e publicização das ações do gestor público;

6) O **Fundo Municipal de Saúde** verificando a data de suas implantação e suas fontes de financiamento.

Ora, uma vez conhecidos o ambiente político-institucional da localidade e a forma de gestão das políticas públicas de saúde, faz-se necessário traçar um quadro detalhado do Conselho, na perspectiva de se avaliar as circunstâncias internas para o pleno desenvolvimento de seu bom "desempenho institucional". Nesse sentido, por exemplo, quando da não existência de uma infra-estrutura ou mesmo de recursos próprios, o funcionamento do conselho passa, então, a depender, quase que exclusivamente, do gestor, que, por sua vez, pode lançar mão utilizar meios, mecanismos e estratégias na tentativa de impor uma conduta autoritária e, conseqüentemente, desrespeitar as resoluções do conselho ou usá-las no intuito de cooptar os conselheiros, isto, em função da ausência ou frágil autonomia dos conselheiros. Assim, para se avaliar o nível de desempenho propriamente dito

e o grau de autonomia dos conselhos é necessário considerar uma série sub-componentes que permitem o detalhamento da observação especificando, desta forma, os elementos que determinam o seu nível desempenho. De acordo com Caniello e Justino Filho esses elementos são:

1) Origem, verificar, por um lado, se o conselho foi criado por lei ou por decreto, e por outro, se a sua criação resultou da mobilização dos movimentos sociais, o que pressupõe, nesse sentido, um fortalecimento da sociedade civil a partir da criação de uma nova institucionalidade, ou se o conselho é apenas resultado do processo da descentralização da política de saúde que impõe a obrigatoriedade da criação dos conselhos para se ter acesso a recursos;

2) Natureza, num primeiro momento, verificar se o conselho é *deliberativo*, ou seja, se através da gestão compartilhada, o conselho tem o poder de deliberar e se o executivo acata e implementa suas decisões e, numa Segunda ocasião, verificar se o conselho desenvolve *ações de planejamento*, ou seja, se as suas discussões e decisões têm um caráter propositivo a curto, médio e longo prazos não se limitando, portanto, a apenas encaminhar demandas ao poder público e, por fim, verificar se o CMS se limita a ser *consultivo*, ou seja, se ele atua de maneira a apenas "auxiliar" o executivo a implementar políticas definidas de fora para dentro;

3) Infra-Estrutura, evidentemente que autonomia do CMS depende, em larga medida, de uma infra-estrutura básica desvinculada do órgão gestor para se evitar relações de dependência nesse sentido, é importante verificar a existência de local próprio para o funcionamento do e a existência de uma secretaria executiva que atue no sentido de encaminhar as decisões tomadas pelos conselheiros;

4) Orçamento Próprio, verificar a existência de orçamento próprio e sua aplicação, uma vez que a autonomia do CMS depende de uma fonte orçamentária própria, independente da "vontade política" do gestor público. Compreende-se, pois, que a existência de orçamento

próprio é condição imprescindível e necessário para a manutenção do conselho mediante o instrumento da capacitação, através de cursos, congressos, divulgação das ações etc

5) Regimento Interno, analisar o regimento interno, uma vez que o bom desempenho institucional do CMS, pressupõe a necessidade de existência de um regimento interno a partir do qual se estabeleça os deveres e obrigações dos conselheiros e do gestor para o com o conselho;

6) Composição, observar a descrição dos critérios estabelecidos em lei para a composição do CMS, elencando as representações do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e dos usuários no curso histórico e na atualidade.

7) Perfil Institucional, verificar, de um lado, se a composição do CMS contempla o princípio da *pluralidade*, uma vez que através da diversidade de organizações representativas de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados e governo se possibilitam o surgimento de espaços mais abertos de interação, gerando instâncias críticas em relação às deliberações, e, do outro, verificar 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 gerar confronto de posições dos representantes da sociedade civil e do governo, pré-requisito salutar para que a prática democrática prevaleça, favorecendo o bom "desempenho institucional" dos conselhos.

Analisadas as estruturas a partir das quais se ambientam os Conselhos Municipais de Saúde externa e internamente é necessário, por fim, conforme propõem Caniello e Justino Filho (2006), construir uma imagem dos *atores* que os compõem, os conselheiros, uma vez que são eles, evidentemente, os protagonistas do "controle social". Neste sentido, propõem a avaliação dos seguintes aspectos:

1) **Perfil Sociológico**, composição do perfil sociológico dos conselheiros, considerando, neste caso, elementos como idade, sexo, grau de instrução, profissão, filiação partidária, entidade que representa, entre outras informações;

2) **Qualificação**, verificar o nível de *qualificação técnica*, a qual proporciona ao conselheiro o conhecimento do “estado de saúde” da população, por um lado e, por outro, 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, verificar, ainda, 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;

3) **Capacitação**, verificar se o conselho viabiliza processos de capacitação, uma vez que este instrumento objetiva suprir as necessidades técnicas, políticas e institucionais dos conselheiros através de cursos, no sentido de proporcionar-lhes um melhor desempenho e independência junto ao órgão gestor;

4) **Atuação**, verificar o nível de *representatividade*, observando, nesse sentido, se o conselheiro atua em conjunto com entidade que faz parte, ou seja, se sua prática resulta do vínculo que mantém com a comunidade que delega a transferência de responsabilidade, verificar, por outro lado, o nível de *credibilidade*, observando, neste caso, se as propostas discutidas com a comunidade e referendadas pela entidade são encaminhadas e defendidas junto ao conselho, verificar, ainda, o nível de *legitimidade* dos conselheiros observando, desta forma, a intensidade do vínculo do conselheiro com a base que lhe delega poderes representá-la.

Portanto, conhecidos e analisados a estrutura do poder local e a configuração da cultura cívica dos cidadãos, o contexto da gestão pública da saúde, os detalhes da "arena

institucional" em que se constitui o conselho e o perfil dos atores (conselheiros) que protagonizam essa arena, faz-se necessário, ainda, de acordo com Caniello e Justino Filho (2006), analisar o efetivo funcionamento dos conselhos, considerando-se, nesse sentido, os seguintes elementos:

1) Planejamento das atividades, verificar e analisar a existência e analisar de planos e de metas de curto, médio e longo prazos, bem como da agenda de atividades permanentes, uma vez que o planejamento das ações representa um fator organizativo que favorece a participação e desempenho dos conselheiros;

2) Regularidade das reuniões, verificar se o conselho mantém a regularidade de reuniões ordinárias mediante uma análise pormenorizada do livro de atas, nesse sentido é recomendável que se estabeleça a relação entre o número de reuniões ordinárias e o número das extraordinárias;

3) Dinâmica das reuniões, verificar e analisar a *sistemática de convocação*, uma vez que o conselho deverá convocar seus membros de acordo com a antecedência mínima prevista no regimento interno para realização de reuniões, sejam as ordinárias ou extraordinárias, deve-se, ainda, observar, analisar e reconstituir o *desenvolvimento dos debates*, na perspectiva de se verificar se encaminhamento das discussões dá-se de forma democrática, se há assiduidade dos conselheiros, como se constitui a formação de blocos e o estabelecimento de negociações, articulações, consensos, etc.; verificar como se dá a elaboração das *atas*, na perspectiva de se verificar se há correspondência com o teor das reuniões que as resultaram;

4) Efetividade, verificar se, na prática, o conselho tem um *caráter deliberativo*, isto é, se a plenária delibera sobre demandas da população ou se o conselho assume apenas a função de um instrumento de acesso do gestor local a financiamentos federais e estaduais. Verificar se as decisões do conselho são efetivamente implementadas por parte do executivo. Verificar se as decisões do conselho são publicizadas.

Ora, munidos de todos esses indicadores, estamos aptos a responder às questões mais fundamentais da nossa investigação, qual seja: em que medida e até que ponto o mecanismo do "controle social" é efetivamente exercido no Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança? Qual é o seu nível de "desempenho institucional" deste conselho?, ou seja, o Conselho Municipal de Saúde de Esperança, aqui entendido, a exemplo dos demais conselhos, enquanto uma arena democrática, um arranjo institucional participativo, favorece a boa gestão das políticas públicas de saúde, influenciando de forma positiva no "estado de saúde" da população daquele município?

Como resposta a estas e outras questões, portanto, estruturaremos as nossas conclusões sobre a investigação a partir de dois vértices fundamentais. Primeiro, observando se há *eficiência* na atuação dos conselhos, ou seja, se eles têm sido capazes de atuar democrática e decisivamente 1) na formulação de estratégias para a implementação das políticas públicas de saúde, 2) no monitoramento do uso dos recursos aplicados pelo gestor em sua execução e 3) se eles influem efetivamente na implementação das decisões tomadas em seu âmbito. Segundo, verificando se há *eficácia* nas deliberações dos conselhos, ou seja, se as decisões tomadas a partir do debate democrático e implementadas em função de sua eficiência transformam-se em políticas públicas cuja aplicação redunde numa melhoria das condições de vida e saúde da maioria da população.

6. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPERANÇA

O ambiente político institucional: o município de Esperança-PB.

A origem histórica do Município.

De acordo com a publicação PRODER – Programa de Emprego e Renda: ESPERANÇA. João Pessoa, 1997 – Série Diagnósticos Socioeconômicos, nº 36 –, a região que hoje corresponde ao município de Esperança foi originalmente habitada pelos Índios Cariris que, à época, aqui haviam se estabelecido. Segundo o argumento de vários historiadores locais, os Índios Cariris se caracterizavam pela sua bravura, pelo seu espírito guerreiro e valente, tendo, a partir dessas características, resistido e lutado, porém, sem êxito, contra a invasão de suas terras pelos colonos portugueses. A construção de um reservatório de água potável, por parte dos habitantes originários, acabou servindo de pretexto para que os colonos se aproximassem de suas terras e, dessa forma, forçá-los a um abandono súbito do seu próprio território. “Tanque do Araçá” foi o primeiro nome dado a esse reservatório, onde, às suas margens e proximidades, o colono português Marinheiro Barbosa haveria de construir uma residência, apossando-se, desta forma, de toda a extensão da área por onde hoje se estende o perímetro urbano do município. O local onde o colono português Marinheiro Barbosa construiu sua residência é atualmente denominado de “Beleza dos Campos”. Supõe-se, entretanto, que, uma vez construído e fixado residência, Marinheiro Barbosa, posteriormente, tenha abandonado as terras de que havia se apossado.

Um tempo depois, contudo, haveriam de chegar outros três colonos portugueses, os irmãos Antônio, Francisco e Laureano Diniz que, de acordo com os registros históricos, construíram três casas de taipa onde atualmente está localizada a Avenida Manoel Rodrigues de Oliveira. Em uma dessas casas de taipa foi celebrada uma Missa pelo então Frei Venâncio,

primeiro missionário a aparecer na região, constituindo essa celebração a primeira manifestação religiosa do lugar.

O primeiro nome atribuído ao atual município de Esperança foi o nome Banabuiyé (Banabuyé, Banabuié, Banabuyu). O nome Banabuiyé tem sua origem no termo Banabuyu, da língua Tupy, que significa “Brejo ou Pântano das Borboletas”. Uma outra explicação para o termo é a de que este significa “Pasta Verde”, uma vez que o verde simboliza a esperança, o Frei Herculano ou o Padre Ipiabina teria proposto a mudança do nome Banabuiyé para Esperança. Contudo, há, ainda, uma terceira versão, a de que, Frei Venâncio, celebrante da primeira missa em 1860 teria proposto a mudança do nome inspirado nas três virtudes teologais: Fé, Esperança e Caridade. Ainda no mesmo ano de 1860, foi fundada, pelo próprio Frei Venâncio, no mesmo local onde hoje está situada a atual Igreja Matriz, uma Capela sob a invocação de Nossa Senhora do Bom Conselho.



Igreja Matriz.

Essa Capela, hoje Igreja Matriz, de acordo com a tradição popular local, foi construída sob o financiamento de uma senhora que havia prometido edificá-la, uma vez desaparecido o surto de cólera-morbo que, à época, havia se espalhado pelo lugar. Em função mesmo dessa epidemia, foi construído, em 1862, pelo Padre Ibiapina, o cemitério. Dez anos mais tarde, em 1872, o povoado chamava-se Boa Esperança. Em 1908, no dia 30 de maio, considerando-se o crescimento do povoado, foi criada a Freguesia (comunidade paroquial-eclesiástica) de Esperança, tendo como seu primeiro Vigário, o Padre Francisco de Almeida.

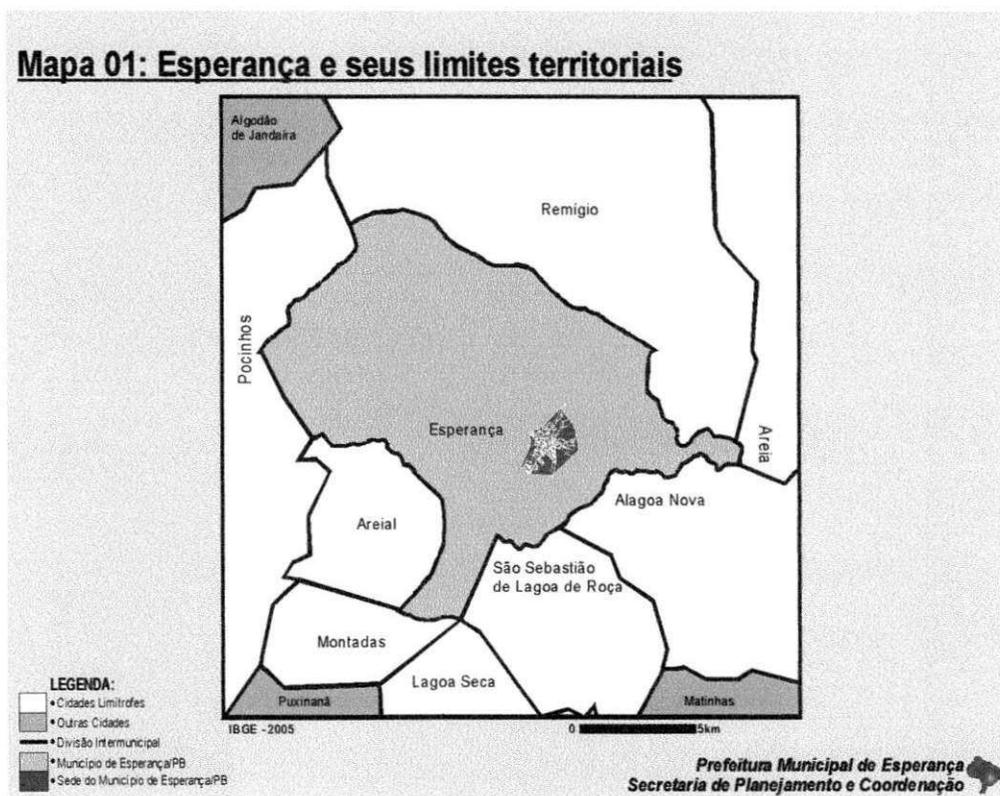
Após uma das mais notáveis campanhas, tendo à frente o Coronel Elísio Sobreira, hoje Patrono da Polícia Militar da Paraíba, e o Poeta e Advogado Dr. Silvino Olavo, a Vila de Boa Esperança conseguiu sua elevação à categoria de Município mediante o Decreto-Lei nº. 624, de 1º de dezembro de 1925 desmembrando-se, desta forma, do Município de Alagoa Nova. A partir de então, foi nomeado primeiro Prefeito o Senhor Manoel Rodrigues de Oliveira, tendo como Vice-Prefeito o Senhor Teotônio Thertuliano da Costa.

Em 1961, o distrito de Areial se desmembra, bem como o de Montadas em 1963, ficando delimitado o atual território esperancense. No aspecto jurídico, a Comarca de Esperança foi criada pelo Decreto – Lei nº 39, de 10 de março de 1940, desmembrando-se, desta forma, da Comarca de Areia-PB.

Os Limites Geográficos.

O Município de Esperança compreende uma área total de 139 Km², tendo como coordenadas geográficas, já estabelecidas, a posição de 7° 01' 59'' (latitude sul) e 35° 51' 26'' (longitude oeste). Esperança, que está a 631 metros acima do nível do mar, limita-se, ao norte, com as cidades de Algodão de Jandaíra, Areia e Remígio, ao sul, com São Sebastião de Lagoa

de Roça e Montadas, a leste, Areal e Pocinhos, e a oeste, com o município de Alagoa Nova (Fonte: IBGE).



A cidade de Esperança está situada a 146,6 Km de distância da capital do Estado e a 25 Km de cidade de Campina Grande. O município é cortado pela rodovia estadual “Anel do Brejo” (PB 079), bem como a famosa estrada da Batatinha que liga Esperança a Areal e a Montadas. O município situa-se, portanto, na mesoregião do Agreste Paraibano, na microrregião de Esperança.

O Relevo

O município se localiza na extensão relativamente uniforme do Chapadão da Borborema, não apresentando grandes elevações, destacando-se o Serrote dos Cocos com 624 metros. Segundo dados da EMATER-PB, 35% do território é plano, 50% é suavemente

ondulado (declive de 3 a 8%), 10% é ondulado e apenas 5% se classifica como de forte ondulação, cujo declive vai de 20 a 45%.

A hidrografia.

Existe no município cerca de 22 pequenos açudes destacando-se, neste caso, o açude público Araçagi, localizado nos sítios Umburanas e Pau Ferro, distante cerca de 2,5km da sede do município. Há, entretanto, alguns cursos d'água tal como o Riacho Araçagi que tem sua nascente no Gravatazinho, se transformando, ao longo do seu curso, no Rio Araçagi. Há, também o Riacho Mamanguape, que nasce no lugar denominado de Lagoa Salgada, no município de Areial, cortando o município de Esperança e recebendo o nome de Rio Mamanguape no município de Alagoa Grande. Destacam-se, ainda, as pequenas lagoas denominadas, respectivamente, Pedra Rasa e Riacho do Cabeça ou Sapo.

Os Recursos Naturais.

Embora o município de Esperança seja conhecido como Lírio Verde da Borborema, hoje, não se encontram reservas florestais de grande importância. No entanto, existem, ainda, algumas espécies vegetais tais como a jurema branca, o espinheiro, a catingueira, o marmeleiro, a jurubeba e a canafistula, entre outras variedades. Registram-se, ainda, no município, a ocorrência de jazidas de pedras calcárias. Quanto à fauna, destacam-se algumas espécies tais como o tatu, o gato maracajá, além de pequenas espécies de aves tais como a rolinha, o nambu, o galo-de-campina, o papa-capim, o tico-tico, o sabiá, a arribação, dentre outras espécies.

O Clima

Esperança possui um clima frio e úmido, no inverno, e temperado com variações no verão, oscilando sua temperatura entre 18 e 26°C, sendo a média 22, havendo registros de 16, na mínima e 28°C, na máxima. O inverno se dá entre fevereiro e agosto, quando as precipitações chuvosas costumam ser finas e esparsas. Os dados mais recentes apontam 1994 como o ano de maior precipitação pluviométrica da década, com 1.154.80mm. (Fonte: COOPACNE).

Os Aspectos Demográficos.

A população municipal cresceu muito pouco durante a década de 90, passando de 27.590 habitantes em 1991, para 28.152 em 2000, isto é, cresceu a uma taxa média de 0,2% ao ano. Segundo dados do PDSEA/PB, em 2004, a população era de 29.298 habitantes, sendo 19.544 na zona urbana e 9.754 habitantes na zona rural.

A composição demográfica do município, segundo as faixas etárias, indica que a população é predominantemente jovem. A população com menos de 20 anos representava, no ano 2000, 47,7% do total, enquanto que as crianças com menos de 10 anos representavam 18,9%.

A estimativa populacional de Esperança para o ano de 2007 é de 28.527 habitantes. A população urbana corresponde a 64% e a zona rural 63% do total, sendo 51% de mulheres e 48% de homens. De acordo o último censo populacional realizado no país, a taxa de crescimento populacional do município de Esperança-PB foi da ordem de 1% ao ano. A taxa de fecundidade é de 2,1 filhos por mulher e a taxa de natalidade é de 24/1000 nascidos vivos.

A análise estatística demonstra que 1,94% da população é menor de 1 ano e 19,58% está abaixo de 5 anos, 22,69% é composta de adolescentes, outros 45,7% da população é composta de adultos, enquanto os outros 12% representam os idosos.

A Organização Social

No tocante à organização da sociedade civil, temos a existência de diversas instituições de caráter os mais diversos. Sindicato de Trabalhadores Rurais, Sindicato Patronal, Associação das Amigas do Lar, 02 clubes sociais – Clube Campestre de Esperança e CAOBE, Sindicato dos Taxistas, Centro Social Urbano (CSU), 30 Associações de produtores rurais, distribuídas nas mais diversas comunidades, 02 Lojas Maçônicas, 35 Comunidades Eclesiais de Base vinculadas à Paróquia Nossa Senhora do Bom Conselho, 01 Hospital Municipal, a Casa de Saúde e Maternidade São Francisco de Assis, Associação dos Artesãos das Bonecas de Pano de Esperança, situada na Comunidade de Riacho Fundo, Associação do Sisal de Massabielle e a Associação de Artesãs de Vagonite da Comunidade de Lages, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural, 30 Conselhos Escolares, 01 Conselho de Merenda Escolar, Conselho Municipal de Ação Social, Conselho Municipal de Agricultura, Rotary Club, 10 Comunidades Evangélicas, 19 Comunidades Católicas e 01 Comunidade Espírita.

Eventos.

O município tem um calendário consolidado de eventos bastante significativo. No início do ano há a Festa da Padroeira – Nossa Senhora do Bom Conselho –, com pavilhão, parques de diversão, Banda Filarmônica, etc. Em fevereiro há o Carnaval, com charangas, troças, bonecos, orquestras, bandas e blocos. No período da Semana Santa, além do ritual

religioso que tradicionalmente acontece, conta-se com um grupo teatral “Jesus de Nazaré” formado por jovens do município, que realiza todos os anos a encenação da Paixão de Cristo. No mês de junho tradicionalmente acontecem os festejos juninos com apresentação de quadrilhas, grupos de dança, forró pé de serra, barracas de comidas típicas, fogos de artifício, corrida da fogueira, casamento matuto, fogueiras, bandas de vários Estados e Municípios. Em agosto há a Semana do Agricultor com feira de produtos agrícolas e seminários agroecológicos, bem como se realiza o EMARP – Encontro Municipal de Arte Popular, com artesanatos, pinturas, comidas variadas, apresentações culturais, concursos, capoeira, danças, teatro e outras diferentes expressões artísticas do município. Em setembro são realizados os Jogos Estudantis Municipais, com desfile e competições esportivas integrando as escolas municipais, estaduais e particulares, momento em que acontece, também, o desfile de Bandas de Música Marcial e Fanfarras. Há, ainda, a Esperanfolia e o Carnaban: carnaval fora de época do nosso município com a presença de trios elétricos, bandas e cantores de outras localidades. No dia 1º de dezembro promove-se a Festa de Emancipação Política do Município e, finalizando os eventos do ano, há os festejos natalinos destacando-se o “Natal Criança, Natal Esperança”, uma festa realizada em toda comunidade urbana e rural voltada para o entretenimento das crianças de toda a comunidade.

O poder local e a cultura cívica.

O contexto político e do poder local do município de Esperança-PB, a exemplo da grande maioria dos pequenos e médios municípios brasileiros, é marcado pela prevalência de ciclos políticos viciosos, característicos da formação da cultura política e municipalidade brasileira, do clientelismo, nepotismo, autoritarismo, e mandonismo e rivalidade local, etc. (Cf. Viana, 2000). Dividida, desde os princípios de sua história, pela rivalidade política entre os dois principais, senão únicos grupos políticos – “ratos” e “amuados” –, uns (os ratos)

comandados pelo atual Deputado Estadual Arnaldo Monteiro Costa (PFL), e os outros (os amuados), sob a chancela do atual Deputado Federal Armando Abílio (PTB), a cidade de Esperança-PB amarga, ao longo dos seus 82 anos de existência e emancipação política, uma insignificante e quase inexistente tradição cívica (Cf. Putnan).

O alheamento da população com relação às questões políticas mais relevantes, o ínfimo número de organizações sociais, a cooptação de lideranças políticas potenciais, a incapacidade associativa e a ingerência política-partidária do poderes legislativo e executivo local são alguns dos traços com os quais se pode caracterizar o contexto político e sócio-organizacional do município de Esperança-PB.

Ora, diante deste quadro político rivalizado entre, de um lado, o grupo (os ratos) que atualmente está no poder e, do outro, o grupo (os amuados) de “oposição”, a questão da saúde tornou-se um mecanismo estratégico para o processo de permanência, continuidade e alternância entre um ou outro desses grupos, uma vez que o fechamento do então Hospital Geral de Esperança (atualmente desativado em função de irregularidades na utilização de Autorizações para Internação Hospitalar – AIH’S), de propriedade do Deputado Armando Abílio, acabou por fomentar a construção, abertura e funcionamento do Hospital Municipal Dr. Manuel Cabral. Entretanto, com a reeleição do atual Governador Cássio da Cunha Lima, aliado político do Deputado Armando Abílio, cogita-se, enquanto estratégia política eleitoreira por parte do grupo do Deputado Abílio, a possibilidade de reabertura do Hospital Geral, o que pressupõe uma “queda de braços” entre os grupos historicamente divergentes. Nesse sentido, a abertura e o funcionamento real ou virtual de uma e outra dessas unidades de saúde atende, em princípio, a imperativos de interesses políticos e econômicos de grupos particulares e rivais entre si, antes mesmo de atender a interesses da comunidade que, politicamente extasiada, rivaliza-se, também, entre si.

As organizações associativas existentes no município são, em sua larga maioria, provenientes do setor rural e o são em pequeno número, levando-se em conta uma população de, praticamente, trinta mil habitantes. Ora, não obstante o aprendizado institucional (Cf. Gohn, 2001) que estas associações poderão fomentar a partir de suas dinâmicas de funcionamento, o fato, porém, é que estas já nasceram, ou nascem, engendradas e comprometidas (apadrinhadas) com um ou outro desses grupos⁶. O Sindicato dos Trabalhadores Rurais, que representa a mais antiga e consolidada organização associativa do município reserva-se a uma história de constantes omissões para com os interesses mais substanciais de sua categoria e de íntimas relações de afinidade e interesses políticos particularistas com os poderes locais constituídos.

As representações religiosas, sobretudo as Igrejas Católica e Evangélicas flutuam, historicamente, no ocaso e no plano do meramente simbólico e abstrato, abstraindo-se, dessa forma, de uma atuação política em defesa dos princípios democráticos da cidadania. Não militam, mas limitam-se, nesse sentido, às atividades assistenciais, para não dizer assistencialistas, e puramente caritativas. As representações estudantis, quando de sua fase de efervescente atuação, mais serviram de trampolim para formar e eleger os atuais e novos políticos (vereadores) tradicionais que a difundir uma cultura política cidadã e coletivista.

Velhas, novas e recentes iniciativas e tentativas de se constituírem organizações não governamentais, como o caso da ESCMA, organização destinada às áreas de saúde, cultura e meio ambiente, e novas associações como, por exemplo a AUE, Associação dos Estudantes Universitários de Esperança, fracassaram dramaticamente diante do imobilismo individualista da cultura política local.

⁶Historicamente, as associações existentes em Esperança têm funcionado como uma espécie de reduto eleitoral a partir do qual determinados Vereadores têm sido sucessivamente reeleitos. A relação entre estes e as associações tem sido profundamente marcada pela dependência econômica e política (clientelismo) destas últimas em relação àqueles.

A Gestão Pública da Saúde

Reestrurada a partir de maio de 1991 a Secretaria Municipal de Saúde do município de Esperança-PB é atualmente composta por uma estrutura administrativa que compreende 07 unidades coordenadoras: auditoria e avaliação do sistema municipal de saúde; coordenação administrativa; coordenação de promoção à saúde; coordenação de vigilância à saúde; coordenação de planejamento; coordenação de atenção básica e coordenação de vigilância sanitária.

O município está habilitado na condição de gestão plena do sistema municipal de saúde desde março de 1999 sendo, portanto, responsável pela gestão de todas as ações e serviços de saúde decorrentes das demandas das pessoas e das exigências sanitárias e ambientais. As estratégias de ação adotadas pela secretaria municipal de saúde foram o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atualmente o município conta com 10 equipes de saúde da família, um conjunto de 71 agentes comunitários de saúde, 08 equipes de saúde bucal, além de 12 agentes de vigilância ambiental (AGM), subordinados à coordenação de vigilância sanitária.

As funções gestoras do município em gestão plena do sistema municipal de saúde compreendem quadro eixos básicos e fundamentais:

I) Formulação e planejamento de políticas de saúde. Esse eixo compreende atividades como a identificação de problemas e consequente definição de prioridades de ação no âmbito municipal;

II) Financiamento. A função gestora de financiamento pressupõe a necessidade de garantias, por parte do gestor municipal, de aplicação de recursos do tesouro municipal e o estabelecimento de critérios claros e bem definidos da aplicação dos recursos federais, estaduais e municipais;

III) Coordenação, regulação, auditoria e avaliação. A função de coordenação, regulação, auditoria e avaliação representa a organização da porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, uma vez que estabelece os fluxos de referência, a integração da rede de serviços, além de promover a articulação com outros gestores municipais no sentido de estabelecer os princípios de referência. Cabe, ainda, a esta função, a regulação e avaliação sistemáticas dos prestadores de serviços públicos e privados e a avaliação dos resultados das próprias políticas municipais de saúde;

IV) Prestação direta dos serviços de saúde. A função de prestação direta dos serviços de saúde significa que o próprio município tem um peso significativamente importante na execução das ações, uma vez que lhe cabe a prestação direta dos serviços de saúde, a gerência das unidades de saúde, a contratação, administração e capacitação dos profissionais de saúde.

O Sistema Municipal de Saúde (SMS) é composto por 04 Laboratórios de análises clínicas, sendo 03 privados e 01 público, 01 núcleo de atenção psicossocial, 07 Consultórios odontológicos particulares, 01 Hospital Público Municipal com 32 leitos destinados ao SUS, sendo 08 para cirurgias, 06 para obstetria, 12 para clínica média e 06 para pediatria. Além do hospital público, o sistema conta ainda com um Centro de Saúde de Média Complexidade (policlínica) dividida entre 10 diferentes especialidades médicas e um hospital privado filantrópico, a Casa de Saúde e Maternidade São Francisco de Assis, que destina 23 leitos para o SUS, sendo 02 para cirurgias, 06 para obstetria e 15 para clínica médica, totalizando 55 leitos para o SUS no município. Assim, o município possui 1,9 leitos para cada 1.000 habitantes. O valor médio da AIH é de R\$ 286,75, com uma média de permanência de 3,5 dias por clínica ofertada. O sistema municipal de saúde possuía, ainda, outro hospital privado, o Hospital Geral de Esperança com disponibilidade de 290 leitos. Contudo, em função de uma série de irregularidades, esta unidade foi descredenciada a partir de outubro de 2000.

O Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB foi instituído pela Lei nº 755 de 08 de fevereiro de 1994, ou seja, 15 anos após a instituição do Conselho Municipal de Saúde que data de 1989. Embora tenha sido instituído em 1994, a movimentação financeira do FMS só passa a ocorrer a partir de março de 1998. O FMS do município de Esperança-PB é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde que é, ao mesmo tempo, o coordenador das despesas cujos pagamentos são feitos mediante a solicitação de Empenhos. Os cheques e numerários do Fundo Municipal de Saúde são assinados conjuntamente pelo Secretário Municipal de Saúde, Prefeito Municipal e pelo Tesoureiro da Prefeitura. Quando questionados sobre a existência do Fundo Municipal de Saúde (FMS), metade dos conselheiros respondentes ao questionário aplicado no processo da pesquisa, afirmaram saber do que se trata, porém, não conhecem a sua lei de criação.

A origem do Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB foi instituído pelo Decreto nº 645 de 28 de setembro de 1989, representando, pois, uma decisão unilateral do gestor municipal em função da obrigatoriedade imposta pelo processo de descentralização da política nacional de saúde. Apesar de ser instituído formalmente em setembro de 1989, o efetivo funcionamento do conselho só passa a ocorrer dois anos após a sua fundação, uma vez que a primeira sessão ordinária do conselho data de 20 de setembro de 1991, conforme demonstração da Tabela nº 1.

Do período de sua fundação até a presente data, o conselho municipal de saúde do município de Esperança-PB sofreu cinco processos de modificações em sua estrutura formal. Essas modificações se expressam numa sucessão de seis diferentes tipos de legislação relacionadas à instituição legal do conselho. São elas: o Decreto nº 645 de 28 de setembro de

1989, a Lei Complementar nº 03 de maio de 1991, a Lei 685 de 18 de setembro de 1991, a Lei 754 de 03 de fevereiro de 1994, a Lei 759 de 31 de maio de 1994 e a Lei 991 de 04 de outubro de 2001.

Funcionando originalmente desde 1989 com 16 membros, a partir de outubro de 1991, por força de Lei nº 685 de 18 de outubro de 1991, que modifica a composição dos seus membros, o conselho municipal de saúde do município de Esperança-PB passa a partir de então a funcionar com o efetivo de 14 membros compostos por:

- I) O diretor da divisão de saúde do município;
- II) Um representante da divisão de educação do município;
- III) Um representante do escritório local da EMATER;
- IV) Um representante do escritório local da CAGEPA;
- V) Um representante da Fundação Nacional de Saúde;
- VI) Um representante da rede filantrópica de hospitais;
- VII) Um representante do Hospital Geral de Esperança;
- VIII) Um representante da Associação das Amigas do Lar de Esperança – AALE;
- IX) Um representante do Rotary Club de Esperança;
- X) Um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Esperança;
- XI) Um representante do Núcleo de Integração Rural do Distrito de Massabiele;
- XII) Um representante dos pequenos produtores do Sítio Caldeirão;
- XIII) Um representante dos pequenos produtores do Sítio Quebra-pé;
- XIV) Um representante dos pequenos produtores do Sítio Pintado.

Posteriormente a essa composição, em fevereiro de 1994 uma nova Lei Municipal é editada alterando novamente a composição do Conselho. A Lei nº 754 de 03 de fevereiro de 1994 objetivava, então, a adequar o conselho às recomendações sugeridas pela Resolução nº

33, de 23 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde. A Lei Municipal nº 754 estabelece, portanto, que o conselho passe a funcionar com seguinte composição:

- I) 25% (vinte e cinco por cento) de prestadores de serviços públicos e privados da área da saúde;
- II) 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores da saúde nas áreas pública e privada;
- III) 50% (cinquenta por cento) de usuários.

De acordo com esta mesma Lei, a categoria dos usuários deveria ser composta da seguinte forma:

- I) Associações rurais;
- II) Sindicato dos trabalhadores rurais e urbanos;
- III) Núcleos de integração rural;
- IV) Pastoral da criança;
- V) Entidades e ou associações de portadores de deficiências e patologias;
- VI) Clubes de serviços.

Em 31 de maio de 1994 é publicada a Lei nº 759, que altera a redação do artigo 1º da Lei Municipal nº 754, que passa, a partir de então, a ter a seguinte redação:

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, passa a atuar com a seguinte composição:

- I – Governo e Prestadores de Serviço da Saúde:
 - a) 1 representante da Secretaria Municipal de saúde;
 - b) 1 representante dos prestadores de serviço de saúde privado vinculado ao SUS;
 - c) 1 representante dos prestadores de serviço de saúde filantrópico vinculado ao SUS;

d) um representante do Serviço Federal de Saúde;

II – Representantes dos trabalhadores em saúde:

a) quatro representantes dos trabalhadores na área de saúde;

III – Usuários representados:

a) duas associações rurais;

b) sindicato dos trabalhadores rurais e urbanos;

c) dois núcleos de integração rural;

d) pastoral da criança;

e) entidades e ou associações de portadores de deficiências ou patologias;

f) clubes de serviços.

Em 2001 uma última lei é promulgada. Trata-se da Lei nº 991 de 04 de outubro de 2001 e que dispõe sobre a alteração das duas leis anteriores (754/94 e 759/94) que regulamentavam o conselho municipal de saúde. Com a Lei 991/01, o conselho municipal de saúde de Esperança-PB passa a se constituir, pelo menos formalmente, de acordo com aquilo que é recomendado pela Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, que estabelece o princípio da paridade das representações no âmbito dos conselhos. A partir da Lei 991/01 o conselho municipal de saúde passa, pelo menos até agora, a ter a seguinte composição:

I – Segmento do Gestor Municipal de Saúde:

1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde – membro nato;

II – Segmento dos Prestadores de Serviços Conveniados com o SUS:

2 (dois) representantes de Serviços Conveniados com o SUS;

III – Segmento dos Trabalhadores da Saúde:

3 (três) representantes dos Trabalhadores da Área de Saúde;

IV – Segmento dos Usuários do SUS:

1 (um) representante das Associações Comunitárias da Zona Rural;

1 (um) representante das Entidades Religiosas;

1 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;

1 (um) representante dos Portadores de Deficiências e Patologias.

O artigo 15 da Lei Municipal nº 991 de 04 de outubro de 2001 determina que o Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde que, na condição de membro nato, terá direito a voz e voto.

A Natureza do Conselho

De acordo com o que prescreva a Lei Municipal nº 991 de 04 de outubro de 2001, o Conselho Municipal de Saúde de Esperança-PB se constitui enquanto um Órgão Colegiado de caráter permanente e **deliberativo** integrante da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, sendo, portanto, uma instância do Sistema Único de Saúde do Município.

Infra-estrutura e orçamento próprio.

O conselho municipal de saúde de Esperança-PB não possui sede própria e funciona nas dependências da secretaria municipal de saúde. Embora o artigo 22 da lei que institui o conselho estabeleça que o orçamento necessário ao funcionamento das suas atividades deverá ser programado anualmente através de uma rubrica própria, a verdade é que as atividades do conselho dependem quase que exclusivamente da disponibilização de recursos por parte da própria secretaria de saúde. A alínea IV do artigo 16 da Lei 991/01 estabelece a Secretaria Executiva do conselho que, de acordo com o texto, é responsável pela organização das reuniões e encaminhamentos das ações necessárias ao cumprimento das deliberações da

Plenária. Contudo, a partir do processo da pesquisa constatou-se que na verdade as funções da secretaria executiva do conselho municipal de Esperança tem sido, em geral, desempenhada por um funcionário da própria secretaria municipal de saúde, limitando-se na maioria das vezes a mera redação de atas e organização de documentos, uma vez que os encaminhamentos das ações necessárias ao cumprimento das deliberações são, em geral, atribuições assumidas pelo próprio secretário municipal de saúde que, conforme o artigo 15 da lei que institui o conselho, é também o próprio presidente do conselho.

Regimento Interno

Desde a sua criação, o conselho municipal de saúde de Esperança organizou-se internamente a partir de três modelos de regimento interno. O primeiro deles data de 1994 e estruturou a organização interna do conselho até o ano de 1997, período em que se estabelece outro modelo de regulação interna do conselho. A partir de 2001 o conselho adota outro regimento interno que vigora até a data de hoje. A diferença fundamental entre estes três diferentes regimentos reside no fato de que, diferentemente dos dois últimos regimentos (1997 e 2001), o primeiro, que norteou as atividades do conselho de 1994 a 1997, estabelecia em seu artigo 5º que a presidência do conselho municipal de saúde deveria ser exercida pelo então Diretor da Divisão Municipal de Saúde. Quando questionados sobre o regimento interno, 97% dos conselheiros afirmaram saber que existe, porém não conhecem o seu conteúdo.

Composição

O conselho municipal de saúde do município de Esperança foi legalmente instituído em setembro de 1989 mediante o decreto 645 de 28 de setembro de 1989. Do período que compreende entre setembro de 1989 e setembro de 2001 não encontramos registro de atas, de reuniões ou algum tipo de documento que referenciasse a organização interna do conselho.

Assim conclui-se que, embora tenha sido fundado de direito em setembro de 1989, o conselho municipal de saúde de Esperança só passa a existir de fato a partir de setembro de 1991, passados, portanto, dois anos da sua criação legal.

Em maio de 1991 é editada a Lei Complementar nº 3 de 08 de maio de 1991 que dispõe sobre a composição do conselho, seguida da Lei nº 685 de 18 de outubro de 1991, que modifica a composição do conselho prevista no Decreto 645. A Lei 685 estabelece que o conselho municipal de saúde de Esperança seja composto por 14 (catorze) membros, sendo 07 (sete) representantes dos órgãos públicos e 07 (sete) representantes da sociedade civil todos com um mandato de um ano, podendo haver recondução do mandato por um igual período apenas uma vez. De acordo com essas disposições legais, o conselho passa ser composto por:

- I) O diretor da divisão de saúde do município;
- II) Um representante da divisão de educação do município;
- III) Um representante do escritório local da EMATER;
- IV) Um representante do escritório local da CAGEPA;
- V) Um representante da Fundação Nacional de Saúde;
- VI) Um representante da rede filantrópica de hospitais;
- VII) Um representante do Hospital Geral de Esperança;
- VIII) Um representante da Associação das Amigas do Lar de Esperança – AALE;
- IX) Um representante do Rotary Club de Esperança;
- X) Um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Esperança;
- XI) Um representante do Núcleo de Integração Rural do Distrito de Massabiele;
- XII) Um representante dos pequenos produtores do Sítio Caldeirão;
- XIII) Um representante dos pequenos produtores do Sítio Quebra-pé;
- XIV) Um representante dos pequenos produtores do Sítio Pintado.

A **primeira gestão** do conselho municipal de saúde de Esperança se formou partir dessa composição e teve uma duração de apenas 09 (nove) meses, funcionando de 20 de setembro de 1991, data da 1ª reunião ordinária do conselho, a 03 de junho de 1992. A segunda reunião ordinária do conselho data de 21 de outubro de 1991 e marca a aprovação do primeiro “regimento interno” do conselho. De acordo com as nossas investigações não registro documental deste regimento, limitando-se o mesmo a fixar previamente as datas das reuniões ordinárias do conselho. A primeira gestão do conselho municipal de saúde do município de Esperança foi composta, na época, pelos seguintes membros:

- I) Franciso Celson Abílio Diniz – representante da Divisão Municipal de Saúde e **Presidente do CMS;**
- II) Jose Vieira da Silva – **Vereador da base de sustentação política do prefeito na Câmara Municipal** – suplente do representante do Núcleo de Integração do Distrito de Massabiele;
- III) Hildemar Grangeiro de Lira – representante da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
- IV) Maria Catharina Gerarda Von Den Einden – representante da Casa de Saúde e Maternidade São Francisco de Assiss;
- V) Matias Grangeiro – representante do Rotary Club de Esperança;
- VI) Maria do Socorro Câmara Araújo – representante da Associação das Amigas do Lar de Esperança – AALE;
- VII) Maria do Socorro da Silva – representante da Associação dos Pequenos Produtores do Distrito de Massabiele;
- VIII) José Antonio Pereira – representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Esperança;

- IX) Maria José dos Santos – representante da Associação dos Pequenos Produtores do Sítio Quebra-pé;
- X) Jacinta Maria dos Santos – representante da Associação dos Pequenos Produtores do Sítio Caldeirão;
- XI) Magna Lúcia Silva – representante da Divisão Municipal de Educação e Cultura;
- XII) Daniel Oliveira dos Santos – representante da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
- XIII) Damiana Maria da Silva; representante da Associação dos Pequenos Produtores do Sítio Pintado;
- XIV) João Bosco dos Santos – representante da CAGEPA.

Entre junho de 1993 a maio de 1994 não há registro de funcionamento do conselho municipal de saúde, isto, talvez em função do período pré e pós-eleitoral, uma vez que, pelo menos, dois membros do conselho, o presidente Francisco Celson Abílio Diniz e José Vieira da Silva, representante do Núcleo de Integração Rural do Distrito de Massabiele, foram, na época, candidatos a vereador.

Não obstante essa paralisação do conselho por um período de exatos 11 (onze) meses, em maio de 1993 as atividades do conselho são retomadas, assumindo a Secretária Municipal de Saúde, Dr^a. Lúcia de Fátima Gonçalves Maia Derks, a função de Presidente do Conselho. O período compreendido entre maio a dezembro de 1993 marca a **segunda gestão** do conselho municipal de saúde de Esperança que funcionou composto pelos seguintes membros:

- I) Lúcia de Fátima Gonçalves Maia Derks, secretária municipal de saúde e **Presidente do CMS**;

- II) Vera Lúcia Diniz da Silva;
- III) Nilma Torres da Costa;
- IV) Daniel Oliveira dos Santos – **2º mandato**
- V) Maria Catharina Gerarda Von De Einden – **2º mandato**
- VI) Eva Iza Diniz Araújo dos Santos – **2º mandato**
- VII) Damiana Maria da Silva – **2º mandato**
- VIII) José Antonio Pereira – **2º mandato**
- IX) João Belarmino Ferreira – **2º mandato**
- X) Maria Auxiliadora da Costa
- XI) José Paulino da Silva
- XII) Maria da Conceição Brilhante
- XIII) Aduino Martins de Oliveira
- XIV) Gloriza Guedes de Araújo

Em fevereiro de 1994, com a eleição do Prefeito Luiz Martins de Oliveira (PFL) à sua quarta gestão, uma nova Lei Municipal alterando a composição do conselho foi editada. A promulgação da Lei nº 754 de 03 de fevereiro de 1994 tinha como objetivo a adequação do conselho às recomendações sugeridas pela Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, portanto, a Lei Municipal nº 754 determinava que o conselho fosse composto da seguinte forma:

- IV) 25% (vinte e cinco por cento) de prestadores de serviços públicos e privados da área da saúde;
- V) 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores da saúde nas áreas pública e privada;
- VI) 50% (cinquenta por cento) de usuários.

Prescrevia, ainda, essa mesma Lei que a categoria dos usuários do SUS tivesse a seguinte composição:

- I) Associações rurais;
- II) Sindicato dos trabalhadores rurais e urbanos;
- III) Núcleos de integração rural;
- IV) Pastoral da criança;
- V) Entidades e ou associações de portadores de deficiências e patologias;
- VI) Clubes de serviços

Em 7 de fevereiro de 1994 tem início a **terceira gestão** do conselho municipal de saúde do município de Esperança que permaneceria sendo composta pelos mesmos membros até 13 de dezembro de 2001. De acordo com a Portaria nº 211 de 04 de fevereiro de 1994, referenciada legalmente na Lei nº 754 de 03 de fevereiro de 1994, o conselho municipal de saúde de Esperança ficou composto da seguinte forma:

- I) Titular: Lúcia de Fátima G. Maia Derks – secretária municipal de saúde e **Presidente do CMS – 2º mandato**;
Suplente: Vera Lúcia Diniz da Silva – **2º mandato**
- II) Titular: Eva Iza Diniz Araújo dos Santos – **3º mandato**
Suplente: Daniel Oliveira dos Santos – **3º mandato**
- III) Titular: Maria Catharina Gerarda Von Den Einden – **3º mandato**
Suplente: João Belarmino Ferreira – **3º mandato**
- IV) Titular: Maria Auxiliadora da Costa
Suplente: Jésua Betanha Messias de Souza
- V) Titular: José Adeílton da Silva Moreno

- Suplente: Maria do Carmo Araújo
- VI) Titular: Merivania Rodrigues da Silva
Suplente: Albanita de Oliveira Costa
- VII) Titular: Rosa Virgínia Carneiro Duarte
Suplente: Edleide Mota de Oliveira
- VIII) Titular: Maria da Glória Gomes Ferreira
Suplente: Adabeílza Alexandre Pessoa
- IX) Titular: Antonio Araújo do Nascimento
Suplente: Nilson Rodrigues dos Santos
- X) Titular: José Antonio Pereira – **3º mandato**
Suplente: Sebastião Lira de Souza
- XI) Titular: Antonio Vieira da Silva
Suplente: José Vieira da Silva – **2º mandato**
- XII) Titular: Maria de Fátima Patrício de Souza
Suplente: Antonio Leandro da Silva
- XIII) Titular: Gloriza Guedes de Araújo – **2º mandato**
Suplente: Elizabeth Costa
- XIV) Titular: Aldaci dos Santos
Suplente: Francinete da Silva Santiago
- XV) Titular: Maria Joadice Rodrigues
Suplente: Maria Elza Alves Marcolino
- XVI) Titular: Francisco Celson Abílio Diniz – **2º mandato**
Suplente: Matias Grangeiro – **2º mandato**

Em 31 de maio de 1994, exatamente três meses após a posse dos membros da terceira gestão do conselho, o executivo municipal publica a Lei nº 759, que altera a redação do artigo 1º da Lei Municipal nº 754, que passa, a partir daí, a ter a seguinte redação:

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, passa a atuar com a seguinte composição:

I – Governo e Prestadores de Serviço da Saúde:

- a) 1 representante da Secretaria Municipal de saúde;
- b) 1 representante dos prestadores de serviço de saúde privado vinculado ao SUS;
- c) 1 representante dos prestadores de serviço de saúde filantrópico vinculado ao SUS;
- d) um representante do Serviço Federal de Saúde;

II – Representantes dos trabalhadores em saúde:

- a) quatro representantes dos trabalhadores na área de saúde;

III – Usuários representados:

- a) duas associações rurais;
- b) sindicato dos trabalhadores rurais e urbanos;
- c) dois núcleos de integração rural;
- d) pastoral da criança;
- e) entidades e ou associações de portadores de deficiências ou patologias;
- f) clubes de serviços.

Apesar desta nova redação dada ao artigo primeiro da Lei 754 de 03 de fevereiro de 1994, o conselho continuou sendo composto basicamente pelos mesmos membros designados pela Portaria 211 de 04 de fevereiro de 1994. Entretanto, em maio de 1998, o conselho realiza a substituição de apenas quatro dos seus 16 membros, recebendo, portanto, cinco novos conselheiros: João de Deus Mello representando o Rotary Club de Esperança; Maurício

Nascimento de Oliveira, representando a Associação dos Agentes Comunitários de Esperança; Maria das Graças Medeiros Couto, representando a Fundação Nacional de Saúde e José de Assis Souza, representando o Núcleo de Integração Rural do Município de Esperança.

Em 2001, outra pequena substituição é realizada com a entrada de três novos conselheiros: Gizelda Pereira Mota Ramos, representando a categoria dos prestadores de serviços conveniados com o SUS; Maria Elionete Batista da Silva, representando a categoria dos usuários do SUS e João Delfino Neto, representando a categoria dos trabalhadores da área de saúde. Não obstante estas substituições, a composição do conselho municipal de saúde do município de Esperança permaneceu basicamente a mesma entre fevereiro de 94 e novembro de 2001.

Em outubro de 2001, o executivo municipal promulga uma nova lei. Trata-se, neste caso, da Lei nº 991 de 04 de outubro de 2001 e que dispõe sobre a alteração das duas leis anteriores (754/94 e 759/94) que, até então, regulamentavam o conselho municipal de saúde. A partir da Lei 991/01, o conselho municipal de saúde de Esperança-PB passa a se constituir, pelo menos formalmente, de acordo com aquilo que é recomendado pela Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, que estabelece o princípio da paridade das representações no âmbito dos conselhos. A partir da Lei 991/01 o conselho municipal de saúde passa, pelo menos até agora, a ter a seguinte composição:

I – Segmento do Gestor Municipal de Saúde:

1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde – membro nato;

II – Segmento dos Prestadores de Serviços Conveniados com o SUS:

2 (dois) representantes de Serviços Conveniados com o SUS;

III – Segmento dos Trabalhadores da Saúde:

3 (três) representantes dos Trabalhadores da Área de Saúde;

IV – Segmento dos Usuários do SUS:

- 1 (um) representante das Associações Comunitárias da Zona Rural;
- 1 (um) representante das Entidades Religiosas;
- 1 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- 1 (um) representante dos Portadores de Deficiências e Patologias.

Além de estabelecer a composição do CMS de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, a Lei 991/01 estabelece no seu artigo 15 que o Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança-PB será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde que, na condição de membro nato, terá direito a voz e voto.

É, portanto, sob as determinações legais da Lei 991/01 que são empossados em 13 de novembro de 2001, os novos membros do conselho municipal de saúde de Esperança formando, assim, a **quarta gestão** do conselho composta pelos seguintes membros:

Entidade: Governo Municipal:

I) Titular: Lúcia de Fátima G. Maia Derks – secretária municipal de saúde e
Presidente do CMS – 3º mandato;

Suplente: Maria da Glória Gomes Ferreira – **2º mandato.**

Entidade: Prestadores de Serviços Conveniados com o SUS:

II) Titular: João Delfino Neto – **2º mandato**

Suplente: Terezinha de Jesus Taveira R. Leal

III) Titular: Gizelda da Mota Ramos – **2º mandato**

Suplente: José Alves Neto

Entidade: Trabalhadores da Área de Saúde:

IV) Titular: Marileide Elias Batista de Oliveira

Suplente: Maria Elioneide Batista da Silva

V) Titular: Ewerton Nogueira Valle

Suplente: Giane Maria Donato

VI) Titular: Edmar Garcia de Azevedo

Suplente: Maria das Graças Pereira Alves – 2º mandato

Entidade: Comunidade Religiosa:

VII) Titular: Maria do Socorro Nogueira Moura

Suplente: Bruno Rocha Bezerra

Entidade: Portadores de Deficiências e Patologias:

VIII) Titular: Eduardo Jorge Dias Florentino – vereador da base do governo na

Câmara Municipal de Esperança;

Suplente: Edileuza de Oliveira Salviano

Entidade: Segmento dos Usuários do SUS:

IX) Titular: Evandro Alves da Rocha – vereador da base do governo na Câmara

Municipal de Esperança

Suplente: Luiz Lourenço de Andrade

X) Titular: José Adeilton da Silva Moreno – 2º mandato

Suplente: Antonio Santos Silva

Entidade: Representantes das Associações Comunitárias da Zona Urbana:

XI) Titular: Maria do Socorro Câmara Araújo – 2º mandato

Suplente: Josefa Firmino

Entidade: Representantes do Sindicato dos Trabalhadores Rurais:

XII) Titular: José de Assis Souza – 2º mandato

Suplente: José Antonio Pereira – 4º mandato

Vera Lúcia Pê Guimarães Bastos – Secretária Executiva – 2º mandato

O mandato da quarta gestão do conselho municipal de saúde do município de Esperança estendeu-se de 13 de novembro de 2001 a 31 de maio de 2005. Em 14 de

novembro de 2001, precisamente um mês após a posse dos novos componentes do conselho, foi aprovado um novo Regimento Interno que, de acordo com nossas investigações vigora até a presente data.

Em 31 de maio de 2005 o executivo municipal expede a Portaria nº 107 nomeando os membros titulares e respectivos suplentes do Conselho Municipal de Saúde do Município para o biênio 2005-2007. De acordo com esta Portaria, o Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança passou a ser composto pelos seguintes membros:

I) Titular: José Ledo Vieira Nóbrega – secretário municipal de saúde e **Presidente do CMS;**

Suplente: Janete Alexandre Feitosa.

Entidade: Prestadores de Serviços Conveniados com o SUS:

II) Titular: Geudimar dos Santos Garcez;

Suplente: Terezinha de Jesus Taveira R. Leal – **2º mandato;**

III) Titular: Gizelda da Mota Ramos – **3º mandato**

Suplente: José Edson Araújo

Entidade: Trabalhadores da Área de Saúde:

IV) Titular: Vera Lúcia Diniz da Silva – **3º mandato;**

Suplente: Fabiano Vieira Cândido

V) Titular: Maria da Glória Gomes Ferreira – **3º mandato;**

Suplente: Giane Maria Donato

VI) Titular: Adabeílza Alexandre Pessoa – **2º mandato**

Suplente: Luciana Alves de Araújo

Entidade: Comunidade Religiosa:

VII) Titular: Maria do Socorro Nogueira Moura – **2º mandato**

Suplente: Bruno Rocha Bezerra – **2º mandato**

Entidade: Portadores de Deficiências e Patologias:

VIII) Titular: Aldaci dos Santos – **2º mandato**

Suplente: Christiana Correia Marinheiro

Entidade: Segmento dos Usuários do SUS:

IX) Titular: Antonio de Oliveira Almeida

Suplente: João de Deus Rodrigues dos Santos

X) Titular: Jaílson Alves de Araújo

Suplente: Antonio Santos Silva

Entidade: Representantes das Associações Comunitárias da Zona Urbana:

XI) Titular: Maria do Socorro Câmara Araújo – **3º mandato**

Suplente: Josefa Firmino - **2º mandato**

Entidade: Representantes do Sindicato dos Trabalhadores Rurais:

XII) Titular: José de Assis Souza – **3º mandato**

Suplente: José Antonio Pereira – **5º mandato**

Vera Lúcia Pê Guimarães Bastos – Secretária Executiva – **2º mandato**

Em 09 de novembro de 2007 é publicada a Portaria 494/07, nomeando os membros titulares e respectivos suplentes à composição do Conselho Municipal de Saúde para o Biênio 2007-2009. De acordo com os termos desta Portaria **o 6ª e atual gestão** está atualmente composto pelos seguintes membros:

I) Titular: José Ledo Vieira Nóbrega – secretário municipal de saúde e **Presidente do**

CMS – 2º mandato;

Suplente: Janete Alexandre Feitosa – **2º mandato**

Entidade: Prestadores de Serviços Conveniados com o SUS:

II) Titular: Maria da Glória Gomes Ferreira – **4º mandato**

Suplente: João de Oliveira

III) Titular: Wagner Gomes da Costa

Suplente: Gizelda Mota Ramos – 4º mandato

Entidade: Trabalhadores da Área de Saúde:

IV) Titular: Fabiano Vieira Cândido

Suplente: Roseane Martins de Lima

V) Titular: Elizabeth Cristina Buril de Macedo

Suplente: Maria Elioneide Batista de Silva – 2º mandato

VI) Titular: Ednaldo Bezerra de Menezes

Suplente: Maria de Fátima Patrício de Souza – 2º mandato

Entidade: Segmento dos Usuários do SUS:

VII) Titular: Aldaci dos Santos – 3º mandato

Suplente: Vera Lúcia Pê Guimarães Bastos - 3º mandato

VIII) Titular: Ednaldo Pereira Targino

Suplente: Bruno Rocha Bezerra – 3º mandato

IX) Titular: Jaílson Alves de Araújo – 2º mandato

Suplente: Antonio Santos Silva

X) Titular: Antonio Oliveira de Almeida

Suplente: Moacir de Araújo

XI) Titular: Josefa Firmino - 3º mandato

Suplente: Maria do Socorro Câmara Araújo – 4º mandato

XII) Titular: José de Assis Souza – 4º mandato

Suplente: José Antonio Pereira – 6º mandato

Perfil Institucional

Do ponto de vista da sua composição formal-legal, o conselho municipal de saúde de Esperança está constituído segundo as recomendações das resoluções do Conselho Nacional de Saúde e das Normas Institucionais determinadas pela Legislação Federal. Nesse sentido, a composição do conselho municipal de Esperança contempla o princípio da pluralidade, uma vez que temos a presença de diversas e distintas organizações representativas de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados e governo, etc. Também o princípio da *paridade* na composição do CMS tem sido, pelo menos formalmente, contemplado, uma vez a atual legislação que rege o conselho estabelece a participação de 50% de representantes de usuários e os outros 50% distribuídos entre os representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores da saúde.

Não obstante essa adequação formal é importante ter em conta que o conselho municipal de saúde de Esperança apresenta, historicamente, algumas características particulares que, de certa forma, tornam problemática a efetividade dos princípios da pluralidade, da paridade, bem como a própria qualidade do “controle” social e do desempenho institucional exercidos pelo Conselho.

Nesse sentido, é importante perceber alguns aspectos que parecem ser bastante reveladores. Primeiro, a instituição do conselho municipal de Esperança não é absolutamente a expressão e o resultado de um processo de mobilização popular no qual estejam inseridas as organizações sociais. Representa, antes de qualquer outra coisa, uma ação puramente técnica e burocrática por parte do executivo municipal em função da obrigatoriedade de sua existência por parte da Legislação Federal. O fato de o conselho ser instituído por Decreto e a sua inatividade durante os seus primeiros dois anos de existência reforçam as nossas suspeitas. Segundo, os principais mecanismos de instituição e regulação do conselho (decretos, leis, regimentos internos) apresentam características significativamente reveladores de uma

concepção política autoritária e antidemocrática na condução da gestão do conselho. Exemplos desse processo estão formalmente expressos historicamente nos dois principais instrumentos de regulação do conselho: a sua atual lei de criação e o regimento interno que norteou o conselho no período compreendido entre 1994 e 2001.

O regimento interno desse período estabelecia em seu artigo 5º que “a presidência do Conselho Municipal de Saúde é exercida pelo Diretor da Divisão de Saúde, até novas decisões tomadas pela mesma”. Por outro lado, a atual lei de criação do conselho em seu Capítulo III, artigo 15 diz que “o conselho municipal de saúde será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde que na condição de membro nato terá direito a voz e voto”. Desde a sua primeira gestão, o conselho municipal de saúde sempre foi presidido pelo secretário municipal de saúde, seja por força da legislação, decreto ou lei de criação e regimento interno, seja pela cultura política dos conselheiros que, em geral, atribuem para o secretário municipal de saúde a competência técnica para presidir o conselho.

Outra questão importante que diz respeito aos problemas da paridade e pluralidade democrática do conselho municipal de Esperança refere-se ao tempo de permanência de determinadas instituições e seus respectivos representantes, ou seja, o conselho tem sido constituído, desde a sua criação, basicamente, pelas mesmas instituições e pelos mesmos conselheiros, havendo pequenas mudanças de uma gestão para outra. Nesse sentido, por exemplo, com base nas composições das sucessivas gestões do conselho temos, então, a seguinte situação: na sua primeira gestão o conselho era composto por 14 membros, na segunda gestão o conselho permaneceu, ainda, composto por 14 membros, contudo, 6 destes 14 conselheiros estão no exercício do seu segundo mandato, ou seja, **42,87% da segunda gestão é composta pelos mesmos conselheiros da gestão anterior**; na sua terceira gestão, o conselho passou a ser composto por 16 membros, destes 16 conselheiros 8, ou seja, 50%, estão no exercício do seu segundo mandato, enquanto outros 3 (18,75%) estão no exercício do

terceiro mandato, ora, somando-se os 50% daqueles que estão no exercício do segundo mandato com os 18,75% daqueles que estão no exercício do terceiro mandato temos, então, que **68,75% da terceira gestão do conselho é formada pelos mesmos conselheiros das gestões precedentes**; na quarta gestão o conselho municipal de saúde de Esperança passou a ser composto por 12 membros, 8 desses doze conselheiros, ou seja, 66,66% estão no exercício do segundo mandato, 1 (8,3%) está no exercício do terceiro mandato, enquanto outro, representando outros (8,3%) está no exercício do quarto mandato, ou seja, **83,26% dos membros da quarta gestão do conselho municipal de saúde do município de Esperança é composta pelos conselheiros que tiveram participação em gestão anterior**; na quinta gestão do conselho, composta por doze membros, 5 (41,66%) estão exercendo o seu segundo mandato e 4 (33,33%) estão atuando sobre o terceiro mandato o que nos indica que **70% da quinta gestão do conselho municipal de saúde de Esperança foi composta por conselheiros oriundos de gestão anterior**; a sexta e atual gestão está composta, também, por 12 membros, dos 12 conselheiros da sexta gestão, 2 (16,66%) estão exercendo o terceiro mandato, 3 (25%) estão no exercício do seu terceiro mandato e outros dois conselheiros, representando outros 16,66%, estão exercendo o seu quarto mandato, sendo assim, **58,32% da sexta gestão do conselho municipal de saúde de Esperança é formada por conselheiros com participação em gestão anterior**. Além desses dados, de acordo com a tabulação dos questionários aplicados junto aos conselheiros, 83,3% dos conselheiros respondentes admitiram ter exercido mais de três mandatos, seja consecutivo ou alternadamente. Outros 58,3% dos conselheiros admitiram sua participação no conselho mediante o mecanismo da indicação pelo dirigente da sua instituição. Além disso, 85,71% dos conselheiros admitiram, ainda, que suas respectivas instituições participaram de mais de dois mandatos no conselho.

Além da permanente recorrência dos mesmos conselheiros, temos, ainda, o mecanismo da extensão de mandato como os expressos nos casos da terceira gestão do CMS, que durou de fevereiro de 94 a novembro de 2001, e da quarta gestão, que se estendeu de novembro de 2001 a maio de 2005 respectivamente. Outro agravante com relação aos princípios de autonomia, paridade e pluralidade democrática do conselho diz respeito a presença de vereadores e funcionários comissionados de governo (cargos de confiança) que estão expressos nas quarta, quinta e sexta gestões. Na quarta gestão temos a presença de dois vereadores da base de sustentação política do governo municipal na Câmara, são os vereadores Eduardo Jorge Dias Florentino (PFL), Evandro Alves da Rocha (PMDB), além da presença de dois assessores (cargos de confiança) do executivo municipal: João Defino Neto, Diretor do Hospital Municipal Dr. Manuel Cabral de Andrade e José Adeilton da Silva Moreno, Diretor da Escola Municipal José Souto.

O perfil sócio-econômico dos conselheiros.

Gênero, religião e filiação partidária.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de Esperança é, em sua larga maioria, composto por mulheres, que representam 75% do total dos atuais doze conselheiros, sendo os outros 25% do conselho composto por homens. Todos os membros do conselho declaram professar a religião católica. De acordo com a tabulação dos dados obtidos através da aplicação de questionários, 91,7%, ou seja, onze dos doze membros do conselho afirmaram não participar de qualquer organização partidária, contudo, de acordo com a mesma tabulação, 25%, ou seja, três dos doze conselheiros admitiram, ao mesmo tempo, ser filiado a partidos políticos (PMDB-PDT).

A faixa etária dos Conselheiros.

Dos atuais 12 conselheiros que compõem o Conselho Municipal de Saúde Esperança apenas 1, representando 8,3% do total dos conselheiros, tem idade entre 25 e 34 anos; 8, representando 66,7% dos conselheiros, têm idade entre 35 e 44 anos; 1, representando outros 8,3% do total, possui idade entre 45 e 54 anos e outros dois conselheiros, representando 16,7%, têm idade acima dos 55 anos.

A situação ocupacional dos Conselheiros

Seis, ou seja, 50% dos atuais conselheiros municipais de saúde da cidade de Esperança são funcionários públicos; 2, representando 16,7%, são empregados com carteira assinada; outros 2 conselheiros, representando outros 16,7% do conjunto dos atuais 12 conselheiros, são aposentados ou pensionistas; 1, representando 8,3% do total é micro empresário.

O nível de escolaridade dos conselheiros.

Em relação ao grau de escolaridade dos atuais conselheiros municipais de saúde de Esperança temos a seguinte descrição: um conselheiro, representando 8,3% do total, possui o primeiro grau completo; quatro conselheiros, representando 33,3%, possuem o segundo grau completo; dois, representando 16,7% do total, possuem grau de ensino superior incompleto; quatro conselheiros, representando outros 33,3% do total, possuem grau de ensino superior completo e apenas um, representando 8,3% do total, possui nível de pós-graduação.

O nível de renda dos Conselheiros.

Quanto ao nível de renda dos conselheiros municipais de saúde do município de Esperança temos a seguinte configuração: um conselheiro, representando 8,3% dos atuais doze conselheiros, possui uma renda média mensal de R\$ 600,00 (seiscentos reais); três, ou

seja, 25%, possuem renda média mensal de R\$ 700,00 (setecentos reais); um, representando outros 8,3% do total, possui uma renda média mensal de R\$ 800,00 (oitocentos reais); um outro conselheiro, representando outro 8,3%, possui renda média mensal de R\$ 900,00 (novecentos reais); outro conselheiro, representando outros 8,3%, possui uma renda média mensal de R\$ 2.000,00 (dois mil reais); um outro conselheiro possui uma renda média de R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) e três outros conselheiros, representando 25% do conjunto dos conselheiros, possuem uma renda média mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

A qualificação técnica dos Conselheiros

De acordo com as respostas obtidas mediante a aplicação de questionários junto aos conselheiros, praticamente quase não existem processos de qualificação técnica proporcionada aos conselheiros. Em quase vinte anos de existência do Conselho Municipal de Saúde de Esperança, registra-se, apenas, um processo técnico de capacitação restrito a apenas quatro conselheiros no ano de 2002 conforme as investigações realizadas sobre os relatórios de gestão de 97 a 2006. De acordo com os dados tabulados a partir dos questionários aplicados, quando indagados sobre o item assessoria técnica 33% dos conselheiros entrevistados afirmaram que poucas vezes recebem esse tipo de assessoria e outros 50.0% afirmaram nunca ter recebido qualquer tipo assessoria técnicas ou processo de qualificação para atuarem junto ao conselho. Não obstante a quase total ausência de assessoria técnica e de processo de qualificação da ação dos conselheiros, quando questionados sobre se o conhecimento técnico tem sido decisivo nas deliberações conselho, 72,72% dos conselheiros entrevistados afirmaram que o conhecimento técnico tem sido e é decisivo para as deliberações do conselho. Do mesmo modo, quando questionados sobre se deve ser exigida formação técnica para participar no conselho, 83% dos conselheiros entrevistados concordam que sim, enquanto apenas 16.7% acham que não.

A atuação dos conselheiros: representatividade, credibilidade e legitimidade.

De acordo como os dados obtidos a partir da tabulação dos questionários aplicados aos conselheiros municipais de saúde de Esperança, 45,45% dos conselheiros entrevistados afirmaram que sempre consultam sua entidade antes de tomar uma posição no conselho, 9,09% afirmaram que, nem sempre, mas, muitas vezes consultam sua entidade antes de tomar alguma posição no conselho, 18% afirmaram que poucas vezes consultam sua entidade e 27,27% disseram nunca consultar a sua entidade antes de tomar qualquer tipo de decisão no conselho.

Ainda de acordo com os dados obtidos, 33% dos conselheiros ocupam cargo de direção na entidade que representam no conselho, enquanto que os outros 66,7% restantes não ocupam qualquer cargo de direção junto a sua entidade.

Dos atuais conselheiros, 25% pertencem a sua entidade há mais de 15 anos, 33% pertencem a sua entidade há cerca de 11 a 15 anos, outros 33,3% pertencem a sua entidade entre 6 e 10 anos e apenas 8,3% pertencem a sua entidade há menos de 5 anos.

Quanto a manter a sua entidade informada sobre os trabalhos do conselho municipal de saúde, 75% dos entrevistados afirmaram sempre manter a sua entidade informada, enquanto os outros 16,7% disseram manter sua entidade poucas vezes informada sobre as atividades do conselho.

Sobre os assuntos discutidos no conselho municipal de saúde, 75,0% dos conselheiros entrevistados afirmaram muitas vezes mantêm sua entidade informada, enquanto que apenas 8,3% admitiram manter suas instituição poucas vezes informada sobre os assuntos debatidos pelo conselho.

Em relação a receber algum tipo de orientação da entidade para a sua participação no conselho municipal de saúde 50% dos conselheiros dizem sempre receber algum tipo de orientação, 8,3% afirmam receber orientação muitas vezes, outros 8,3% afirmam poucas

vezes receber orientação de sua instituição e 25% afirmam nunca receber algum tipo de orientação de sua entidade para atuar no conselho.

Sobre a questão de saber se a sua entidade se interessa pelos assuntos discutidos no conselho, 66.7% dos conselheiros afirmaram que sua entidade sempre se interessa, 16.7% afirmaram que sua entidade pouco se interessa pelos assuntos debatidos pelo conselho.

No que se refere ao interesse da entidade sobre a atuação do seu representante no conselho, 75.% dos conselheiros entrevistados disseram que sua entidade sempre se interessa em saber da sua atuação no conselho, enquanto que 16.7% afirmaram que sua entidade pouco se interessa em saber de sua atuação.

A maioria dos conselheiros, ou seja, 66.7%, afirmam que a sua entidade sempre informa os associados sobre as questões em discussão no conselho municipal de saúde, 16.7% dizem que sua entidade poucas vezes informa seus associados sobre as questões do conselho.

Embora as respostas dadas pelos conselheiros entrevistados indiquem um nível positivo de legitimidade, credibilidade e representatividade dos mesmos, é importante considerar, contudo, que nem sempre as respostas dadas pelos conselheiros refletem com objetividade a realidade dos seus níveis de representação, legitimidade e credibilidade. Nesse sentido, é importante se reportar ao ambiente político e institucional, sobretudo naquilo que se refere às características do poder local e da cultura cívica na qual estão contextualizados esses mesmos conselheiros.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais do Município de Esperança, com 7.563 associados, representa a mais antiga e politicamente importante instituição coletiva do município. Contudo, a história do STR é marcada por uma forte centralização de poder onde se estabeleceu um grupo que há mais de 30 anos exerce o controle político do sindicato. Para se ter uma idéia mais concreta desse centralismo político no sindicato, basta citar, por exemplo, que desde os anos 80 o sindicato é presidido por José Antonio Pereira (Zé Mateus).

Além disso, o sindicato sempre esteve historicamente alinhado à lógica política do grupo vem hegemonicamente administrando o município, pelo menos, há quase 30 anos.

O Sindicato Patronal, apesar do nome é um sindicato de pequenos produtores rurais, conta com cerca de 60 associados e tal qual o STR, sempre esteve alinhado politicamente ao grupo político hegemônico, tendo, inclusive, a sua Presidente, a Sra. Lourdes Parteira (hoje falecida), sido eleita vereadora em legislaturas passadas.

As atuais 30 associações rurais existentes são, em sua larga maioria, presididas por sujeitos que estão, direto e indiretamente, vinculados ao ideário político do atual Deputado Estadual Arnaldo Monteiro Costa (PFL), líder incontestável do grupo político que vem administrando o município.

Os Conselhos Municipais como os Conselhos Escolares que são em número 30, o Conselho de Ação Social, o Conselho de Agricultura, os Clubes de Serviços como a Maçonaria e o Rotary Club, as Entidades Religiosas como as 10 Comunidades Evangélicas e as 19 Comunidades Católicas todos são e/ou estão, num certo sentido, direto ou indiretamente vinculados à lógica do poder local, seja em função de suas afinidades puramente ideológicas, seja em função de sua dependência econômica e política.

Ora, diante de um ambiente político e institucional, onde o poder local e a cultura cívica (?) são marcados pelas características acima descritas é, no mínimo, problemático pensar os conselheiros em termos de legitimidade, representatividade e credibilidade, assim como é problemático pensar o próprio conselho, seja em termos do controle social, da autonomia e do seu próprio nível de desempenho institucional.

Nesse sentido, compartilhamos do entendimento de que há graves problemas de legitimidade e representatividade no conselho municipal de saúde de Esperança na medida em que grande e significativa parte dos membros que compõem o conselho são sujeitos que, direto e indiretamente, estão ligados à lógica política do poder local. Há, concretamente,

problemas de legitimidade, representatividade, credibilidade e autonomia quando, por exemplo, um determinado conselheiro é, ao mesmo tempo, um vereador da base aliada do governo ou exerce cargo de confiança no governo.

Pelas as razões acima citadas entendemos, da mesma forma, haver problemas de organização, paridade e pluralidade democráticas no conselho, não do ponto de vista do seu formato em termos de legislação, uma vez que este obedece às normas e diretrizes legais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, mas, no sentido das estratégias e subterfúgios utilizadas na ocupação dos espaços do conselho por determinados agentes políticos como, por exemplo, o caso de funcionários de confiança do governo e dos agentes políticos (vereadores, cabos eleitorais, etc.) que, utilizando-se do caráter universalista do segmento dos usuários, uma vez que todo e qualquer cidadão é potencialmente um usuário do sistema, ocupam os espaços do conselho na perspectiva fazer prevalecer os interesses, muitas vezes particularistas, dos gestores ou de determinados segmentos.

O planejamento das atividades

De acordo com a análise de todas as atas do conselho municipal de saúde, dos relatórios de gestão e dos planos municipais de saúde, bem como dos regimentos internos e de todos os questionários aplicados constatamos que no conselho municipal de Esperança não há planejamento sistemático das atividades do conselho, bem como não há registro de planos e metas de curto, médio e longo prazos, assim como não há uma agenda de atividades permanentes, exceto no caso da secretaria do conselho onde a noção de atividade permanente se reduz basicamente a redação das atas do conselho e “organização” dos seus documentos.

A regularidade das reuniões

A partir de uma minuciosa análise das atas do conselho municipal de saúde de Esperança (conforme as demonstrações da Tabela 1) verificamos haver uma certa regularidade, apesar de alguns intervalos e interrupções dessa regularidade. O atual regimento interno no seu artigo 12 estabelece que *“o CMS se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente por convocação do presidente ou mediante o requerimento da maioria dos seus membros”*. Pelo que conseguimos apurar, até a data de 13 de novembro do corrente ano, o conselho realizou 135 reuniões ordinárias e 35 extraordinárias, tendo sido estas últimas, na maioria dos casos, convocadas pela presidência do conselho. Ainda conforme as apurações do nosso processo de pesquisa, o conselho manteve o registro das atas de forma manuscrita em livros de atas até a 89ª reunião ordinária, datada de 02 de outubro de 2001, a partir de então as atas passam a ser digitadas, ocorrendo vários casos em que as assinaturas de alguns dos conselheiros presentes não foram registradas havendo, inclusive, casos de atas duplicadas.

A dinâmica das reuniões

Como há previsão estabelecida no regimento interno para a realização das reuniões ordinárias, pressupõe-se que não há uma sistemática formal de convocação, contudo, de acordo com o então conselheiro Eduardo Jorge Dias Florentino, hoje vice-prefeito do município de Esperança,

“Com relação a pauta das reuniões, sempre temos conhecimento no ato do recebimento da convocação, que é de no mínimo 03(três) dias, e as vezes já estabelecemos pontos para a pauta no final da reunião que antecede a próxima. Quanto as atas, elas são lidas e colocadas em votação, no início de cada reunião posterior”.(Conselheiro entrevistado Eduardo Jorge Dias Florentino)

Não obstante a fala do conselheiro Eduardo Jorge, a sistemática de convocação antecedente só tem funcionado, na prática, para os casos relacionados às reuniões extraordinárias.

Com relação dinâmica propriamente dita das reuniões, o atual regimento interno do conselho municipal de saúde estabelece em seu artigo 14 que “*as reuniões do CMS serão compostas por: informes, aprovação de atas da sessão anterior, expediente e ordem do dia*”. O expediente refere-se ao tempo de duração da reunião e a ordem do dia refere-se aos assuntos constantes da pauta para processo de deliberação.

A partir de uma cuidadosa análise das atas do conselho municipal de saúde de Esperança expressas na Tabela 1, pode-se observar que no desenvolvimento dos “debates” há uma predominância da fala do presidente (secretário(a) de saúde) que, na quase absoluta maioria dos casos, centraliza o encaminhamento das questões circunscrevendo-as a razões puramente técnicas, o que resulta, na quase totalidade dos casos, num processo de aprovação unânime das matérias em apreciação inibindo, desta forma, a formação de blocos, o estabelecimento de negociações, articulações e, sobretudo, a formação democrática de consensos.

A efetividade do conselho

De acordo com Teixeira (2000), a efetividade do conselho depende de um conjunto de forças, entre elas a pressão social, que pressupõe uma boa articulação entre o conselho e a sociedade. Essa articulação entre o conselho e a sociedade depende de, por sua vez, de uma série de outros processos como uma tradição e cultura cívica de participação, da publicização das ações do próprio conselho, etc.

Ora, de acordo os dados obtidos a partir da aplicação de questionários, quando questionados sobre se as deliberações do conselho são publicadas junto a comunidade, 58,3%

dos conselheiros afirmaram que o conselho, em geral, não repassa para a comunidade os assuntos ali são discutidos e deliberados. Quando questionados sobre a participação da comunidade nas reuniões do conselho, todos os conselheiros afirmaram que praticamente quase não existe participação de membros da comunidade nas reuniões do conselho. Conforme relatório da própria secretaria municipal de saúde encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite, em dezembro de 1998, quanto perguntado pela Comissão se o conselho municipal de saúde divulgava para a comunidade as suas discussões e deliberações, a secretária e também presidente do CMS, Lúcia de Fátima Gonçalves Maia Derks, responde taxativamente que não. E mais, quando inquiridos se existe autonomia do conselho em relação à secretaria e ao executivo municipal, 50% dos conselheiros afirmaram que não. Quando questionados sobre em que medida o CMS interfere na política de saúde do município, 75% dos conselheiros afirmaram que o conselho interfere razoavelmente, 8,3% afirmaram que o conselho interfere muito pouco e apenas 16,7% acham que o conselho interfere muito na política municipal de saúde. Por fim, quando perguntados se as prioridades deliberadas pelo conselho são transformadas efetivamente em ações concretas para a saúde da população, 66% dos conselheiros afirmaram que só parcialmente essas prioridades são transformadas em ações efetivas de saúde.

Ora, um conselho que não publiciza as suas ações, que não conta com a participação da comunidade e não mantém com esta qualquer nível de articulação, um conselho que reconhece que interfere razoavelmente na política municipal de saúde e que não tem certeza de sua autonomia frente aos gestores da saúde, dificilmente será um conselho efetivamente deliberativo, nesse sentido, o conselho municipal de saúde de Esperança tende mais a ser um instrumento de acesso do gestor local aos financiamentos federais e estaduais que propriamente uma arena democrática.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instituto dos novos arranjos participativos instituídos a partir da constituição de 1988 marca na história política brasileira um novo tipo de relação entre a sociedade civil e o Estado possibilitando, desta forma, a abertura de novos campos e espaços de negociação democrática. Neste sentido, os conselhos surgiram como espaços institucionais que se constituem, pelo menos ao nível de suas possibilidades, em arenas de interação entre o governo e a sociedade, onde os diversos, múltiplos e divergentes interesses, sejam do mercado, da sociedade ou dos poderes públicos são expressos, mediados e negociados, criando, portanto, novas condições e possibilidades para o estabelecimento de processos consensuais de tomada de decisões e melhores possibilidades quanto à eficácia e a efetividade das políticas públicas, sobretudo, imagina-se, no âmbito da localidade.

Na área específica da saúde, a legislação do SUS determina o papel dos atores no sistema e os aloca em termos das suas responsabilidades. Nesse sentido, a gestão do sistema passa a ser partilhada entre os diversos atores do sistema mediante o instituto dos conselhos que têm, a nível formal-legal, um caráter deliberativo sobre a agenda setorial. Assim, o conselho municipal de saúde se constitui então em então um organismo de política social referenciado a partir dos pressupostos teóricos da democracia participativa.

Os Conselhos Municipais de Saúde, enquanto instâncias de ação política que objetivam articular as ações dos gestores aos interesses dos cidadãos são uma expressão, formalmente concreta, da ampliação do princípio da participação da sociedade civil organizada nas decisões políticas do setor, representando, pois, um relevante instrumento que tende a consolidar a introdução de mecanismos de democracia participativa na gestão da coisa pública no Brasil.

Entretanto, os Conselhos de Saúde têm apresentado um quadro adverso quanto a sua real possibilidade de funcionar como um arranjo institucional capaz de garantir um maior controle da sociedade civil sobre as políticas públicas. A consolidação dos conselhos enquanto instrumentos capazes de exercer com eficiência e eficácia o controle social dos recursos públicos dependem, sobremaneira, do ambiente político e institucional, das características do poder local e, sobretudo, de uma tradição e cultura cívica consolidadas.

Nesse sentido, nas páginas precedentes demonstramos o ambiente político e institucional do município da Esperança evidenciando sua organização política cultura cívica, isto em função de que acreditamos que o funcionamento do conselho está, em grande medida, condicionado às forças que atuam nesse ambiente. Procuramos, por outro lado, identificar a existência ou ausência de ingerências político-partidárias dos gestores municipais ou das organizações da sociedade civil com acento no conselho.

Nesse sentido, a tradição e a cultura cívica apresentada no município de Esperança nos leva a crer que os atuais mecanismos de participação por si só não são capazes de gerar os efeitos que deles se esperam, sobretudo quando não existe um bom nível de organização social do ambiente no qual estão inseridos esses mesmos mecanismos de participação, quando o exercício e as práticas do poder local são, ainda, caracterizados pela lógica política do clientelismo e da dependência pessoal.

Embora o conselho municipal de Esperança seja, a exemplo dos demais conselhos, de natureza deliberativa, contudo suas deliberações têm sido fortemente condicionadas à lógica dos interesses políticos dos gestores municipais, o que indica uma clara falta de autonomia, como o reconhecem, até certo ponto, os próprios conselheiros. De acordo com aquilo que conseguimos apurar, o conselho municipal de Esperança tem, historicamente, se constituído numa mera instância de “legitimação” das políticas elaboradas pelo executivo municipal, sendo seu poder e capacidade de interferência e controle da gestão da saúde pública, na

melhor das hipóteses, razoável, para não dizer medíocre, isto, em função de uma serie de condições históricas e conjunturais nas quais se inscrevem a ausência de vontade política dos prefeitos e secretários de saúde em compartilhar o poder, a própria inoperância, ineficiência e ineficácia do conselho, em função da ausência de uma tradição e cultura política vigorosa na sociedade civil local, da vigência de práticas políticas de cunho fundamentalmente tradicional que permeiam a cultura política local.

Para que o conselho municipal de saúde possa vir a exercer um controle social eficaz e eficiente, para que tenha um bom nível de desempenho institucional são necessários alguns requisitos entre os quais podemos citar: uma infra-estrutura mínima a partir da qual vir a desenvolver atividades de caráter permanente na definição de planos de trabalho e cronogramas de reunião, na produção de diagnósticos e identificação de problemas; um processo permanente de capacitação que proporcione aos conselheiros um certo nível de conhecimento técnico das estruturas burocráticas e dos mecanismos legais para a elaboração de políticas; um orçamento próprio, uma vez que a autonomia do conselho depende, num certo sentido, de uma fonte orçamentária própria para que o conselho não fique a mercê da “vontade” política do gestor; que os conselheiros apresentem um nível considerável de legitimidade, credibilidade e representatividade; um processo permanente de planejamento das atividades.

Não obstante os requisitos acima citados, como ficou evidente na caracterização apresentada nas seções anteriores, o conselho municipal de Esperança não dispõe desses elementos citados, restringindo a sua ação às reuniões e às atividades meramente burocráticas. Ademais, o Conselho não possui infra-estrutura física e funcional próprias, funcionam, geralmente, nas dependências (auditório) da própria secretaria de saúde, apenas para realização de reuniões. O conselho não possui arquivos, calendários e agendas de trabalho, apenas os documentos básicos, registrando-se inclusive a ausência de alguns deste. A

elaboração das atas, das pautas e o controle de frequência são feitos por um membro do conselho ou alguém dos quadros da própria secretaria de saúde que, neste caso, não desempenha atividades exclusivamente relacionadas ao conselho. Um outro problema relacionado às limitações ao bom funcionamento do conselho diz respeito à ausência de orçamento próprio. Ora, de acordo com a 4ª Diretriz da Resolução 333/03, os Governos deverão garantir o pleno funcionamento dos conselhos de saúde através de uma dotação orçamentária com recursos do tesouro. Em seu item IV a Resolução 3333 estabelece que o orçamento do conselho será gerido pelo próprio conselho de saúde. Não obstante as determinações da Resolução 333, o fato concreto é que, geralmente, os conselhos municipais de saúde não, como no caso próprio conselho municipal de saúde de Esperança, não têm orçamento próprio ficando as atividades do conselho, numa situação de dependência quase absoluta à boa “vontade”, para não dizer aos interesses, do gestor. Assim, inserido num contexto marcado por uma tradição e cultura cívico-associativa medíocre o conselho municipal de saúde de Esperança, assim como, em geral, os conselhos municipais da Paraíba (Cf. CANIELLO & JUSTINO FILHO, 2004), tem se tornado um órgão totalmente dependente da lógica das políticas de saúde proposta pelo gestor, não representando e legitimando, desta forma, as demandas da população.

Um dos aspectos mais significativamente importante para o bom funcionamento do Conselho se refere a sua composição, representação e legitimidade. A Lei Orgânica da Saúde estabelece que 50%, ou seja, metade dos conselheiros deve ser composta pela representação dos usuários, sendo os outros 50% composto pela representação dos prestadores de serviços distribuída entre os representantes de governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

O princípio da paridade no âmbito interno dos Conselhos objetiva garantir a instituição do fundamento da pluralidade a partir da qual as diversas representações e os]interesses

políticos diversos possam estabelecer processos de discussão, negociação e consenso na perspectiva de propor as diretrizes fundamentais das políticas sociais da saúde.

A partir do processo de pesquisa empreendido sobre o conselho municipal de saúde de Esperança verificamos que as suas diferentes composições (gestões) apresentam características que se assemelham aos estudos empíricos realizados por Caniello e Justino Filho (2004). Por exemplo, na análise do conselho municipal de Esperança, verificamos que nas suas primeiras gestões os critérios de paridade e pluralidade não foram formalmente considerados. Contudo, em função das exigências legais estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde, o conselho, ou melhor, os gestores (o secretário municipal de saúde e o prefeito), logo empreenderam esforços no sentido de adaptar, pelo menos legalmente, a composição do conselho às exigências estabelecidas por Lei.

Outro fator significativamente importante para a consolidação dos conselhos enquanto instrumentos realmente efetivos de democratização das políticas públicas de saúde refere-se à permanente qualificação e capacitação dos conselheiros, sobretudo com relação ao segmento dos usuários, uma vez que os segmentos dos prestadores de serviços públicos e privados conveniados ao SUS possuem um certo nível de qualificação que, de certa forma, resulta numa atuação mais sofisticada deste segmento. Nesse sentido, um processo permanente de qualificação técnica, política e institucional possibilitaria aos conselheiros uma melhoria da qualidade de sua atuação resultando, pressupõe-se, na qualidade da própria intervenção e controle social do próprio conselho sobre as políticas públicas de saúde.

Em que pese as considerações acima, o fato concreto é que os processos de qualificação capacitação do conselho municipal de saúde de Esperança, a exemplo dos demais conselhos de saúde do Estado da Paraíba, não tem sido uma constante, limitando-se esse processos, num espaço de quase 20 anos de existência do conselho, a apenas dois ou três “cursos de capacitação” limitados a apenas uma ínfima parte dos conselheiros.

Como aqui já foi dito, o ambiente político e institucional no qual estão inseridos e contextualizados os conselhos de saúde exercem uma significativa influência sobre o seu nível de "desempenho institucional". Nesse sentido, a forma como é exercido o poder local e como se caracteriza a tradição e cultura cívicas são fatores são fundamentais na configuração desse ambiente.

Ora, em Esperança, como foi aqui demonstrado, observa-se que a falta de mobilização da sociedade, associada à prevalência de padrões tradicionais de dominação política, expressos nas relações de patronagem, do patriarcalismo, na existência de oligarquias políticas, no mandonismo, no nepotismo etc., acaba se refletindo no nível de desempenho institucional do conselho impossibilitando uma prática democrática fomentando, desta forma, a reprodução e ressignificação de estratégias políticas clientelistas, influenciando, conseqüentemente, de forma deletéria em qualidade do seu controle social, da sua eficiência e da sua eficácia.

Os fundamentos teóricos e metodológicos a partir dos quais situamos o nosso processo de investigação pressupõem que o ao efetivo exercício de controle social, por parte do conselho, são imprescindíveis a existência uma sociedade civil mobilizada, expressa numa vigorosa tradição e cultura política, o exercício democrático do poder local, uma característica verdadeiramente autônoma do conselho, um processo permanente de qualificação técnica, política e institucional dos conselheiros, um significativo nível de representatividade, credibilidade e legitimidade destes últimos, uma consolidada infraestrutura, expressa num regimento interno democraticamente coerente, num orçamento e ambiente próprios, numa consolidada dinâmica de funcionamento expressa no numa regularidade sistemática das reuniões e no sistemático planejamento de curto, médio e longo prazos, a partir dos quais se garantir a eficiência e a eficácia do controle social exercido pelo conselho municipal de saúde.

Ora, como demonstramos mediante a exposição dos as informações apuradas, no conselho municipal de saúde de Esperança a perspectiva de um bom "desempenho institucional" esbarra, exato e precisamente, nos obstáculos característicos de uma cultura política deletéria prevalecente no setor público que, imbuído de práticas oligárquicas, clientelistas, patrimonialistas e autoritárias exercidas por grupos que se perpetuam alternadamente no mandonismo local, não admitem quaisquer possibilidades de partilha do poder, numa frágil tradição e cultura cívicas e por um profundo hiato entre aquilo que determina a lei e aquilo que é efetivamente realizado na prática do funcionamento do conselho. Nesses termos, pensar o Conselho Municipal de Esperança em termos da categoria de Controle Social é concluir, portanto que este controle efetivamente não existe.

8. ANEXOS

ANEXO 1 – DOCUMENTOS CONSULTADOS

Legislação Federal

- **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde);
- **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990 (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências);
- **NOB-SUS 01/96** (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde), instituída pela Resolução 195/96 do Conselho Nacional de Saúde;
- **Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde** (Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”);
- **NOAS-SUS 01/02** (Norma Operacional da Assistência à Saúde /SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

Documentos Federais

- **Guia de Referência da Legislação Básica do SUS, ênfase para a gestão municipal e o controle social** (Aurora de Conceição Rezende, assessora técnica da bancada do PT na Câmara dos Deputados);
- **Propostas de Atualização da Resolução CNS 33/92 (Contribuições recebidas dos Conselhos Estaduais, Municipais; Plenárias Estaduais e Regionais de Conselhos de Saúde preparatórias a X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde);**
- **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS** (Conselho Nacional de Saúde, 2002)
- **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Realizada em Brasília de 15 a 19 de dezembro de 2000);**
- **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes** (Conselho Nacional de Saúde, agosto de 2002).

Legislação Estadual

- **Decreto 12.228, de 19 de novembro de 1987 (Cria o Conselho Estadual de Saúde da Paraíba – CES/PB).**

- **Lei 6.712, de 29 de dezembro de 1998 (Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde, define a sua composição, organização, estrutura, competência e dá outras providências);**
- **Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, aprovado em 12 de maio de 1999.**

Documentos Municipais

- **Relatório de Gestão 1997 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 1998 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 1999 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2000 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2001 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2002 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2003 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2004 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2005 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2006 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Relatório de Gestão 2007 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Plano Municipal de Saúde 1993-1997 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Plano Municipal de Saúde 1998-2001 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Plano Municipal de Saúde 2002-2005 (Secretaria de Municipal de Saúde);**
- **Plano Municipal de Saúde 1998-2001 (Secretaria de Municipal de Saúde);**

Legislação Municipal

- **Lei, Decreto ou Portaria de instituição do Conselho;**
- **Regimento Interno do Conselho;**
- **Portarias designando os membros titulares e suplentes para comporem o Conselho;**

Documentos Municipais

- **Atas das Reuniões do Conselho;**
- **Planos Municipais de Saúde;**
- **Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde**

Tabela 1: Planilha de Atas com data, assunto e deliberações do Conselho Municipal de Saúde.

ATAS DO CMS	DATA	PAUTA-ASSUNTO	DELIBERAÇÕES
1ª	20/09/1991	Conferencia sobre a municipalização da saúde e implantação do SUS Eleição de delegados para a Conferência Estadual de Saúde; Implantação do programa de agentes comunitários.	Eleição por unanimidade dos delegados à Conferência Estadual de saúde Francisco Celso Abílio Diniz (Secretário Municipal de Saúde e Presidente do CMS) e Matias Grangeiro Aprovação por unanimidade do programa de agentes comunitários após explicações técnicas do Coordenador Estadual do Programa de ACS.
2ª	21/10/1991	Posse dos membros do CMS e eleição da mesa diretora do CMS e aprovação do Regimento Interno do CMS; Prestação de contas.	Aprovação por unanimidade do regimento interno do CMS e mesa diretora do CMS, tendo o secretário como presidente. Solicitação de vistas às constas para posterior aprovação.
3ª	30/10/1991	Verba para os núcleos municipais de saúde e pagamento pelo sus (gratificações) para quem tem contato direto com os pacientes	Presença da secretária de finanças do município para dar explicações sobre verbas e orçamentos da saúde; discussão sobre gratificação com verbas dos SUS para os funcionários da saúde; Eleição de

			uma comissão para analisar as carências de benefícios dos núcleos municipais de saúde.
4ª	25/11/1991	Discussão sobre o relatório da comissão de análise da situação dos núcleos municipais de saúde.	Convocação do prefeito para apresentar a situação dos nms e solicitar providências.
5ª	06/12/1991	Discussão sobre a situação dos nms e a aplicação de verbas sobre estes	Não houve deliberações e a situação do uso das verbas ficou na mesma.
6ª	29/04/1992	Situação da cólera e os recursos oriundos do sus. Presença do prefeito.	Não houve.
1ª (extraordinária)	30/06/1992	Gratificação do sus para quem trabalha diretamente com a saúde; O problema da cólera.	Aprovação de gratificação pelo sus para quem trabalha diretamente com a saúde.
7ª	17/05/1993	Apresentação do plano de ação da divisão municipal de saúde. (posse da nova secretária de saúde e presidente do CMS Dra. Lúcia Derks. Retomada dos trabalhos do CMS).	Formação de uma comissão para campanha educativa sobre aids para o período junino
2ª (extraordinária)	20/09/1993	Discussão sobre a municipalização; Visita da missão cubana; Reformulação do CMS	Não houve
3ª (extraordinária)	27/09/1993	A nova composição do CMS	Não houve
4ª (extraordinária)	25/10/1993	Reestruturação do CMS	Não houve
5ª (extraordinária)	08/11/1993	Reestruturação do CMS	Não houve
6ª (extraordinária)	19/11/1993	Reestruturação do CMS. Apresentação da nova estrutura do CMS	Não houve
7ª (extraordinária)	13/12/1993	Divisão da gratificação do SUS	Não houve
8ª (extraordinária)	27/12/1993	Relatório de viagem da secretária de saúde (presidente do CMS) à Brasília	A forma de distribuição do programa do leite (ses e sesp). Regulamentação do acesso ao programa

			do leite.
8ª	07/02/1994	Posse do CMS de acordo com a Lei 754 de 03/02/1994 (reestruturação)	Composição: Lucia de Fatima Maia Derks; Dra. Eva Diniz; Irmã Luciana; dra. Maria auxiliadora da costa; Jose adeilton da silva moreno;merivania Rodrigues, rosa Virginia câmara Duarte. Maria da gloria Gomes Ferreira; Antonio araujo do nascimento; Jose Antonio pereira; Antonio Feliciano da silva; Maria de fátima patricio de Souza, gloriza Guedes de araujo, aldaci dos santos, Maria joadice Rodrigues, Matias grangeiro
9ª	28/02/1994	Escolha do presidente do CMS, apresentação do relatório e plano anual de atividades da secretaria.	Eleição por unanimidade da Secretária como presidente do CMS, mediante votação aberta.
10ª	29/03/1994	Regimento interno do CMS e discussão sobre a inclusão do município no programa de municipalização plena da saúde.	Aprovação da proposta do executivo municipal para a municipalização na forma incipiente.
11ª	18/04/1994	Informações sobre a conferencia nacional de saúde do trabalhador.	Aprovação dos critérios para inclusão de crianças de até 3 anos no programa de distribuição do leite.
9ª (extraordinária)	25/04/1994	Votação do regimento interno e aprovação da gratificação SIA/SUS aos funcionários da divisão de saúde.	Aprovação do regimento interno; aprovação dos critérios de

			gratificação do pessoal da secretaria.
12 ^a	16/05/1994	Projeto multidisciplinar interiorizando (UEPB-PME). Semana Nacional da Saúde	Aprovação do projeto multidisciplinar interiorizando.
13 ^a	16/06/1994	Municipalização da saúde.	Municipalização da saúde (informes)
10 ^a (extraordinária)	07/07/1994	Inclusão de novos ACS	Aprovação da ampliação do número de ACS (06)
14 ^a	19/07/1994	Programa das atividades ambulatoriais; relatório semestral da situação da natalidade e mortalidade do município.	Não houve
15 ^a	17/08/1994	Seleção dos ACS e renovação do convenio programa do leite.	Não houve
16 ^a	16/09/1994	Descentralização da FNS (SESP)	Informes e discussões.
17 ^a	18/10/1994	As finanças da secretaria de saúde.	Estabelecimento de critérios para a distribuição de medicamentos.
1 ^a (extraordinária)	27/10/1994	Reabertura das UTI'S do HGE (fechadas após denúncias feitas ao hospital e após decisão de auditorias do INAMPS)	Aprovação de ofício (a ser enviado à SES) do CMS solicitando a aberturas das UTI'S infantil e adulto do HGE
18 ^a	21/11/1994	Solicitação de renovação do programa "Leite é saúde"; Fundo Municipal de Saúde; Solicitação Of. N° 01/94 do HGE (aumento de ultrasonografias e atendimentos odontológicos)	Aprovação do projeto de organização dos serviços básicos de saúde materno-infantil e sistema de vigilância nutricional - sisvan
19 ^a	20/12/1994	Produtividade do SUS	Não houve
20 ^a	16/01/1995	Produtividade do SUS	Não houve
12 ^a (extraordinária)	25/05/1995	Aprovação do programa SIA/SUS, SIH/SUS do município.	Não houve
22 ^a	15/05/1995	Transferência de funcionários públicos federais lotados na secretaria municipal de saúde.	Aprovação das transferências de três funcionários do SESP e eleição de seus substitutos no

			cms.
23 ^a	19/06/1995	Prestação de contas; produtividade; gratificação da secretária de saúde do CMS.	Aprovação de gratificação para a secretária do CMS no valor de meio salário mínimo. Aprovação de ofício a ser enviado ao prefeito solicitando a devolução da ambulância cedida à secretaria de educação.
24 ^a	17/07/1995	Produtividade.	Não houve
25 ^a	15/10/1995	Informes gerais	Não houve
26 ^a	25/09/1995	Produtividade; mudança de gestão de municipalização.	Não houve
27 ^a	23/10/1995	Mudança da gestão de municipalização e desistência de acs.	Aprovação do auto-afastamento da acs lindinalva Braga.
28 ^a	20/11/1995	Discussão sobre mudança de gestão da municipalização.	Não houve.
29 ^a	12/02/1996	Conferencia municipal de saúde; prestação de contas; recadastramento dos serviços.	Não houve
13 ^a (extraordinária)	08/03/1996	Conferencia municipal de saúde.	Aprovação da I conferencia municipal de saúde.
30 ^a	19/03/1996	Desligamento de acs	Não houve
31 ^a	22/04/1996	Relatório da I conferencia municipal de saúde.	Não houve
32 ^a	20/05/1996	Leitura do relatório da I conferencia municipal de saúde.	Não houve
33 ^a	13/06/1996	Afastamento de acs. Ednildo de Oliveira Porto para candidatar-se a vereador.	Aprovação do projeto do programa saúde da família. Aprovação do afastamento do acs Ednildo.
34 ^a	12/07/1996	Informes gerais	Aprovação do afastamento do médico odontólogo José Valdetário.
35 ^a	19/08/1996	Informes gerais	Aprovação de junta médica para o INSS.
36 ^a	16/09/1996	Plano de erradicação do aedes egyptes; III encontro de Adolescentes.informes	Não houve

14 ^a (extraordinária)	26/09/1996	Aumento do teto orçamentário da Casa de Saúde e Maternidade São Francisco de Assis	Aprovação de envio de ofício solicitando à comissão intergestores do bipartite a revisão do teto orçamentário da maternidade.
37 ^a	21/10/1996	Plano de erradicação do aedes egyptes; encontro de adolescentes. informes	Reabertura das uti's do hge.
38 ^a	21/11/1996	Implantação do programa saúde da família.	Aprovação dos critérios de seleção de profissionais para atuarem no programa saúde da família.
15 ^a (extraordinária)	05/12/1996	Aprovação da regulamentação da seleção do programa saúde da família.	Homologação dos candidatos
16 ^a (extraordinária)	10/03/1997	Discussão para a reativação do programa Leite é saúde.	Aprovação da proposta de reativação do programa do leite.
39 ^a	20/02/1997	Homologação do teste seletivo do programa saúde da família. Desistência de acs.	Aprovação do desligamento do acs. Adailton da silva moreno.
40 ^a	20/03/1997	Municipalização nob/96; vigilância sanitaria	Não houve
41 ^a	17/04/1997	Surto de cólera e dengue.	Não houve
42 ^a	15/05/1997	Reformulação do regimento interno do CMS	Formação de comissão para reformulação do regimento interno do CMS e para avaliação do STR
43 ^a	19/06/1997	Apreciação da proposta de regimento interno; apreciação do relatório de gestão da secretaria 93-96	Não houve
17 ^a (extraordinária)	05/08/1997	Aquisição de uma ambulância para a secretaria de saúde.	Aprovação para aquisição de uma ambulância.
18 ^a (extraordinária)	06/07/1997	Transformação do centro de saúde em unidade mista	Não houve
44 ^a	17/07/1997	Aprovação do relatório de gestão 93/96; apreciação de regimento interno	Aprovação do relatório de gestão.
45 ^a	21/08/1997	Mudança da gestão incipiente para	Aprovação (sob a

		gestão plena de atenção básica; reforma e ampliação do centro de saúde para unidade mista	presença do prefeito Arnaldo Monteiro) da mudança de gestão. Aprovação da reforma e ampliação do centro de saúde para unidade mista (hospital municipal)
46 ^a	18/09/1997	Aprovação da proposta de regimento interno. Aprovação de prestação de contas	Aprovação do regimento interno.
19 ^a (extraordinária)	31/10/1997	Aprovação da proposta do PAB – piso assistencial básico.	Aprovação do pab.
47 ^a	23/10/1997	Setor de marcação de consulta da sms. Resolução da gratificação SIA/SUS. Aprovação do PAB. Aprovação das contas do FMS	Aprovação das contas do FMS
48 ^a	27/11/1997	Impacto sobre a mortalidade infantil. Implantação do sistema de informação em saúde. Solicitação de transferência da servido Ana J. Leite Nóbrega. Proposta de modificação da nob/96	Não houve
49 ^a	18/12/1997	Aprovação do calendário anual de reuniões.	Não houve
51 ^a	17/02/1998	Relatório de gestão/97; implantação do PSF; municipalização nob/96	Anúncio da gestão plena de atenção básica (portaria 906 de 11/02/1998)
20 ^a (extraordinária)	06/04/1998	Aprovação da programação pactuada integrada – PPI.	Aprovação da ppi e da planilha de gratificações. Aprovação do desligamento do acs.
52 ^a	21/03/1998	Aprovação do relatório de gestão/97; PAB – piso de atenção básica; apreciação do plano anual de saúde.	Aprovação do relatório de gestão/97.
53 ^a	30/04/1998	Caso de permanência da gratificação SAI/SUS; I encontro de conselheiros de saúde da paraíba; ampliação do PACS.	Informes: criação do sistema municipal de auditoria em saúde. Aprovação de proposta de ampliação do PACS enviada pelo prefeito.

21 ^a (extraordinária)	07/05/1998	Escolha dos representantes do CMS ao I encontro estadual de conselheiros.	Escolha dos conselheiros ao encontro estadual.
54 ^a	21/05/1998	Homologação dos nomes dos agentes comunitários de saúde aprovados.(ampliação do PACS); plano municipal de combate às carências nutricionais; apresentação do relatório do I encontro estadual de conselheiros; escolha dos membros do CMS ao V encontro nacional de conselheiros.	Indicação dos conselheiros ao encontro nacional de conselheiros.
55 ^a	07/06/1998	Discussão do plano municipal de saúde; apreciação do plano municipal de combate a carências nutricionais; apreciação do relatório do II encontro nacional de conselheiros.	Aprovação do plano municipal de combate a carências nutricionais.
56 ^a	29/07/1998	Apreciação da prestação de contas do PAB/SUS.	Não houve.
57 ^a	01/09/1998	Aprovação das contas do PAB/SUS; remanejamento do numero de beneficiários do programa de recuperação nutricional.	Aprovação das contas do PAB/SUS. Aprovação do ofício do PRN.
58 ^a	24/09/1998	Ampliação de atendimento ao diabético ampliação de atendimento de psiquiatria; oficina para recursos humanos da secretaria.	Não houve
59 ^a	23/10/1998	Aprovação do plano municipal de saúde.	Aprovação do plano municipal de saúde.
22 ^a (extraordinária)	11/12/1998	Aprovação do relatório de gestão de 98.	Aprovação do relatório de gestão de 1998
23 ^a (extraordinária)	14/12/1998	Aprovação do pleito de mudança de gestão plena de atenção básica para gestão plena do sistema municipal.	Aprovação do pleito de mudança...
60 ^a	26/11/1998	Reincidência dos casos de cólera; situação da casa de saúde e maternidade.	Solicitação à presidência no sentido de levar ao conhecimento do gestor estadual a situação da casa de saúde e matern.
61 ^a	22/12/1998	Apreciação e aprovação do plano para organização do serviço de controle, avaliação e auditoria da secretaria.	Aprovação do setor de avaliação e auditoria.
24 ^a (extraordinária)	24/02/1999	Ampliação do programa saúde da família.	Aprovação da ampliação do

			programa saúde da família.
62 ^a	25/03/1999	Plano municipal de assistência farmacêutica; implantação do PRODACTA; relatório de atividades do PSF; desligamento de ACS; relatório de atividades do PEAQ; descentralização das endemias.	Aprovação do plano municipal de assistência a farmácia básica.
25 ^a (extraordinária)	09/04/1999	Implantação da gestão plena do sistema de saúde do município.	Publicação no DOU de 29/03/1999 da mudança de gestão de atenção básica para mudança de gestão plena do sistema.
63 ^a	29/04/1999	Programação do FAE do município; programação de AIH's do município de Esperança e as referências; programa de modernização gerencial e re-equipamento da rede de assistência privada ligada ao SUS.	Aprovação da programação do FAE. (divisão de aihs, procedimentos médicos em geral)
23 ^a (extraordinária)	08/06/1999	Projeto VIGISUS; pacto de ações de saúde/99; relatório do SIH/SUS da auditoria tripartite de março/99.	Informes
64 ^a	24/05/1999	Assuntos diversos. Informar plenária do conselho nacional de saúde.	Informes
65 ^a	08/07/1999	Desligamento de ACS; vigilância a saúde; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; relatório da oficina; pacto de indicadores; prestação de contas.	Informes.
66 ^a	03/08/1999	Prestação de contas; programa de combate às carências nutricionais; mapeamento e ampliação do PACS; farmácia básica.	Aprovação de prestação de contas. Aprovação de contratação de 10 ACS.
67 ^a	19/08/1999	Prestação de contas da gestão plena; funcionamento do centro de saúde.	Informes (bloqueio de contas do HGE)
68 ^a	24/09/1999	Apreciação do relatório do programa do leite; apreciação da solicitação de reserva financeira para compra de equipamentos, moveis e insumos para a unidade mista; orientações sobre aplicações de recursos financeiros do SUS fundo a fundo.	Aprovação da reserva financeira (hospital municipal).
69 ^a	28/10/1999	Assuntos diversos.	Informes gerais
70 ^a	26/11/1999	Programa de saúde mental; apresentação das despesas SAI/SUS	Aprovação dos balancetes SAI/SUS
71 ^a	20/12/1999	Aprovação das contas do SAI/SUS	Informes.

72 ^a	25/02/2000	Conferencia municipal de saúde; ampliação do PSF da zona urbana.	Informes.
73 ^a	03/04/2000	Apresentação do relatório de gestão/99; pactuação do contrato entre PME e Sindicato; apresentação das ações de combate à dengue; pacto FUNASA e SMS.	Aprovação do relatório de gestão/99.
74 ^a	28/04/2000	Organização da II conferencia municipal de saúde.	Informes.
75 ^a	25/02/2000	Aprovação do regimento da II conferencia.	Informes
76 ^a	26/06/2000	Apresentação do pacto de indicadores; apresentação parcial de notas fiscais de compras para o hospital municipal.	Informes
77 ^a	31/07/2000	Funcionamento do HM e homologação dos delegados à IV conferencia estadual.	Inauguração do HM em 29/06/2000. homologação dos delegados e informes gerais.
27 ^a (extraordinária)	22/09/2000	Avaliação da habilitação da gestão plena do SUS pelos auditores da SES.	Dialogo dos auditores com os conselheiros.
78 ^a	31/08/2000	Apresentação do pacto de indicadores do ano de 2000; portaria da farmácia básica; guias de referencia para o controle social; aprovação do plano de carências nutricionais.	Informes.
79 ^a	16/10/2000	Prestação de contas do SUS; comunicação sobre a prestação de serviços do SUS; desligamento de ACS. PARALIZACAO DAS ATIVIDADES DO HGE.	Informes sobre o fim do funcionamento do HGE desde 02/10/200. Recebimento de oficio (encaminhado pela diretoria do HGE) solicitando a suspensão do convenio do HGE celebrado desde 1984.
80 ^a	17/11/2000	Lei de responsabilidade fiscal; documentos de reorganização de assistência à saúde. Apresentação da PEC/2000 (EMENDA CONSTITUCIONAL DA SAUDE)	Informes.
81 ^a	27/12/2000	Aprovação das contas do SAI/SUS; informes gerais.	Informes.

82 ^a	16/02/2001	Aprovação das contas do FMS; informações sobre a NOAS/SUS 2001; apreciação do projeto de saúde bucal; apreciação do projeto de homologação do parto e nascimento.	Aprovação das contas do FMS.
83 ^a	29/03/2001	Cartão SUS; regionalização; aprovação do plano de combate às carências nutricionais; transferências de servidor.	Informes sobre a RENOVACAO DO CONSELHO.
84 ^a	27/04/2001	Discussão sobre o plano municipal de saúde 2002-2005	Informes.
85 ^a	25/05/2001	Plano de ação para implantação do cartão nacional do SUS; apresentação do relatório de gestão de 2000; posse do conselheiro João Delfino.	Aprovação do relatório de gestão de 2000; aprovação do plano de ação do cartão SUS.
86 ^a	20/06/2001	Apresentação da resolução 33/92; bolsa alimentação.	Informes.
28 ^a (extraordinária)	28/06/2001	Reunião com a comissão de auditoria do MS. Informes gerais.	Inquirição dos técnicos do ministério da saúde sobre o grau de consciência dos conselheiros a respeito dos assuntos relacionados à saúde. Os conselheiros afirmaram que sempre são informados pela secretária de saúde dos assuntos e que aprovam estes por vontade própria.
87 ^a	27/07/2001	Apresentação e aprovação do pacto de indicadores; apresentação e aprovação da agenda municipal de compromissos; apresentação do convênio entre a secretaria e a casa de saúde e maternidade.	Agendamento de reunião para mudança do CMS. Aprovação do pacto de indicadores; aprovação da agenda municipal de compromisso/2001.
88 ^a	30/08/2001	Aprovação do plano municipal de saúde 2002-2005.	Aprovação do plano municipal de saúde 2000-2005.
89 ^a	02/10/2001	Projeto viva mulher; indicação dos	Informes.

		representantes à I conferência estadual de vigilância sanitária; apresentação das contas SIA/SUS.	
90ª	14/12/2001	Posse do presidente do CMS; aprovação do regimento interno; apresentação do SMS	Posse de dra. Lucia Maia Gonçalves Derks como presidente do CMS. Discussão a aprovação do Regimento Interno do CMS. A presidente destaca o art. 15 do Prj. De Lei nº 14 de 04 de setembro de 2001, que indica o secretário municipal de saúde como presidente do CMS.
ATA DE POSSE	13/11/2001	Ata de posse da diretoria do CMS biênio 2001-2003	Reunião presidida pelo prefeito municipal Arnaldo Monteiro.
91ª	21/02/2002	Apresentação do projeto “cuida dos meus pequeninos” da Igreja Sara Nossa Terra; desligamento do ACS.	Aprovação do planejamento anual de saúde/2002, após explicação da presidente do CMS secretária da saúde.
92ª	26/03/2002	Apresentação e aprovação do relatório de gestão de 2001. ampliação do PSF.	Aprovação da proposta de ampliação do psf, do relatório de gestão.
93ª	25/04/2002	Projeto CAPS; lista de beneficiários da bolsa alimentação; saúde bucal.	Aprovação do projeto saúde bucal após leitura do projeto pela presidente do CMS
94ª	31/05/2002	Apresentação da programação pactuada integrada – PPI; relação dos contemplados no programa bolsa alimentação.	Aprovação após explicação da secretária, de autorização para o executivo contratar serviços ambulatoriais a um laboratório privado e aquisição de uma ambulância para o

			município e aprovação da PPI e da relação do contemplados pelo bolsa alimentação.
95 ^a	18/07/2002	Apresentação do pacto de indicadores/2000; avaliação do pacto/2001	Aprovação, após explicação da secretária, do pacto de indicadores/2202
96 ^a	16/08/2002	Apresentação dos contratos de prestação de serviços do SUS; avaliação do PACS; coordenação da atenção básica; representação do PACS.	INFORMES.
97 ^a	24/10/2002	Plano de controle, regulação e avaliação; processo de habilitação do município segundo a NOAS 2001-2002	Aprovação do plano de controle após explicações da secretária de saúde.
98 ^a	29/11/2002	Aquisição de prédio para a secretaria; implantação do comitê municipal de redução de mortalidade materna; EC-29 17% construção do hospital.	Aprovação de autorização para aquisição da sede da secretaria
99 ^a	29/01/2003	SIOPS 1º semestre/2002 (prestação de contas)	Não houve
100 ^a	24/02/2003	Apresentação de contas SIOPS do ano de 2002	Aprovação, após explicação técnica, das contas SIOPS do ano de 2002.
101 ^a	24/03/2003	Apresentação de contratos e convênios de prestação de serviços; apresentação do relatório de gestão 2002	Aprovação, após explicação da secretaria, do relatório de gestão de 2002.
102 ^a	22/04/2003	Implantação da central de regulação do SUS; bolsa alimentação.	EVANDRO ALVES, EDUARDO JORGE VEREADORES CONSELHEIROS. Aprovação, após explicação técnica, da central de regulação.
103 ^a	26/05/2003	Ampliação do PSF; esclarecimentos sobre concurso público; projeto de terapia ocupacional.	Aprovação, após explicação técnica, da ampliação do PSF e do projeto de terapia ocupacional.
104 ^a	30/06/2003	Avaliação do pacto de indicadores de	Aprovação da

		atenção básica de saúde 2002 e pactuação do ano de 2003; definição do concurso público p/ área da saúde; instalação do serviço público de ultra-sonografia; apresentação de proposta para capacitação de conselheiros.	pactuação para 2003.
105 ^a	23/07/2003	Convocação da I conferencia de medicamentos e assistência farmacêutica na esfera estadual, federal e municipal; aprovação da mudança do projeto NAPS para CAPS.	Aprovação após explicação técnica, da conferencia de medicamentos.
106 ^a	18/08/2003	Aprovação e aquisição de equipamentos para o CAPS; aprovação da ampliação do HM; aquisição de equipamentos para criação do centro de apoio diagnóstico; aprovação da construção do canil.	Aprovação, após explicação técnica, de todos os projetos em pauta. Aprovação da III conferencia da saúde.
107 ^a	06/11/2003	Funcionamento do PSF; bolsa família; apresentação do relatório da III conferencia municipal de saúde; informe sobre a V conferencia Estadual de saúde.	Não houve.
108 ^a	17/12/2003	Renovação do conselho.	Solicitação às das entidades para indicarem seus representantes ou se permanecem os mesmos.
109 ^a	17/02/2004	Apresentação do projeto de melhoria habitacional para controle de doença de chagas: convenio FUNASA/PME; apresentação dos indicadores de saúde 2003 e listar prioridades para readequação do plano municipal de saúde 2004-2005.	Aprovação, após explicações técnicas, do projeto de melhoria habitacional e de autorização para mudanças no plano municipal de saúde.
110 ^a	29/03/2004	Ampliação do PSF, do PACS e Programa de saúde bucal; implantação do CAPS I; apresentação do relatório de gestão 2003.	Aprovação do relatório de gestão.
111 ^a	31/05/2004	Apresentação da proposta de instalação do fórum de educação permanente; apresentação e apreciação da portaria do processo seletivo dos ACS; ampliação do convenio da fonte de recursos com a	Aprovação da pauta após explicações técnicas.

		BENFAM; ampliação da oferta dos serviços de saúde bucal.	
113	14/07/2004	Relatório do processo seletivo ACS; indicadores de saúde do 1º semestre de 2004; remanejamento do teto dos recursos SIA/SUS; gratificação para agentes de endemias.	Aprovação da pauta após explicações da secretária.
114 ^a	27/10/2004	Projetos de saúde pra convenio da PME junto a FUNASA; curso de especialização e gerenciamento de unidade básica de saúde – GERUS no município; conhecimento e aprovação da contratação dos serviços de mamografia e oftalmologia; apresentação da pesquisa da UEPB sobre capacitação de conselheiros.	Aprovação de todos os itens da pauta após explicações da secretária-presidente.
115 ^a	16/12/2004	Prestação de contas gestão 2000-2004; instalação do fórum permanente local e saúde.	Informes gerais.
116 ^a	01/03/2005	Discussão para a aprovação do convenio PME/APAE para o serviço de fisioterapia e fonodialogia.	Aprovação de todos os itens da pauta após explicação técnica.
117 ^a	20/06/2005	Projeto para formação dos ACS; projeto melhoria habitacionais; relatório anual de gestão 2004.	Aprovação do projeto para formação de ACS, após explicação técnica.
118 ^a	29/07/2005	Autorização de um expediente de folga para as equipes do PSF; aprovação do relatório de gestão 2004.	Aprovação dos itens da pauta.
119 ^a	30/08/2005	Apresentação da SIOPS 2004; permanência da gratificação do SUS no período de licença.	Aprovação do itens em pauta.
120 ^a	30/09/2005	Apresentação do CEO – centro de especialidades odontológicas.	Não houve.
121 ^a	29/11/2005	Projeto de cirurgia.	Informes.
122 ^a	03/02/2006	Processo seletivo simplificado para os profissionais de saúde; desconto do INSS dos ACS.	Não houve.
123 ^a	16/03/2006	Apresentação do relatório de gestão 2005.	Aprovação do relatório de gestão após explicação técnica.
124 ^a	10/05/2006	Contratação de ACS; avaliação do pacto de indicadores de atenção básica 2005.	Não houve.

125 ^a	27/07/2006	Prestação de contas SIOPS.	Não houve.
126 ^a	15/09/2006	Projeto de melhorias sanitárias da zona rural; apresentação do plano municipal de saúde; apresentação do pacto de gestão.	Aprovação do projeto de melhorias sanitárias após explicações técnicas.
127 ^a	14/11/2006	Aprovação do plano municipal de saúde.	Aprovação do plano municipal de saúde.
128 ^a	20/03/2007	Relatório de gestão 2006; pacto de indicadores.	Aprovado por unanimidade após explicações técnicas.
129 ^a	26/04/2007	Apresentação do SIOPS 2006; apresentação da prestação de contas competência 2006; incentivo ao ACS; termo de parceria com o CENEAGE.	Aprovação do incentivo aos ACS (R\$ 25); aprovação do termo de parceria.
130 ^a	28/05/2007	Aprovação da prestação de contas 2006.	Aprovação após explicação técnica.
131 ^a	04/06/2007	Encerramento do mandado do conselho biênio 2005-2007	Informes.
132 ^a	04/06/2007	Prorrogação do mandato dos conselheiros da saúde.	Prorrogação determinada pelo prefeito municipal.
133 ^a	31/08/2007	Efativação dos ACS; termino do mandato dos conselheiros.	Não houve.
134 ^a	09/10/2007	Posse dos conselheiros; plano operativo de aplicação da CER – compensação de especialidades regionais.	Não houve.
135 ^a	13/11/2007	Plano de aplicação de recursos financeiros para profissionais de saúde em educação permanente.	Aprovação do plano.
29 ^a (extraordinária)	30/05/2003	Apreciação da gratificação dos profissionais do PSF, do Centro de Saúde, da Policlínica e da Sede da Secretaria Municipal de Saúde; ampliação da UBS do Logradouro.	Aprovação por unanimidade de autorização para usar os recursos do SUS para pagamento de gratificação dos servidores que na assistência a saúde e no desenvolvimento técnico da gestaop de saúde. Aprovação por unanimidade da ampliação da UBS do sítio logradouro.

30 ^a (extraordinária)	05/09/2003	Apreciação e aprovação do regimento interno da III conferência municipal de saúde.	Aprovação por unanimidade após leitura e explicação técnica.
31 ^a	09/10/2003	Aquisição de uma ambulância e de uma Unidade Móvel Assistencial Médico-Odontológica.	Aprovação por unanimidade dos itens de pauta após argumentos técnicos da secretária (presidente).
32 ^a (extraordinária)	15/06/2004	Apreciação e aprovação do plano de trabalho e projeto de melhorias sanitárias. Apreciação e aprovação do projeto de trabalho e projeto de chagas.	Aprovação por unanimidade dos itens de pauta após explicações técnicas da secretária (presidente).
33 ^a (extraordinária)	07/07/2005	Construção de cisternas; esgotamento sanitário; melhorias habitacionais; construção de unidades básicas de saúde; unidade móvel; equipamento hospitalar; abastecimento de água.	Aprovação por unanimidade dos itens de pauta após explicações técnicas do secretário de saúde (presidente do conselho).
34 ^a (extraordinária)	23/03/2006	Esgotamento sanitário do bairro do campestre; unidades sanitárias na comunidade de riacho fundo; atendimento médico na UBS do pintado realizado pelo secretário municipal de saúde.	Aprovação por unanimidade dos itens de pauta após explicações técnicas.
35 ^a (extraordinária)	18/05/2006	Convocação para esclarecimentos da reunião anterior.	Não houve.

9. BIBLIOGRAFIA

- ABERS, Rebecca. "Do clientelismo à cooperação: governos locais, políticas participativas e organização da sociedade civil em Porto Alegre". In: *Cadernos da CIDADE*, vol. 05, Porto Alegre, 2000.
- AVRITZER, Leonardo. *A moralidade da democracia*. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1996.
- AUGUSTO, Maria Helena Oliva e COSTA, Olavo Viana. "Entre o Público e o Privado – A saúde Hoje no Brasil". In: *Tempo Social*, vol. 11, nº 2, pp. 199-217. 2000.
- AVRITZER, Leonardo. "Cultura política, associativismo e democratização: uma análise do associativismo no Brasil". In: *Relatório Substantivo Final: FORD/ANPOCS*. 1998.
- _____. "Orçamento Participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte", In: *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Org. Dagnino, Evelina. Ed. Paz e Terra. p. 17-45. Rio de Janeiro, 2002.
- BARBOSA, Ana Maria Lima. "Os portadores de deficiência no conselho de saúde". CARVALHO e TEIXEIRA (orgs.): *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. Polis nº 37 (Publicações Polis, 37), São Paulo, 2000.
- BOBBIO, Norberto. *Liberalismo e Democracia*. Editora Brasiliense. São Paulo, 1988.
- _____. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000 (1986).
- BONFIM, Raimundo. "A atuação dos movimentos sociais na implantação e consolidação de políticas públicas". In: CARVALHO e TEIXEIRA (orgs.): *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. Polis nº 37 (Publicações Polis, 37), São Paulo, 2000.
- BORDIN, Alain. *A questão local*. Ed. DP&A, Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. "Conferência Nacional de Saúde". In: VII Anais. Ministério da Saúde, Brasília, 1980.

- _____. Constituição. *Constituição da República*. Brasília: 1988.
- _____. Leis e decretos etc. *Lei Orgânica da saúde 8.142/90*. Brasília 1990.
- _____. Ministério da Saúde. “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. In: *Relatório Executivo*. Ministério da Saúde, Brasília, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. *Guia de referência para o controle social – manual do conselheiro*. Brasília: 1994.
- _____. Ministério da Saúde. *Normas Operacional Básica 1/96*. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.
- _____. *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2000.
- _____. “Ministério da Saúde. Secretaria Executiva”. Datasus. *Caderno de Informações de Saúde – Unidade da Federação: Paraíba – PB*. Brasília, 2004
- BRAVO, Maria Inês de Sousa. “A política de saúde na década de 90: projetos em disputa”. In: *Superando Desafios _ Cadernos de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 4. UERJ, HUPE. Serviço Social, Rio de Janeiro, 1999.
- _____. “Potencial dos conselhos”. In: *Política social e democracia*. Editora Cortez; Rio de Janeiro 2002.
- _____. *Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Ed. Cortez, São Paulo. Ed. UFRJ, Rio de Janeiro, 1996.
- CANIELLO, Márcio. “Patronagem e Rivalidade: observações iniciais sobre processos de modulação ética numa cidade do interior”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Ano 5, nº 14., Vértice/Anpocs, Rio de Janeiro, 1990.
- _____. “Sociabilidade e padrão ético numa cidade do interior: carnaval, política e vida cotidiana em São João Nepomuceno – MG”. *Dissertação de Mestrado*. UFRJ /

- Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1993.
- _____. “O ethos brasílico: sociologia histórica da formação nacional, 1500-164”. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.
- CANIELLO, Márcio (coord.). “O controle social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba”. *Projeto de Pesquisa aprovado pelo Edital 01/2002 no âmbito do Convênio FAPESQ-PB / Ministério da Saúde*. Campina Grande, dat., 2002.
- CANIELLO, Márcio (coord.). “A eficácia da gestão descentralizada do SUS e o desempenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba”. *Projeto de Pesquisa aprovado pelo Edital 01/2004 no âmbito do Convênio Ministério da Saúde / CNPq / FAPESQ-PB*. Campina Grande, dat., 2004.
- CANIELLO, Márcio & JUSTINO FILHO, José. “O controle social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba”. *Relatório de Pesquisa*. Campina Grande, dat., 2004.
- CANIELLO, Márcio & JUSTINO FILHO, José. “Eficiência e eficácia nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba: um estudo comparativo”. In *Anais do XII Congresso Brasileiro de Sociologia*. Belo Horizonte, UFMG, 2005. Disponível no site www.sbsociologia.com.br/papers/gt16/SBS0S_GT16-1.zip.
- CARVALHO, Antonio Ivo. “Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania. A reforma sanitária como reforma do Estado”. In: Fleury, Sônia (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.
- _____. *Conselhos de Saúde no Brasil – participação cidadã e controle social*. IBAM/IBASE, Rio de Janeiro, 1995.
- CARVALHO, Maria do Carmo A. A. e TEXEIRA, Ana Claudia C. (Org.) *Conselhos Gestores e Políticas Públicas*. Pólis, 37, São Paulo, 2000.
- CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE). *Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

- CORREIA, Maria Valeria Costa. *Que controle social? Conselhos de Saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- CORTES, Soraia Maria Vargas. “Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. III, nº1 ABRASCO, 1998.
- _____. “Balanço de experiências de controle social para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários”. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Cadernos Da XI CNS*. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
- COSTA, Nilson do Rosário. “Inovação Política, Distributivismo e Crise: A política de Saúde nos anos 80 e 90”. In: *Dados – Revista de sociologia*, vol. 39, nº 3, pp. 479-512. 1996.
- COSTA, Vanda Maria Ribeiro. “Teoria democrata e conselhos de política social”. In: *Política social e democracia*. Editora Cortez, Rio de Janeiro 2002.
- CRUZ, Maria do Carmo Meireles. “Desafios para o funcionamento eficaz dos conselhos”. In: CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA. A. C. (orgs.), *Conselhos Gestores de políticas públicas*. Polis nº 37, São Paulo, 2000.
- DAHL, Robert. *Poliarquia*. São Paulo: Edusp, 1997.
- _____. *Um prefácio à teoria democrata*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1989.
- DALLARI, Sueli G. “A constituição brasileira e o Sistema Único de Saúde” In: Carvalho, M. C. & Teixeira. A. C. (orgs), *Conselhos Gestores de políticas públicas*. Polis nº 37, São Paulo, 2000.
- DAMATTA, Roberto. “O trabalho de campo na Antropologia Social”, In: *Relativizando: uma introdução à Antropologia Social*. 2ª ed. Vozes, Petrópolis RJ, 1981.
- DOIMO, A. M. *A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70*. Ed. Relume-Dumará/ANPOCS, Rio de Janeiro, 1995.

- FLEURY, Sonia. “Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária”. In: *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989.
- GOHN, Maria da Glória. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. Ed. Cortez, São Paulo, 2001.
- _____. *Teoria dos movimentos sociais*. Edições Loyola, São Paulo, 1997.
- _____. “O cenário da participação em práticas de gestão da coisa pública no Brasil no final do milênio: as mudanças no caráter do associativismo”. In: *Cidadania*, São Paulo, nº 12, 1998.
- HELLER, Patrick & ISAAC, T. M. Thomas. “O perfil político e 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), 2002.
- HIRST, Albert. *A democracia representativa e seus limites*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1992.
- IBGE. *Censo demográfico 2000: base de informações*. Rio de Janeiro, IBGE, cd-rom. 2000.
- IBGE. *Censo demográfico 2000: primeiros resultados da amostra*. Rio de Janeiro, IBGE. 2002.
- IBGE. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2001*.
- JACOBI, Pedro R. “Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina”. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.7(3) p. 443-454, Rio de Janeiro, 2002.
- JUSTINO FILHO, José. “A tradição ressignificada: uma leitura da vida sócio-política de Princesa Isabel – PB”. *Dissertação de Mestrado*. Campina Grande, UFPB / Mestrado em Sociologia, 1997.
- LABRA E. M. & St. AUBYN F. J. “Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3): 537-547, 2002.
- LESSA, Renato. “A teoria da democracia: balanço e perspectivas”. In: PERSSINOTTO,

- Renato & FUKS, Mário. (orgs.). *Democracia: teoria e prática*. Ed. Relume Dumará, Curitiba, 2002.
- LYRA, Rubens Pinto. “Teorias Clássicas sobre a democracia direta e a experiência brasileira”. In: LYRA R. P. (org.) *A ouvidoria na esfera pública brasileira*. Ed. Universitária UFPB. Ed. Universitária UFPR. João Pessoa, 2000.
- MACPHERSON, C.B. *A teoria política do individualismo possessivo de Hobbes e Locke*. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1979.
- _____. *A Democracia Liberal: Origens e Evolução*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1978.
- NADER, Carlos. “Atribuição dos conselhos de saúde e seus conselheiros”. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 1998.
- NORONHA, Rudolf de. “Avaliação comparativa dos conselhos municipais”. In: CARVALHO e TEIXEIRA (orgs.): *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. Polis nº 37 (Publicações Polis, 37), São Paulo, 2000.
- OLIVEIRA, Heloisa Maria José de. *Cultura política e assistência social*. Ed. Cortês, São Paulo, 2003.
- PARAÍBA. *Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba*. João Pessoa, Secretaria de Estado da Saúde, 2003.
- _____. “Conselho Estadual de Saúde”. *Levantamento dos conselhos municipais de saúde cadastrados no CES/PB – julho de 2001*. Datil. João Pessoa, 2001.
- _____. “Conselho Estadual de Saúde”. *Análise dos relatórios de atividades/2001 dos conselhos municipais de saúde da Paraíba*. Datil. João Pessoa, 2002.
- PATEMAN, Carole. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

- PEREIRA, Maria de Lourdes Dolabela e outros. "A democracia e a gestão municipal: as instituições híbridas". *Projeto Capes / Cofecub*, BH / Salvador, 2000.
- PEREIRA, L. C. B. & GRAU, N. C. (orgs). *O público não estatal na esfera do Estado*. Ed. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1999.
- POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. Trad. Rita Lima. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- _____. "Estado, os movimentos sociais, o partido". In: *práticas urbanas*, 9, 1983.
- _____. *As transformações atuais do Estado, a crise política e a crise do Estado*. In: POULANTZAS (org.). *O Estado em crise*. Graal, Rio de Janeiro, 1977.
- PUTNAM, Robert D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- QUIRINO, Célia Galvão. "Tocqueville: sobre a igualdade e a liberdade", In: WELFFORT, Francisco C. (org.) *Os Clássicos da Política*. Ed., Ática, São Paulo, 1999.
- RIBEIRO, J. M. *O SUS e o desafio neocorporativo*. Saúde em Debate nº 44, 1994.
- RODRIGUES NETO, Eleutério. "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*. Ministério da Saúde, Brasília, 1998.
- RODRIGUES, Marta M & Assumpção e ZAULI, Eduardo Meira. (2002), "Presidentes e Congresso Nacional no Processo Decisório da Política de Saúde no Brasil Democrático (1985 a 1998)". *Dados*, vol. 45, nº 3, pp. 387-429.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Do contrato social*. Editora Martins Claret, São Paulo, 2005.
- _____. *Os pensadores*. Ed. Abril Cultural, São Paulo, 1983.
- SABINI, George H. *História das Teorias Políticas*. Ed. Fundo de Cultura. Rio de Janeiro,

1961.

SANTOS, Boaventura de S. (org.), “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), 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa & AVRITZER, Leonardo. “Para ampliar o cânone democrático”. 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), 2002.

SANTOS, Maria Helena Castro; RUA, Maria das Graças & MACHADO, Érica Máximo. “Governabilidade e os poderes constituídos. Uma agenda preliminar”. In: *Revista do Serviço Público*, 118, 1: 155-83. 1994.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. “Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil”. In: CARVALHO, M. C. & TEIXEIRA, A. C. (orgs), *Conselhos Gestores de políticas públicas*. Polis nº 37. São Paulo, 2000.

SANTOS JR, Orlando A. “Políticas públicas e gestão local”. In: *Proposta*. Rio de Janeiro. nº 83, pp. 39-43 FASE. 1999.

_____. *Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil*. Ed. REVAN; FASE, Rio de Janeiro, 2001.

SARTORI, G. *A teoria da democracia revisitada*. Ed. Ática, São Paulo, 1994.

SCHUMPETER, Joseph A. *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1984 (1961).

SCHERRER-WARREN, Ilse, *Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1999.

SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e participação na “reforma” do Estado*. Ed. Cortez, São

Paulo, 2003 (Coleção Questões de Nossa Época; 103).

SKINNER, Q. *As fundações do pensamento político moderno*. Ed. Companhia das Letras, São Paulo, 1996.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. “Controle social em saúde e cidadania”. In: *Serviço Social e Sociedade* n° 74, ano XXIV, julho. Ed. Cortez. São Paulo, 2003.

TAWNEY, R.H. *A religião e o surgimento do capitalismo*. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1971.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. “Efetividade e eficácia dos conselhos”. In: CARVALHO & TEIXEIRA (orgs.): *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo. Polis n° 37. São Paulo, 2000a

_____. “Conselhos gestores de políticas públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa?”. In: CARVALHO & TEIXEIRA (orgs.): *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo. Polis n° 37. São Paulo. 2000b

_____. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. Ed. Cortez, São Paulo, 2001.

TELLES, Vera da Silva. “Sociedade civil, direitos e espaços públicos”. In: Villas-Bôas, Renata (org.). *Participação Popular nos Governos Locais*. Polis, São Paulo, 1994.

TOCQUEVILLE, Alexis de. *A democracia na América*. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1987.