



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
CURSO DE DOUTORADO

A REIVENÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:  
O CASO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA

JOSÉ JUSTINO FILHO

CAMPINA GRANDE, PARAÍBA  
MARÇO DE 2006

---

JOSÉ JUSTINO FILHO

A REIVENÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:  
O CASO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA

---

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor.

PROF. DR. MÁRCIO DE MATOS CANIELLO  
ORIENTADOR

CAMPINA GRANDE, PARAÍBA  
MARÇO DE 2006

---



---

J967r

Justino Filho, José.

A reivenção do controle social na gestão de políticas públicas : o caso dos conselhos municipais de saúde da Paraíba / José Justino Filho. - Campina Grande, 2006. 329 f.

Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2006.

"Orientação : Prof. Dr. Maurício de Matos Caniello".  
Referências.

1. Política Pública - Saúde Pública - Brasil. 2. Conselhos Municipais - Saúde - Brasil. 3. Controle Social. 4. Tese - Sociologia. I. Caniello, Márcio de Matos. II. Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande (PB). III. Título

CDU 322.181:614(81)(043)

---

JOSÉ JUSTINO FILHO

A REIVENÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:  
O CASO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA

Prof. Dr. Márcio de Matos Caniello  
Orientador – UFCG

Prof. Dr. Paulo Henrique Martins  
Examinador – UFPE

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi  
Examinador – UFPB

Profa. Dra. Glacy Gonzáles Gorski  
Examinadora – UFCG

Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio  
Examinador – UFCG

CAMPINA GRANDE, PARAÍBA  
MARÇO DE 2006

À José Justino Sobrinho, *in memoriam*.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Márcio de Matos Caniello, meu amigo e orientador, pela grandeza e paciência que construiu comigo este trabalho;

À Thalyta, companheira, que soube entender as dificuldades desse momento;

Aos amigos Jeová, Cleanto, Jose, Nádia, Pedrinho, Luciana e Bruninho, que tornaram este doutorado muito agradável;

Ao meu amado, querido filho Rudá;

Aos companheiros do *Grupo de Pesquisa Análise de Impactos de Políticas Públicas*, Anadja, Kácio, Adriano, Carlos e Flávia;

Aos funcionários do PPGS Joãozinho, Rinaldo e Seu Zezinho, pelo apoio e pela atenção;

Aos colegas Valtimar, Maria do Carmo, Vanderlei, Genaro, Belarmino, Carlos e Artur;

À CAPES e à FAPESQ-PB pelo apoio financeiro, fundamental para a elaboração desta tese.

## SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS, MAPAS E BOXES .....	7
SIGLAS.....	8
RESUMO .....	12
RESUMÉ.....	13
ABSTRACT.....	14
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. TEORIA DEMOCRÁTICA: AVANÇOS E DESAFIOS .....</b>	<b>24</b>
2.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DEMOCRÁTICA.....	24
2.2 A DEMOCRACIA DOS ANTIGOS AOS MODERNOS: UMA BREVE SÍNTESE.....	26
2.3 DO ELITISMO DEMOCRÁTICO À DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.....	52
2.3.1 <i>O Elitismo Democrático</i> .....	52
2.3.2 <i>O Contra-Modelo: democracia participativa</i> .....	66
2.3.3 <i>Comunidade cívica, capital social e associativismo</i> .....	75
2.3.4 <i>Participação, avanços e desafios</i> .....	82
2.3.5 <i>A gestão participativa no Brasil</i> .....	85
2.3.6 <i>Conselhos municipais e a institucionalização da participação política</i> ...	88
<b>3. A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>107</b>
3.1 A FASE PREVIDENCIALISTA-ASSISTENCIALISTA.....	107
3.2 A FASE PRIVATISTA.....	108
3.3 A FASE UNIVERSALISTA.....	111
3.4 A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE.....	117
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>124</b>
4.1 LEVANTAMENTO DOCUMENTAL.....	124
4.2 A PESQUISA DE CAMPO.....	124
4.3 A TABULAÇÃO DOS DADOS.....	126
4.4 INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL.....	128
4.4.1 <i>Ambiente Político-Institucional</i> .....	129
4.4.2 <i>A Gestão Pública da Saúde no Município</i> .....	130
4.4.3 <i>O Fundo Municipal de Saúde</i> .....	131
4.4.4 <i>O Conselho Municipal de Saúde</i> .....	131
4.4.5 <i>Os Conselheiros Municipais de Saúde</i> .....	134
4.4.6 <i>O Funcionamento do Conselho</i> .....	136
4.4.7 <i>Controle Social no CMS</i> .....	138
<b>5. O UNIVERSO DA PESQUISA.....</b>	<b>140</b>
5.1 O ESTADO DA PARAÍBA.....	140
5.1.1 <i>Demografia</i> .....	140
5.1.2 <i>Emprego e Renda</i> .....	142
5.1.3 <i>Condições de Vida</i> .....	145
5.1.4 <i>Saúde</i> .....	146
5.1.5 <i>Índice de Desenvolvimento Humano</i> .....	152
5.2 A GESTÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA.....	154
5.2.1 <i>Os Serviços de Saúde nos Municípios</i> .....	156
5.2.2 <i>Descentralização e Regionalização</i> .....	157
5.3 OS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA.....	159
5.3.1 <i>Demografia, Renda e Desenvolvimento Humano</i> .....	160
5.3.2 <i>Condições de Vida</i> .....	166
5.3.3 <i>Saúde</i> .....	168

<b>6. OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA.....</b>	<b>178</b>
6.1 AMBIENTE POLÍTICO-INSTITUCIONAL.....	178
6.1.1 O Poder Local.....	178
6.1.2 A "Cultura Cívica".....	183
6.2 A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS.....	193
6.2.1 O Fundo Municipal de Saúde.....	196
6.3 OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	203
6.3.1 Origem.....	203
6.3.2 Natureza.....	205
6.3.3 Infra-Estrutura.....	209
6.3.4 Orçamento Próprio.....	213
6.3.5 Regimento Interno.....	214
6.3.6 Composição.....	221
6.3.7 Perfil Institucional.....	237
6.4 OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	238
6.4.1 Perfil Sociológico.....	239
6.4.2 Qualificação.....	242
6.4.3 Capacitação.....	247
6.4.4 Atuação.....	254
6.5 O FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS.....	262
6.5.1 Planejamento das Atividades.....	263
6.5.2 Regularidade das Reuniões.....	264
6.5.3 Dinâmica das Reuniões.....	267
6.5.4 A Efetividade.....	277
6.6 CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS.....	295
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>301</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>311</b>
ANEXO 1 – DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	311
ANEXO 2 – QUADROS RESUMO DAS REUNIÕES CONVOCADAS (2001-2003).....	313
ANEXO 3 – QUADROS RESUMO DAS DELIBERAÇÕES (2001-2003).....	315
<b>9. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>321</b>



## ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS, MAPAS E BOXES

### Tabelas

Tabela 1	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Brasil, 1991-2000	151
Tabela 2	Reuniões Convocadas	265

### Gráficos

Gráfico 1	Pirâmide Etária	139
Gráfico 2	Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas	141
Gráfico 3	Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por classe de rendimentos	142
Gráfico 4	PIB <i>Per Capita</i> por Unidade de Federação	142
Gráfico 5	Acesso a serviços de infra-estrutura	144
Gráfico 6	Distribuição de Leitos por Especialidade	145
Gráfico 7	Distribuição de Leitos por Natureza	145
Gráfico 8	Evolução das Condições de Nascimento	146
Gráfico 9	Mortalidade Proporcional (todas as idades)	147
Gráfico 10	Saúde da Família	148
Gráfico 11	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	149
Gráfico 12	Variação do IDH-M	152
Gráfico 13	IDH-M – Municípios da Amostra	162
Gráfico 14	Renda <i>Per Capita</i> – Municípios da Amostra	163
Gráfico 15	Índice de Gini – Municípios da Amostra	163
Gráfico 16	Proporção de Moradores por tipo de Abastecimento de Água	164
Gráfico 17	Proporção de Moradores por Tipo de Instalação Sanitária	165
Gráfico 18	Proporção de Moradores com Coleta de Lixo	166
Gráfico 19	Unidades Ambulatoriais por Tipo de Prestador	167
Gráfico 20	Unidades Ambulatoriais por Município	167
Gráfico 21	Unidades Ambulatoriais por 10.000 habitantes	168
Gráfico 22	Procedimentos Ambulatoriais por Tipo	169
Gráfico 23	Leitos por Mil Habitantes	170
Gráfico 24	Gastos Públicos com Saúde por Habitante	171
Gráfico 25	Mortalidade Infantil	172
Gráfico 27	Esperança de Vida ao Nascer	173
Gráfico 28	Conselheiros Municipais - Escolaridade	237

### Mapas

Mapa 1	Paraíba – Situação da Habitação e da Oferta de Serviços	154
Mapa 2	Paraíba – Macrorregiões e Microregiões Assistenciais	157
Mapa 3	Paraíba – Meso e Microregiões Geográficas	158

### Boxes

Box 1	A Paraíba em números – Demografia	140
Box 2	A Paraíba em números – Emprego e Renda	143

## **SIGLAS**

**AACS** – Associação de Agentes Comunitários de Saúde

**ABEM** – Associação Brasileira de Enfermagem

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde

**AIH** – Autorização de Internação Hospitalar

**AMEP** – Associação dos Municípios das Espinharas

**APAE** – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

**ASDAC** – Associação Comunitária de Desenvolvimento Artístico e Cultural

**ASPADEF** – Associação Paraibana dos Portadores de Deficiência Física

**ASES** – Associação Sertaneja de Estudantes Secundaristas

**ASPADEF** – Associação dos Portadores de Deficiência Física

**CAGEPA** – Companhia de Água e Esgotos da Paraíba

**CAMPAL** – Cooperativa Agrícola de Patos

**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

**CES** – Conselho Estadual de Saúde

**CJP** – Comissão de Justiça e Paz

**CMS** – Conselho Municipal de Saúde

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**CONAN** – Confederação das Associações Comunitárias Nacionais

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**CUNHÃ** – Coletivo Feminista

**CUT** – Central Única dos Trabalhadores

**DATASUS** – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

**DSLEPS** – Desenvolvimento do Sistema Local de Educação Permanente em Saúde

**ECD** – Epidemiologia e Controle de Doenças

**EMATER** – Empresa de Assistência Técnica Rural

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**FAPESQ** – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba

**FCD** – Fraternidade Cristã dos Doentes e Deficientes

**FEPAC** – Federação Paraibana de Associações Comunitárias

**FETAG** – Federação dos Trabalhadores em Agricultura

**FMS** – Fundo Municipal de Saúde

**FNS** – Fundação Nacional de Saúde

**FSESP** – Fundação de Serviços de Saúde Pública

**FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde

**GIAASP** – Grupo Independente de Análise Ação Social e Política

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDE** – Índice de Desenvolvimento Econômico

**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano

**IDH-M** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

**IPEA** – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

**LOS** – Lei Orgânica da Saúde

**MORHAN** - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

**NOAS** – Normas Operacionais da Assistência Social

**NOB** – Norma de Operações Básicas

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONGs** – Organizações Não Governamentais

**PAB** – Programa de Atenção Básica

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PDR** – Plano Diretor Regional

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PFL** – Partido da Frente Liberal

**PMDB** – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

**PMS** – Plano Municipal de Saúde

**PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PROPAC** – Programa de Profissionalização Adolescente Consciente

**PSB** – Partido Socialista Brasileiro

**PSF** – Programa Saúde da Família

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**SEDEC** – Secretaria Municipal de Educação e Cultura

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SESAU** – Secretaria de Estado da Saúde

**SIAB** – Sistema de Informação à Atenção Básica

**SH/PB** – Sociedade dos Hemofílicos da Paraíba

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SNAS** – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

**SINDSAÚDE** – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde

**SINDSEP** – Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde Pública

**SINDSPREV** – Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência

**SINODONTO** – Sindicato dos Odontólogos da Paraíba

**SIOPS** – Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde

**SIS/SUS** – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

**SUCAM** – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde

**SUDS** – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UAC** – União das Associações Comunitárias

**UBS** – Unidades Básicas de Saúde

**UPAC** – União Pessoaense das Associações Comunitárias

## RESUMO

Este trabalho analisa o desempenho institucional dos conselhos de saúde a partir de uma grade de indicadores que foi construída tendo como base a análise dos temas que se mostraram relevantes no conjunto de estudos teóricos e empíricos sobre os conselhos gestores de políticas públicas no Brasil. Na pesquisa foram associados quatro conjuntos de temas numa abordagem “qualitativa” utilizando-se, fundamentalmente, métodos de observação participante. Através desse procedimento, tencionou-se “reconstruir a realidade” da ação desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde com o objetivo de reproduzir um panorama vivo do controle social exercido no seu âmbito, levando-se em conta os detalhes da “arena institucional” que é o Conselho e o perfil dos atores que protagonizam as cenas ali desenvolvidas. Em primeiro lugar, demonstrou-se que para estudarmos o “desempenho institucional” do conselho vis-à-vis ao “controle social” é necessário analisar as estruturas em que eles estão implantados, observando-se a configuração do poder local, a “cultura cívica” da comunidade observada através de uma “radiografia” da sociedade civil local e, finalmente, o contexto da gestão pública de saúde. O segundo conjunto de temas relacionou-se à própria configuração dos CMS: origem, natureza, infra-estrutura, orçamento próprio, regimento interno, composição, perfil institucional (pluralidade, paridade). O terceiro conjunto de temas voltou-se às características dos conselheiros: perfil sociológico, qualificação, capacitação e atuação (representatividade, credibilidade e legitimidade). Finalmente, o quarto conjunto de temas definiu o próprio funcionamento dos conselhos: planejamento das atividades, regularidade das reuniões, sua dinâmica (sistemática de convocação, desenvolvimento dos debates, atas) e sua efetividade na implementação e publicização das decisões. Como resultado deste trabalho chegamos a um diagnóstico circunstanciado dos CMS e à definição de um quadro teórico-metodológico adequado para a avaliação do “desempenho institucional” deles, isto é, sobre a avaliação de sua capacidade de construir-se como “mecanismo para alcançar propósitos e não apenas para alcançar acordos”, num modelo bem simples de governança: demandas sociais -> interação política -> governo -> opção política -> implementação.

## RESUMÉ

Ce travail analyse la performance institutionnelle des conseils de santé à partir d'une grille d'indicateurs qui a été construite en se basant sur l'analyse des thèmes pertinents par rapport à l'ensemble des études théoriques et empiriques sur les conseils de gestion de politiques publiques au Brésil. Quatre thèmes ont été associés pour cette recherche dans une perspective "qualitative", avec l'utilisation, essentiellement, de méthodes d'observation participante. Ce procédé devait permettre d'essayer de "reconstruire la réalité" des actions menées par le Conseil Municipal de Santé avec l'objectif de reproduire un panorama vivant du contrôle social exercé en son sein, prenant en compte les détails de l'"arène institutionnelle" qu'est le Conseil et le profil des protagonistes des actions développées. Le résultat de ce travail a permis d'arriver à un diagnostic spécifique aux Conseils Municipaux de Santé et à la définition d'un cadre théorico-méthodologique adapté à l'évaluation de leur "performance institutionnelle", c'est-à-dire sur l'évaluation de leur capacité de se construire comme "mécanismes pour arriver à des propositions et pas seulement pour arriver à des accords", dans un modèle simple de gouvernance: demande sociale -> interaction politique ->gouvernement ->option politique -> mise en place des politiques.

## ABSTRACT

This work aims at analyzing the performance of the institutional health councils from an indicating diagram that was constructed having as a basis the analysis of the themes that were relevant in the group of the theoretical and empirical studies about the council of public politics managers in Brazil. In this research there were four groups of themes associated in a “qualitative” approach using, fundamentally, methods of participating observation. Through this procedure, the intention was “reconstruct the reality” of the action developed in the Municipal Health Council with the objective of reproducing a real overview of the social control exercised in its scope, considering the details of the “institutional arena” that is the Council and the profile of the actors that star the scenes there developed. First of all, it was demonstrated that to study the “institutional performance” of the council inside the context of the “social control” and vice versa, it is necessary to analyze the structures in which they are included, observing the configuration of the local power, the “civic culture” of the community observed through a “sketch” of the local civic society and, finally, the context of the public management of health services. The second group of themes was related to the configuration of the Municipal Health Council itself: origin, nature, structure, budget, within regiment, composition, institutional profile (plurality, parity). The third group of themes was based on the characteristics of the counselors: sociological profile, qualification, capacitating and performance (representation, credibility, legitimacy). Lastly, the fourth group of themes defined the functioning of the councils themselves: planning the activities, regularity of meetings, dynamics (system of convocation, development of discussions, registers) and its effectiveness in the implementation and publication of decisions. As a result of this work a diagnostic of the circumstances of the Municipal Health Council and the definition of a theoretical-methodological diagram adequate to the evaluation of their “institutional performance”, that is, about the evaluation of their capacity of self-constriction as “a mechanism to reach purposes and not only to reach agreements”, in a very simple model of governing: social demands ->politics interaction -> government -> politics option -> implementation.



## 1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, os espaços para a participação da sociedade civil na definição e implementação das políticas públicas no Brasil ampliaram-se significativamente. Resultado da própria dinâmica do processo de redemocratização do país e fruto da atuação decisiva dos movimentos sociais organizados neste processo (Cf. Doimo, 1995; Gohn, 2001, e Santos & Avritzer, 2002), a institucionalização do chamado “controle social” (Cf. Brasil, 2000), sobre as políticas públicas reflete a emergência mundial daquilo que os cientistas políticos chamam de “democracia direta” ou “democracia participativa” (Cf. Bobbio, 2000; Lyra, 2000), concepção contra-hegemônica à democracia representativa de cunho liberal, cuja supremacia no contexto sócio-político da globalização capitalista não produziu os efeitos desejados pelos seus mentores (Cf. Bobbio, 2000), mas, pelo contrário, aprofundou a exclusão social e a marginalização de grandes parcelas da população (Cf. Santos, 2002), cumprindo a profecia de um dos mais sensíveis clássicos do pensamento democrático, que escreveu em 1835: “pode-se conceber que, após ter destruído o sistema feudal e vencido os reis, a democracia irá recuar ante a burguesia e a classe rica?” (Tocqueville, 1987: 13).

O pressuposto teórico fundamental da concepção democrática contra-hegemônica é que a participação direta dos cidadãos nas arenas deliberativas favorece o bom desempenho das instituições públicas, a eficiência de suas políticas e ações e, conseqüentemente, a própria melhoria de vida da população, o que tem sido demonstrado por diversos estudos empíricos (Cf. Paxton, 2002; Santos, 2002; Avritzer, 2002; Heller & Isaac, 2002; Gohn, 2001; Putnam, 1996). Contudo, tanto as abordagens teóricas quanto as pesquisas empíricas também revelam que uma série de

condicionantes conjunturais e históricos pode dificultar a efetivação da democracia participativa, como, por exemplo, a falta de vontade política dos governos, a ausência de uma tradição organizativo-associativa vigorosa na sociedade civil e a vigência de práticas clientelistas nas relações políticas, sem dúvida alguma, traços marcantes da cultura política brasileira.

Neste sentido, a pesquisa sobre o “controle social” das políticas públicas no Brasil é de suma relevância. Isto porque se a doutrina constitucional determinou um importante avanço institucional, verdadeiramente capaz de contribuir para a transformação democrática da triste realidade social brasileira, os entraves advindos das vicissitudes de nossa tradição político-organizacional têm inviabilizado essa possibilidade, o que pode vir a abortar uma chance real de superarmos os nossos graves problemas sociais. Assim, devemos analisar criteriosamente como o controle social das políticas públicas tem sido exercido no Brasil para identificarmos, por um lado, as suas limitações e dificuldades e apontarmos, por outro, as suas reais potencialidades.

Ora, a regulamentação da diretriz constitucional participativa apontou para a formação de *conselhos gestores de políticas públicas* (Cf. Carvalho & Teixeira, 2000) em diversas áreas, como trabalho, educação, assistência e previdência social, direitos do cidadão, cultura, ciência e tecnologia, meio ambiente, desenvolvimento rural e saúde (Cf. Gohn, 2001), espaços nos quais o poder público e a sociedade civil podem deliberar democraticamente sobre as diversas políticas setoriais. Em geral, os conselhos são estruturados de forma hierarquizada nos níveis nacional, estadual e municipal, mas estudos recentes têm demonstrado que é no âmbito local que residem os principais entraves e potencialidades da chamada “boa governança” (Cf. Bourdin, 2001), certamente o principal produto da interação democrática entre os poderes públicos e a sociedade civil. Portanto, é no âmbito dos conselhos municipais que o debate deve se

concentrar, privilegiando a análise do perfil sociológico dos conselheiros e da sua inserção (prática e ideológica) no contexto sócio-político-organizacional local e no próprio conselho, já que eles são os “atores” protagonistas dessas “novas arenas” da participação democrática no Brasil.

Este trabalho destina-se a empreender esta reflexão voltando-se para a análise dos Conselhos Municipais de Saúde, dos municípios de João Pessoa, Patos e Catolé do Rocha, no Estado da Paraíba. Sabemos que os conselhos de saúde são os mais consolidados entre todos os outros, já que sua origem remonta à lei que instituiu o Conselho Nacional de Saúde em 1937 e sua forma atual resulta da luta pela reforma sanitária, movimento social bastante expressivo no contexto do processo de redemocratização brasileiro (Cf. Bravo, 1996; Rodriguez Neto, 1998; Santos, 2000), cujas propostas foram largamente incorporadas à Constituição de 1988 (Cf. Fleury, 1989) e, posteriormente, à própria Lei Orgânica da Saúde, a qual regulamentou as suas diretrizes básicas, a saber, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Cf. Dallari, 1998).

A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) precisa o papel dos atores no sistema e os aloca em termos das suas responsabilidades, diferenciando gestão de gerência e colocando esta em sintonia com aquela. A gerência é exercida pelo dirigente estatal da esfera de governo correspondente, enquanto a gestão é partilhada entre os atores do sistema em conselhos com caráter deliberativo sobre a agenda social. Configura-se, então, um organismo de política social referenciado pela ótica da democracia participativa. Assim, a avaliação da sua efetividade deve contemplar essa particularidade que, no nosso caso específico do SUS, é uma experiência de mais de uma década (Cf. Bravo, 2002; Cortes, 2000).

Sem embargo, depois de mais de uma década da publicação da lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990), o funcionamento dos conselhos de saúde ainda deixa muito a desejar (Cf. Nader, 1998: 42-43; Teixeira, 2000a e 2000b; Cruz, 2000) em função, por exemplo, do desconhecimento geral acerca dos poderes e competências da sociedade civil no exercício do “controle social” sobre as políticas públicas, da dificuldade na mobilização dos cidadãos, de problemas de representatividade e legitimidade dos conselheiros, de questões de paridade entre os componentes do conselho e de ingerência político-partidária e do poder local nos conselhos, entre outros fatores.

Na Paraíba, a situação não parece ser diferente, pois, de fato, embora todos os 223 municípios do estado tenham conselhos de saúde instituídos, apenas 80 deles – isto é, 35% do total – responderam ao ofício do Conselho Estadual solicitando dados simples sobre a sua composição no cadastramento concluído em julho de 2001 (Cf. Paraíba, 2001), o que indica que há um problema geral de consolidação institucional da estrutura de gestão participativa do SUS no estado.

Num outro levantamento mais acurado (Cf. Paraíba, 2002), o percentual de respondentes foi ligeiramente menor e os dados tabulados revelam tendências preocupantes. Em primeiro lugar, 84% dos conselhos municipais não estão compostos segundo os critérios de paridade definidos na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, o que indica, enfaticamente, problemas de representatividade e legitimidade, considerados como os mais graves e recorrentes em relação ao desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas (Cf. Gohn, 2001). Em segundo lugar, no quesito “dificuldades encontradas”, 36% afirmaram que a maior dificuldade é “a falta de clareza do papel do conselheiro”, 23% afirmaram ser a “dificuldade de adquirir quórum para as reuniões” e 27% a “falta de estrutura para o funcionamento do

conselho”, dados que indicam problemas no que se refere à existência de uma fraca tradição participativa na sociedade civil, ao desconhecimento geral dos poderes e competências dos cidadãos na gestão das políticas públicas, à dificuldade de mobilização da comunidade para discutir os seus problemas e ao descompasso entre as determinações legais e a “vontade política” dos governantes. Finalmente, observou-se uma significativa predominância de reuniões extraordinárias sobre reuniões ordinárias e uma maior ainda de deliberações acerca de implantação e renovação de programas federais, o que indica que os conselhos se reúnem, na imensa maioria dos casos, para responder a requisitos formais acerca da liberação de recursos e não para “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”, como determina a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Contudo, dados complementares obtidos no trabalho de pesquisa “O Controle Social nos Conselhos de Saúde da Paraíba”<sup>1</sup>, foram fundamentais para a realização deste trabalho. Nessa pesquisa foram associados quatro conjuntos de temas numa abordagem “qualitativa” utilizando-se, fundamentalmente, métodos de observação participante. Através desse procedimento, tencionou-se “reconstruir a realidade” da ação desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde com o objetivo de reproduzir um panorama vivo do controle social exercido no seu âmbito, levando-se em conta os detalhes da “arena institucional” que é o Conselho e o perfil dos atores que protagonizam as cenas ali desenvolvidas. Em primeiro lugar, demonstrou-se que para estudarmos o “desempenho institucional” do conselho *vis-à-vis* ao “controle social” é

---

<sup>1</sup> A pesquisa “O Controle social nos conselhos municipais de saúde da Paraíba” foi realizada no âmbito do convênio FAPESQ-PB/MS/FUNASA, envolveu oito municípios paraibanos, inclusive os municípios estudados neste trabalho. Além de contribuir para realização deste trabalho, também contribui para a realização de duas dissertações de mestrado, a saber: “‘Esse negócio de botar a raposa pra tomar conta do galinheiro é meio arriscoso’ Os Conselhos Municipais de Saúde na nova ordem moral da cidadania: A experiência do Município de Patos-Pb” de autoria de Kácio Rogério e “A efetividade das políticas públicas de saúde no município de João Pessoa” de autoria de Anália Rios. Esta última encontra-se em fase conclusão.

necessário analisar as estruturas em que eles estão implantados, observando-se a configuração do poder local, a “cultura cívica” da comunidade observada através de uma “radiografia” da sociedade civil local e, finalmente o contexto da gestão pública de saúde. O segundo conjunto de temas relacionou-se à própria configuração dos CMS: origem, natureza, infra-estrutura, orçamento próprio, regimento interno, composição, perfil institucional (pluralidade, paridade). O terceiro conjunto de temas voltou-se às características dos conselheiros: perfil sociológico, qualificação, capacitação e atuação (representatividade, credibilidade e legitimidade). Finalmente, o quarto conjunto de temas definiu o próprio funcionamento dos conselhos: planejamento das atividades, regularidade das reuniões, sua dinâmica (sistemática de convocação, desenvolvimento dos debates, atas) e sua efetividade na implementação e publicização das decisões.

Assim, através desse conjunto de temas pudemos perceber a definição de prioridades e indicação de diretrizes para a elaboração do plano municipal de saúde, onde comprovou-se que não são práticas assumidas pelos Conselhos Municipais de Saúde. Também se comprovou que no orçamento da saúde, eles também não participam da alocação dos recursos e que é o corpo político-técnico da Secretaria Municipal de Saúde, em última instância, que define e prioriza os temas que efetivamente constituem os programas e ações a serem implantados. Diante dessa situação, aos poucos se perde a importância da participação popular nos conselhos e os grupos podem ir cansando paulatinamente por avaliarem que não têm chegado a conquistas significativas.

A qualificação do conselheiro constituiu-se, assim, no caminho para despertar, não apenas nele, mas no governo e nos cidadãos, uma vontade política de participação do processo de gestão da saúde pública no município (Cf. Teixeira, 2000). Entretanto, a pesquisa demonstrou, ainda, que os cursos de capacitação oferecidos na Paraíba têm se mostrado inadequados para uma real qualificação dos conselheiros em função de seu

formato generalizante e da falta de elementos objetivos para a demonstração da correlação entre a eficiência dos conselhos – sua prática democrática – e a eficácia das políticas públicas de saúde – sua influência na qualidade de vida da população.

Diante desses indicadores e da discussão teórica sobre democracia e participação nos conselhos gestores de políticas públicas, é evidente a necessidade de aprofundamento da pesquisa sobre os Conselhos Municipais de Saúde na Paraíba. Neste sentido, partindo da hipótese de que esses conselhos têm, geralmente, um baixo índice de “desempenho institucional” (Cf. Putnam, 1996: 25), nos dedicamos a ampliar o escopo de indicadores e estabelecer correlações entre eles, de maneira a sofisticar a composição do índice e a formular relações de causalidade significativas que expliquem o bom ou mau funcionamento dos conselhos. Por outro lado, considerando que a presença de instituições democráticas determina processos de “aprendizagem institucional” (Cf. Putnam, 1996; Santos, 2002; Gohn, 2001) que podem vir a potencializar um melhor desempenho tanto destas instituições quanto da própria vida política local (Cf. Paxton, 2002), a observação a médio e longo prazo da prática dos conselhos pode vir a fornecer indicadores seguros sobre a superação de seus principais dilemas, pois, afinal, havemos de concordar que “os conselhos são uma das formas de constituição de sujeitos democráticos” (Gohn, 2001: 9).

A tese está dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo discutem-se os eixos analíticos que orientam o tema da participação. Ele está sub-dividido em três itens: O primeiro trata da concepção de democracia antiga e democracia dos modernos, destacando vários autores que contribuíram para a ampliação do conceito de democracia, valorizando a noção de participação política e soberania popular. O segundo item se refere aos temas do elitismo democrático e da democracia participativa.

A análise envolve diversos teóricos engajados no universo da democracia representativa e participativa.

Suas idéias traduzem a capacidade dos indivíduos influenciarem nas decisões políticas que são tomadas pelos seus representantes no âmbito do Estado. O terceiro item aborda os temas comunidade cívica, capital social e associativismo na perspectiva de Robert Putnam (1986). Nessa abordagem, tratamos não apenas das regras de reciprocidade, mas da corporificação de sistemas de participação social, formadas pelas associações da sociedade organizada, que representa uma forma de capital social. No quarto item, desenvolvemos uma discussão sobre os desafios da participação, destacando a gestão participativa e os conselhos como uma nova institucionalidade de um novo regime de ação pública, decorrente tanto da esfera municipal do governo quanto da maior presença dos atores sociais na cena pública.

O segundo capítulo refere-se à metodologia a ser utilizada. Ela tem como ponto de partida uma grade de indicadores que foi construída a partir da análise dos temas que se mostram relevantes no conjunto dos estudos teóricos e empíricos sobre os conselhos gestores. Na pesquisa foram associados quatro conjuntos de temas numa abordagem “qualitativa” utilizando-se, fundamentalmente, de métodos de observação participante. Através desse procedimento, tencionou-se “reconstruir a realidade” da ação desenvolvida nos conselhos municipais de saúde com o objetivo de produzir um panorama vivo do controle social exercido no seu âmbito, levando-se em conta os detalhes da “arena institucional” que é o conselho e o perfil dos atores que protagonizam as cenas ali desenvolvidas.

O terceiro capítulo aborda a democratização das políticas de saúde no Brasil. Ele está dividido em quatro sub-itens. O primeiro item trata da fase previdencialista-assistencialista; o segundo da fase privatista; o terceiro da fase universalista; no quarto e



último, é abordada a questão do controle social através dos conselhos de saúde. Esse capítulo teve como meta traçar a trajetória das políticas de saúde no Brasil, articulando-a com as determinações sócio-históricas.

O quarto capítulo trata do universo da pesquisa. Ele apresenta, através de dados estatísticos, um quadro demonstrativo da situação da saúde na Paraíba, em relação aos demais estados da federação. Em um segundo momento a abordagem se refere à gestão da saúde na Paraíba, enfatizando os municípios da amostra, através de uma análise comparativa. Por último é feito um resumo comparativo, com base em diversos indicadores que tratam do estado de saúde da população dos municípios pesquisados.

Completando esse quadro, o quinto capítulo refere-se à análise sobre o desempenho político institucional dos conselhos da amostra. Nele destacamos o ambiente político institucional, com ênfase no poder local e na cultura cívica. Foram levados em conta diversos indicadores de análise, tais como: a origem; a natureza; a infra-estrutura; o orçamento; o regimento interno; a composição; o perfil institucional; o perfil sociológico; a qualificação; a capacitação; o funcionamento e o controle social.

## **2. TEORIA DEMOCRÁTICA: AVANÇOS E DESAFIOS**

### **2.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DEMOCRÁTICA**

Os sentidos que a teoria e prática da democracia adquiriram ao longo da história das idéias políticas, foram tantos que poucos se fizeram acompanhar. Ao longo da sua trajetória foram muitos os conflitos, tanto no que se refere à delimitação do conceito de democracia, em seu sentido de “governo do povo pelo povo”, quanto aos aspectos necessários para que um governo se efetivasse poucos foram os sentidos que conseguiram preservar um núcleo tão preciso, a despeito das reduções e alterações em sua densidade. Assim, podemos deduzir que as controvérsias sobre o tema e sua aplicabilidade na sua inacabada história não são recentes.

Existem múltiplos modelos de governo e de estado que se configuram democráticos e não democráticos e isso levou ao embate de posições destinadas a justificar os modelos de democracia ao longo da história. O conflito de posições geralmente se concentra na luta para determinar se a democracia significará algum tipo de poder popular, ou simplesmente significará um meio para legitimar as decisões daqueles que são eleitos para o poder. Mesmo com a existência de tantos países no mundo com governos constitucionais e instituições democráticas - liberdades civis e políticas, sistema multipartidário e sufrágio universal - que imprime um esplendor de legitimidade à vida política moderna, a história de suas instituições revela fragilidade e vulnerabilidade, demonstrando que a democracia é uma forma “notavelmente difícil de governo, tanto para ser criada quanto para ser mantida” (Cf. Held, 1987:01).

As teorias sobre democracia ao longo da história surgiram por meio de rearranjos efetuados no seu núcleo, muitas são elaboradas no sentido de reduzi-lo, diminuindo sua densidade ou alterando a combinação dos elementos entre si. As

escolhas das alterações na dimensão da combinação dos elementos dependem do que os teóricos pretendem para a sobrevivência da democracia, seja através do que se pretende entender, explicar ou criticar.

Pensar uma alternativa para compreender a teoria democrática, e a própria democracia deve-se levar em consideração a sua configuração histórica. A democracia tal como conhecemos hoje surgiu após II Guerra Mundial, período que caracterizamos como um evento recente da nossa história.

Os principais paradigmas que contemplam os estudos sobre democracia podem ser identificados em três importantes momentos. O primeiro paradigma está relacionado com o paradigma da democracia clássica, uma forma de governo em que o poder era exercido pelo povo, Bobbio (1988). A idéia de que o governo é o *demos* e se apresenta sem qualquer intermediação, levou a questionamentos, na atualidade, sobre as razões que justificam as exigências deliberativas frente aos limites da democracia representativa. O segundo momento se refere à democracia como configuração histórica do século XX, representado pela tradição liberal, defensora da idéia dos direitos inalienáveis dos seres humanos. O liberalismo defende os direitos individuais contra qualquer maioria, por maior que ela seja e os protege, também, de qualquer regime político (Cf. Bobbio, 1988). A defesa dos direitos individuais caracteriza a essência do liberalismo político, que segundo Lessa “define um ideal de liberdade negativa”<sup>2</sup>. (Lessa, 2002:50). O terceiro momento se apresenta por meio do socialismo como sistema social. O socialismo impôs restrições ao mercado além de definir critérios de justiça e sociabilidade não regulados por suas causas naturais. O socialismo ocidental mesmo não tendo transformado a natureza das sociedades que o adotaram, teve papel

---

<sup>2</sup> Liberdade negativa é definida por Lessa como a proteção que o liberalismo garante aos direitos básicos das minorias diante dos direitos da maioria, por maior que ela seja (Lessa, 2002:50).

relevante na implantação de uma pauta de direitos sociais que excede e complementa os direitos individuais estabelecidos pelo ideal liberal.

A partir desse contexto, consideramos que a democracia possui um suporte normativo que permite a sua interpelação através dos valores existentes nesse suporte, mais democracia, leva a mais liberalismo, e mais socialismo, ou seja, mais extensão das formas de participação e de soberania populares, mais extensão dos direitos civis, e mais presença robusta de mecanismos redistributivos e de proteção e inclusão social.

Portanto, a democracia é uma configuração histórica que deriva dos paradigmas clássico, liberal e socialista. As inter-relações que permitem o seu entendimento deriva tantas formas que, Lessa (2002), chega a seguinte definição: “a democracia é um experimento quasímido, ou frankensteiniano se vocês preferirem: o braço é de um corpo, a perna vem de outro lugar, a cabeça resulta da decantação de múltiplas concepções de mundo, produzidas em épocas diferentes e, com propósitos distintos” (Cf. Lessa 2002:52). É esse experimento que forma os modelos de democracia em funcionamento nos diversos países, cada qual, a seu modo, diz ser constituído pelo termo “democracia”.

Para fins da abordagem que se inicia, nos limitaremos à análise sobre três tendências que consideramos como fundamentais, no debate contemporâneo sobre a democracia: a democracia antiga, o elitismo democrático e a democracia participativa.

## **2.2 A DEMOCRACIA DOS ANTIGOS AOS MODERNOS: UMA BREVE SÍNTESE**

Surgida na Grécia antiga, a democracia é descrita pela primeira vez por Tucídides com as seguintes características: autogoverno, igualdade política, liberdade, justiça, participação do cidadão comum no governo da cidade independentemente de sua renda ou posição social, discussão pública prévia às decisões de interesse comum,

controle da ação dos governantes e prestação de contas das ações de governo (Cf. Mossè, 1979).

Para Barker (1978), os gregos conheciam a forma representativa de governo da democracia, implícita no instituto da Boulè, órgão composto de 500 membros representantes dos demos, os quais eram por estes indicados mediante o cumprimento de “requisitos de qualificação” e escolhidos mediante sorteio com mandato anual, não podendo ser repetidos duas vezes seguidamente. Era este conselho que propunha as questões sobre as quais a Eklesia, assembléia dos cidadãos, deveria deliberar. Existia também a formação de partidos (sunomosíai) que tentavam influenciar as decisões sobre quem seria indicado ao Conselho em favor da oligarquia (Barker 1978:40-41).

Com efeito, o núcleo que compõe a democracia é formado de elementos de natureza diversa. As suas ações e procedimentos se transformavam em instituições como é o caso da Boulè e a Assembléia, que diante das propostas apresentadas pelo Conselho atuavam de forma deliberativa. Objeto das reformas implementadas por Clístenes, século V a.C., estas instituições foram criadas com o objetivo de ampliar o “espaço cívico” no sentido de possibilitar o aumento do controle do governo sobre a sociedade (Cf. Mossè, 1979). Este “espaço cívico” seria o núcleo da democracia ateniense e teria por finalidade o bem comum da polis<sup>3</sup>, além de possibilitar o aperfeiçoamento do indivíduo como cidadão.

Portanto, em termos cronológicos, foi na Grécia antiga que localizamos as origens do tema da democracia. Na modernidade, o estudo científico sobre a democracia remota ao século XVII, com as formulações de Jonh Locke; de J. J. Rosseau; Jonh

---

<sup>3</sup> De acordo com Barker (1978), a pólis era uma associação com instituições dotadas de mecanismos e procedimentos adequados a realização da justiça, liberdade, igualdade, solidariedade com caráter fundamentalmente moral que se concretizavam no auto-governo dos cidadãos, pelos cidadãos, para os cidadãos (Cf. Barker, 1978:21-46).

Stuart Mill e Al de Toqueville, entre outros. É nesse período que a democracia aparece com uma inspiração bastante forte sobre a questão da liberdade e da igualdade política e econômica. De acordo com Held (1987) as idéias propagadas defendem que: “os cidadãos devem usufruir da igualdade política e econômica, de forma que ninguém possa submeter seu semelhante, e todos devem ser igualmente livres e independentes” (Held, 1987: 78).

Conforme o exposto, foi a partir do século XVII que começaram a ser elaboradas as primeiras formulações teóricas sobre a democracia moderna. John Locke foi o primeiro teórico a afirmar que o poder dos governos nasce de um acordo livre e recíproco, e também a preconizar a separação entre os poderes legislativo e judiciário.

Jonh Locke em *o Segundo Tratado* expõe sua proposta, através de um ensaio referente à verdadeira origem, extensão e objetivo do Governo Civil. Seu trabalho conjugou o *individualismo*, teoria que considerava os indivíduos anteriores ao Estado, o *estado de natureza*, que seria o estado no qual os homens viveriam antes do Estado Civil, o *pacto social* que afirmava que o estado nascia da vontade desses indivíduos, e a *lei natural*, que afirma que desde o estado de natureza já haveria uma lei a reger as relações entre os homens.

As teorias apresentadas não eram novas, no entanto ele inovou no tratamento com a questão. A lei da natureza causou reações por parte de vários autores medievais na tentativa de inibir o interesse econômico<sup>4</sup>. A natureza não mais indicava uma ordem divina, mas se vinculava às vontades humanas. O direito natural, em Locke, segundo Tawney, significa o livre jogo do interesse pessoal, revestido do seu conceito de

---

<sup>4</sup> De acordo com Skinner “a melhor saída para o dilema – depois adotada e exposta em sua forma definitiva por Jonh Locke – era obviamente, invocar a interpretação da lei da natureza proposta pelos juristas, de preferência a dos teólogos, e afirmar com toda clareza que o direito de possuir bens era um direito natural e não mero privilégio derivado da lei positiva” (Skinner, 1996: 430-431).

racionalidade, já que, segundo ele, a lei natural corresponde à razão humana (Cf. Tawney, 1971: 174)

O estado de natureza é caracterizado por Locke com o objetivo de melhor compreender as relações entre o homem e o poder político, conforme atesta:

“Para compreendermos corretamente o poder político e liga-lo à sua origem, devemos levar em conta o estado natural em que os homens se encontram, sendo este um estado de total liberdade para ordenar-lhes o agir e regular-lhes as posses e as pessoas de acordo com sua convivência, dentro dos limites da lei da natureza, sem pedir permissão ou depender da vontade de qualquer outro homem. Estado também igualdade, no qual qualquer podre e jurisdição são recíprocos, e ninguém tem mais do que qualquer outro (...)” (Locke, 2005: 23).

Conforme o exposto, percebe-se claramente que Locke fundamenta sua análise política a partir de uma relação tridimensional entre *liberdade*, *propriedade* e *igualdade*, estes termos constituem uma trindade da filosofia política liberal. A própria díade liberdade – propriedade converteu-se em um termo que é usado de forma indissociável, fazendo com que, onde se lesse liberdade, fosse subentendida a livre posse e gozo de bens materiais.

Na realidade, ele estabeleceu uma liberdade que fosse capaz de organizar um Estado que prescindisse do monarca absoluto, fundamentando-a já no seu estado de natureza, ao afirmar que “mesmo em se tratando de um estado de liberdade não implica em licenciosidade” (Cf. Locke, 2005: 24). Ou então, ao afirmar: “a liberdade de dispor e ordenar, a seu talento, as ações, as posses e toda a sua propriedade, dentro da prescrição das leis sob as quais vive, não sujeito à vontade arbitrária de outrem, mas seguindo livremente a própria vontade” (Cf. Locke 2005: 53). O Estado, fundado segundo os ditames burgueses, deveria ter por base uma idéia de liberdade sólida, consistente, organizativa. Desse modo, Locke a colocou como determinada (e não determinante) pela propriedade.

No *Segundo tratado*, quando trata da questão de que a escravidão leva à discussão para o conceito de igualdade, ele considera o estado de natureza, também um estado de igualdade. Os homens são igualmente livres e racionais. É uma igualdade medida pela posse: quem é livre e racional é também proprietário e, portanto, são iguais (Cf. Locke, 2005).

O conceito de igualdade é o de indiferenciação de poder, principalmente o poder de punir. A lei civil, para ele, vincula-se diretamente ao poder de punir. Locke estabelece o conceito formal de igualdade, ou seja, igualdade de jurisdição. “Embora tenha dito (...) que todos os homens são iguais pela natureza, não quero que pensem que me referia a toda espécie de igualdade” (Cf. Locke, 2005: 52). Os homens, realmente, são desiguais entre si. O papel da lei jurídica é o de igualar os desiguais, e aos que fiquem à margem da lei (natural ou civil), resta a punição.

Assim, o homem torna-se desigual em relação ao ideal de racionalidade e de moralidade. Transgredindo a lei da razão, atenta contra a liberdade e as posses dos cidadãos, transformando-se em um perigo a toda a humanidade. Através do pacto social, o Estado civil adquire a jurisdição sobre a sua vida. Liberdade e igualdade, na ótica de Locke, são, portanto, teias que foram tecidas como os fios da idéia de propriedade.

No entendimento de Locke, os homens, no estado de natureza, encontram-se subordinados a Deus, pois são enviados ao mundo por sua ordem e para cumprir seus desígnios, são propriedades de seu artífice e, a lei natural, a razão em que essa lei consiste, ensina a todos aqueles que a consultem que, sendo todos iguais e independentes, ninguém deveria prejudicar a outrem em sua vida, saúde, liberdade ou posses (Cf. Locke, 2005: 24-25).

Portanto, é racional conservar sua vida e sua posse. Este é um traço importante da teoria da propriedade de Locke: afinal, quem não angariou posses no estado de



natureza, seria destituído de razão? Essa é uma importante questão, pois Locke justificava um novo sistema que deixou à sua margem milhares de excluídos e ele sabia disso. Afinal, o que a burguesia mais temia, e isto ficou evidente em 1660, era o levante popular. Locke, então, criou no estado de natureza, um sistema de exclusão, conforme atesta Macpherson:

“Em Locke, a diferença de racionalidade não era inerte aos seres humanos, nem neles implantada por Deus, ou pela Natureza; ao contrário era adquirida socialmente, em virtude das diferenças de posição econômica. Mas era adquirida no estado de natureza; e, portanto, era inerente à sociedade civil. Quer-se dizer, uma vez adquirida, era permanente” (Macpherson 1979: 257).

O estado de natureza de Locke não é um estado de felicidade permanente, como se supõe. Locke criou um estado onde, por um lado, havia racionalidade e liberdade, e, por outro, esse estado oferecia riscos à propriedade por ser instável e inseguro. Dessa forma, Locke demonstra a existência de indivíduos que prescindem de um soberano absoluto, mas que necessitam de uma sociedade civil. Na *Carta acerca da tolerância*, Locke faz uma definição do Estado, segundo o qual:

“parece-me que a comunidade é uma sociedade de homens constituída apenas para a preservação e a melhoria dos bens civis de seus membros. (...) denomino de bens civis a vida, a liberdade, a saúde física e a libertação da dor, e a posse de coisas externas, tais como terras, dinheiro, móveis, etc.” (Locke, 1983: 5).

Dessa forma, Locke demonstra que o Estado é constituído de homens que buscam nele a proteção de seus bens, a saúde e a propriedade privada na forma capitalista. Assim, o fim maior e principal da constituição das sociedades políticas é buscar a conservação de sua propriedade (Cf. Locke, 2005: 92-93).

Jonh Locke ficou conhecido como um dos precursores da chamada concepção liberal proprietária, possessiva. A sua crítica é direcionada ao *absolutismo*<sup>5</sup>, não por seu caráter contratual, mas pela justificativa do *direito divino* o qual os monarcas buscavam justificar seu poder absoluto. O direito natural para Locke é o direito à liberdade que, junto com o trabalho, sustenta o direito de propriedade. O Estado deve estar sob controle de representantes delegados com o direito de fazer as leis e aplicá-las, tendo como função essencial a defesa do direito de propriedade. Nesta concepção sobre o Estado de Direito, Locke pressupõe cidadãos com direitos desiguais em função da propriedade, “cidadãos independentes e cidadãos não independentes”. A estes, por sua condição de despossuídos, de não proprietários, não se poderia conceder o direito do voto, o direito à representação no poder de Estado, de preferência parlamentar.

Locke, apesar de sua visão laica e da defesa da tolerância numa época de intransigências confessionais, via o Estado - a sociedade política que resulta do contrato - como o que expressa a soberania, o poder coercitivo do Estado, inclusive o de condenar à morte! Isso valeu para essa época e vale, evidentemente, para os dias de hoje. A concepção proprietária baseava-se na idéia de que o direito à liberdade é o direito à propriedade. O Estado é o “contrato” para garantir a manutenção da propriedade e de outros direitos. Portanto, a teoria desenvolvida por Locke fundamentou o Estado Liberal. Sua teoria, no século XVIII e ainda hoje, se constitui no alicerce da organização burguesa de sociedade.

Outro pensador, considerado como expoente da formação do pensamento liberal é J. J. Rousseau. Em seus estudos ele aborda de forma conjunta a política e a moral,

---

<sup>5</sup> O Absolutismo caracterizou um longo período da história. Iniciou-se com o fim do feudalismo, crescendo conforme a centralização de poderes aumentava. O seu ápice deu-se durante a Idade Moderna, quando a vontade do rei era a lei, e o rei era ele mesmo o Estado.

visando investigar os fatores que se interpõem entre o indivíduo e a sua felicidade, a partir do postulado de que o homem, degradado em sua natureza pelo processo histórico de socialização, pode, em princípio, recuperar sua integridade essencial. Ele desenvolve uma teoria normativa do homem e da sociedade, coroada, na sua inspiração, por um autêntico projeto de cidadania. Uma vez que pressupõe, como ponto de partida, a crença no “bom homem” e no alvo de sua felicidade.

O objetivo “fazer o homem feliz”, nada mais é do que confirmar a sua integridade, de que nos dá conta o dogma russeuniano da bondade natural. Em termos mais amplos, isso implicaria em pensá-lo integrado na “boa sociedade”, adequada para tal fim, não só pelas condições de gênese e estrutura, dadas em “O contrato social”, como também de funcionamento, apresentadas no seu livro “Da Economia Política”.

Nesse sentido, para compreendermos a “boa sociedade” devemos atentar para o seguinte. De um lado, é preciso referir o nascimento e a organização do corpo político ao princípio da igualdade natural, a partir do qual a sociedade justa deverá ser dirigida por leis diretamente votadas pelos associados, por ato indelegável de vontade<sup>6</sup>, que legitima o pacto social. Por outro lado, não se pode esquecer o problema subsequente do funcionamento dessa mesma sociedade, por conta de um poder – o governo, cuja tarefa se restringe, sobretudo, à execução daquela vontade geral.

De acordo com Rousseau, não é possível conservar em sociedade a mesma condição do estado natural. A desnaturação, para ele, gesta um novo homem, que passa a viver com os outros e, nessa nova condição, sofrerá mudanças, virtualmente possíveis em seu estado natural. Será benéfico se favorecer a conservação da integridade de sua natureza. Na base dessas mudanças está a necessidade primária de criação de um

---

<sup>6</sup> No *Contrato Social* “vontade geral”, corresponde à vontade moral, que legisla em prol da razão pública e, não, à vontade da maioria, que pode, eventualmente, estar dissociada do interesse comum e ser-lhe inútil ou, até mesmo, nociva (Rousseau, 2005)

artifício, o espírito social, assentado sobre uma condição existencial básica – a de “ser parte”.

“Ser parte” para Rosseau, implica na análise do processo em que se dá a socialização. Nesta estão incluídas a fundação da sociedade política e a convivência dos seres humanos que a integram. Assim, para garantir a legitimidade da vida social, Rosseau preserva a liberdade e a igualdade. Ele pensa ter encontrado a fórmula para tanto, estabelecendo para o homem que se associa uma condição que, a seu ver, lhe daria um poder soberano, necessário à liberdade daqueles valores.

Embora essa questão em sua teoria não esteja desenvolvida o suficiente para esclarecer essa condição do homem parte, combinada com a sua teoria sobre a educação, oferece preciosos subsídios nessa direção. Sem pretender dá um tratamento sistemático do assunto, buscaremos oferecer elementos que ponham esse vínculo em destaque, pois estamos convencidos de que Rosseau vai buscar inspiração nos valores da cidade antiga para fundamentar sua idéia de participação, o que pode ser melhor esclarecido com a discussão do seu ideal de Estado educador.

Entendemos que a valorização da cidade antiga no pensamento de Rosseau foi formador de um núcleo arcaico de grande importância na relação entre os vínculos da ética e da política. Em Rosseau a filosofia da educação e a filosofia política vêm sempre entrelaçadas, e é a partir desse ponto que ele se aproxima da visão dos antigos quanto às relações do homem com a cidade. Esse entendimento é criticado por Constant (1985) quando distingue dois tipos de liberdade - a dos antigos e a dos modernos - modalidade de integração do homem no corpo coletivo, para ele, Rosseau pleiteia para o homem moderno um ideal de vida e liberdade mais adequado ao homem antigo. Conforme atesta:

“o objetivo dos antigos era a partilha do poder social entre todos os cidadãos de uma mesma pátria. Era isso o que eles denominavam liberdade. O objetivo dos modernos é a segurança dos privilégios; e eles chamam liberdade às garantias concedidas pelas instituições a esses privilégios” (Constant, 1985:16).

Ao denunciar a falta de percepção de “homens bem intencionados”, contemporâneos seus, aos quais essas diferenças passavam despercebidas, Constant vai encontrar em obras de autores do passado – em Rosseau e em Mably, notadamente a fonte de inspiração dessa cegueira. De Rosseau diz ele:

“Eu examinei, pois, o sistema do mais ilustre desses filósofos, J. J. Rosseau, e mostrarei que, transportando para os tempos modernos um volume de poder social, de soberania coletiva que pertencia a outros séculos, esse gênio sublime, que era animado pelo mais duro amor à liberdade, forneceu, todavia, desastrosos pretextos a mais de um tipo de tirania” (Constant, 1985: 16).

É verdade também que, na opinião de Constant, mais do que Rosseau, o responsável por esse erro é o abade Mably, que pode ser considerado como o representante do sistema que “conforme as máximas da liberdade antiga, quer que os cidadãos sejam completamente dominados para que a nação seja soberana, e que o indivíduo seja escravo para que o povo seja livre” (Cf. Constant, 1985: 17).

Rousseau no *Emílio* distingue antigos de modernos em carta aos cidadãos de Genebra datada de 1764:

“Os povos antigos não são mais um modelo para os modernos; sob todos os aspectos eles lhes são muito estranhos. Sobretudo vós, genebrinos, ficai em vosso lugar, não ides aos objetos elevados que se vos apresentam para vos esconder o abismo que se cava diante de vós. Vós não sois romanos, nem espartanos, nem mesmo sois atenienses. Abandonai esses grandes nomes que não vos cabem. Vós sois mercadores, artistas, burgueses, sempre ocupados com vossos interesses particulares, com vosso trabalho, vosso comércio, vosso ganho, pessoas para as quais a própria liberdade é apenas um meio de adquirir sem obstáculo e possuir em segurança” (Rosseau, 1978: 17)

Rousseau tem consciência das diferenças entre as sociedades antigas e as modernas, seja quanto ao funcionamento da democracia antiga, seja quanto aos hábitos de vida. Sabe que falta no seu tempo o ócio, que a cidade antiga garantia ao cidadão explorando o trabalho escravo, razão pela qual chama a atenção para a importância dos mecanismos de controle adequados ao sistema representativo, uma vez que o envolvimento excessivo do indivíduo com seus interesses particulares afastam-no da participação direta e contínua na vida pública. Assim, adiantando-se a Constant, sublinhando esse desinteresse, Rousseau chama a atenção para o fato de que a participação política é o que nos garante a liberdade civil. Aos genebrinos que, em sua opinião, só se ocupavam dos seus direitos políticos tardiamente, com repugnância e somente diante do premente perigo, Rousseau aconselha:

“Esta situação exige para vós máximas específicas. Não sendo ociosos como eram os antigos povos, vós não podeis, como eles, ocupar-vos sem cessar do governo; mas justamente pelo fato de que vós quase não podeis vigiar constantemente o governo, deve ele ser instruído de modo que vos seja mais fácil ver as suas manobras e prevenir os abusos. Todos os cuidados que, por exigência de vossos próprios interesses, deveis ter na ordem pública, devem ser tornados tanto mais fáceis de tomar quanto um cuidado que vos custe e que não tomeis de bom grado. Porque querer desonerar-se inteiramente é querer cessar de ser livre. É preciso optar, diz o filósofo benfazejo, e os que não podem suportar o trabalho só têm de procurar o repouso na servidão. Um povo inquieto, desocupado, agitado e carente de negócios particulares, sempre prontos a imiscuir-se nos negócios do Estado, tem necessidade de ser contido, eu sei; mas, novamente, é a burguesia de Genebra esse povo? Nada se assemelha menos a isso; ela é o antípoda dele. Vós cidadãos, inteiramente absorvidos em vossas ocupações particulares e sempre indiferentes diante do resto, só cuidas do interesse público quando o vosso é atacado”. (Rousseau, 1978: 19).

No *Contrato Social*, Rousseau distingue a tarefa de redigir as leis do direito de votá-las, exercida esta diretamente pelo povo em assembleia, em condições de igualdade radical, enquanto aquela reservada para uma figura impar, o Legislador. A

seu ver, a elaboração das leis deve obedecer a uma inspiração única, que tudo faça concorrer para a realização do espírito social. Essa, a dificuldade primária, a que o próprio Rosseau já fora sensível. A segunda dificuldade está na gestação do homem novo, na desnaturação. Estabelecer o espírito social implica sempre em desnaturar. Essa tarefa – desnaturar – exige do Legislador de um povo uma intervenção radical:

“(...) mudar a natureza humana, transformar cada indivíduo, que por si mesmo é um todo perfeito e solitário, em parte de um todo maior, do qual de certo modo esse indivíduo recebe sua vida e seu ser; alterar constituição do homem para fortificá-la; substituir a existência física e independente que todos nós recebemos da natureza, por uma existência parcial e moral” (Rosseau 2005: 50).

Desnaturar é a tarefa que Rosseau irá conceber à sociedade legítima sem o concurso do poder público e da educação. Considerado em si próprio, o homem é um ser natural, completo; em sua relação com os outros, deixa essa condição para tornar-se um ser social, que se completa apenas à medida que se compõe com os outros homens, na qualidade, agora, de parte de um todo que o ultrapassa, a sociedade política, numa vida artificialmente organizada. Ser parte de um todo – eis a nova condição do homem desnaturado.

Para a sociedade legítima, Rosseau prescreve a educação pública, e a transforma em gama de deveres (Rousseau, 1978: 28). De modo que ela vai estabelecer, primeiramente pelos costumes, depois pelas leis, uma tábua de valores acerca do que é permitido ou proibido. As paixões não serão eliminadas, mas, sim, controladas em sua gênese e direcionadas para o espírito social:

“Dir-me-ão que quem tiver homens para governar não deve procurar fora da sua natureza uma perfeição de que não são capazes, não deve desejar neles destruir as paixões e que a execução de um tal projeto seria tão indesejável quanto impossível. Conviria com tudo isso, sobretudo porque um homem que não tivesse nenhuma paixão seria certamente

péssimo cidadão. Mas é preciso também convir em que, se não se ensina os homens a nada amar, também não é impossível ensina-los a amarem um certo objeto em lugar do outro e o que é verdadeiramente belo em lugar do que é disforme.” (Rousseau, 1978: 30)

A boa ordem da educação é que vai permitir esse transporte do eu (humano) para a unidade comum de modo a tornar relativo (parte) o que era absoluto (todo), com existência definida em função do corpo coletivo:

“O homem natural é tudo para si mesmo: ele é a unidade numérica, o inteiro absoluto que só tem relação com ele próprio ou com seu semelhante. O homem civil é apenas uma unidade fracionária que depende do denominador cujo valor está em sua relação com o inteiro, que é o corpo social. As boas instituições são aquelas que melhor sabem desnaturar o homem, tirar-lhe sua existência absoluta para lhe dar uma relativa, e transportar o eu para a unidade comum: de tal modo que cada particular não se creia mais um, mas parte da unidade, e apenas seja sensível no todo” (Rousseau, 1978: 31).

Nesse sentido, (Rousseau, 1978: 32) chega a afirmar que não é possível socializar sem “relativizar” o eu humano; todavia, o problema está na forma de se conceber essa “relativização”: o nível e a intensidade da entrega do eu ao nós, do indivíduo, ao todo. De qualquer forma, a vontade particular, preponderante na ordem natural, é agora enfraquecida, em favor da vontade geral, que é soberana.

Mas Rousseau julga que, para o êxito desse procedimento, é preciso algo mais do que leis escritas; é preciso gestar no indivíduo social e, com ele, um sentimento único: o de ser parte. Ser social, então, vai ser mais do que fazer parte ou tomar parte: será não algo passageiro, mas um estado de alma permanente, pelo qual o cidadão mostra não apenas conhecer o que é bom, mas também amá-lo:

“se, por exemplo, desde bem cedo forem acostumados a só considerarem sua individualidade pelas suas relações com o corpo do Estado e a só perceber, por assim dizer, sua própria existência como uma parte da existência desse corpo, poderão,



por fim, identificar-se de certo modo com esse todo maior, sentirem-se membros da pátria, amá-la com esse sentimento especial que todo o homem isolado só tem por si mesmo, elevar perpetuamente sua alma a esse grande objetivo e transformar, assim, numa virtude sublime, essa disposição perigosa [amor de si] da qual nascem todos os nossos vícios [amor próprio].” (Rousseau, 1978: 33)

Nesse contexto cada associado exerce dois papéis, como homem e como cidadão. Mas o mesmo indivíduo que faz a lei no exercício da cidadania, cumpre-a na qualidade de súdito, pois foi ele próprio que a estabeleceu. Respeitada a correlação direitos-deveres se constituindo em um liame social sólido, está garantida a preservação do corpo político e a liberdade civil de cada um. O pressuposto dessa solidez é a subordinação do interesse particular ao interesse público, alcançada em primeiro lugar por meio da formação de costumes sadios.

Rousseau (1978) reclama, na sociedade legítima, algo mais do que mera adesão às leis. Reclama também, uma autêntica conversão interior, que qualifica aquele sentimento de ser parte. À verdadeira ordem social corresponde a ordem interior do homem. A melhor adesão à disciplina da lei comum é espontânea. Mas para chegar a essa espontaneidade é preciso formar no homem o cidadão, tarefa do Estado e da educação que, como dissemos, na sociedade legítima, deve ser pública. Dessa forma:

“não é suficiente dizer aos cidadãos – sede bons: é preciso ensina-los a ser. O próprio exemplo que a esse respeito constitui a primeira lição, não representa o único meio a empregar-se; o amor à pátria constitui o meio mais eficaz, pois, como já disse, todo o homem é virtuoso quando sua vontade particular em tudo se encontra de acordo com a vontade geral.” ( Rousseau, 1978: 39).

Entretanto, Rousseau ficou conhecido como portador da concepção liberal “igualitária”. O contrato social pressupõe a idéia do direito natural à liberdade, mas também da igualdade como condição humana. Para ele “os homens nascem livres e

iguais”, ainda que ele também constatasse que, em sua época, as realidades do mundo em que vivia, os homens não nasciam livres e iguais. A fundamentação do seu pensamento está baseada na realidade da pequena produção, do artesanato, das pequenas localidades e/ou regiões que rapidamente começava a ser superada pela acumulação capitalista.

Fica claro que a realidade vivida por Rosseau, o que o influenciou fortemente para que defendesse a soberania do povo formado por indivíduos “livres e iguais”, não poderia estar à mercê da vontade de um monarca como queriam os absolutistas, nem poderia ser delegada, no contrato, ao Estado Parlamentar<sup>7</sup>. Para ele, manter as condições de liberdade e igualdade, onde nenhum cidadão perca sua soberania no processo de formação da vontade geral é algo necessário, visto que a soberania não pode ser delegada ou transferida a não ser para aqueles encarregados de executá-la, cujos mandatos devem ser revogáveis a qualquer momento.

As visões de mundo de Rosseau, podem até ser utópica e irreal em um mundo que rapidamente se transformava com a acumulação de capitais, mas prenunciava o grande desafio para qualquer avanço democrático no interior das concepções liberais.

Rousseau considera que são os cidadãos que participam da autoridade soberana. Faz uma crítica aos franceses por não conseguirem fazer uma distinção sobre a verdadeira noção do significado do termo, pois ser cidadão para eles era uma virtude e não um direito. Para Rousseau participar das decisões é se auto-governar. A participação é importante porque é através dela que o indivíduo aprende a distinguir entre os interesses privados e o interesse público, além de obrigar a obedecer às decisões que tomou. Quando as decisões tomadas afetam igualmente a todos, a

---

<sup>7</sup> Para Rousseau, o ato no qual se realiza o contrato da sociedade política, onde o povo convencionou um governo, existe um momento anterior que é aquele em que o povo é povo e esta condição é a condição primeira, estabelecendo uma soberania que não pode ser transferida, delegada ou dividida (Rousseau, 2005).

participação leva a uma cooperação. Segundo Paterman “a única política a ser aceita por todos é aquela em que os benefícios e encargos são compartilhados” (Cf. Paterman, 1992: 37).

A idéia de democracia ao final do século XVIII, na perspectiva desse autor, é marcada por uma forte concepção de soberania que não pode ser representada pela mesma razão que não pode ser alienada. Fazendo referência a uma passagem acerca do funcionamento do Parlamento inglês, demonstra que os deputados eleitos pelo povo não são e não poderiam ser seus representantes, por eles serem seus agentes. Se o povo não ratifica pessoalmente uma Lei, ela é nula. Para ele, o povo inglês se considera livre por poder escolher seus representantes, o que segundo ele é um engano, a liberdade ocorre apenas no dia da eleição. Passada essa fase, o povo volta novamente a ser escravizado (Rousseau, 1978).

Na mesma linha de Jonh Locke, quando trata da definição de propriedade estabelecendo uma vinculação que liga a vida à liberdade e sua preservação dependente da posse dos bens necessários à vida. O raciocínio Rosseau reforça essa vinculação acrescentando à igualdade a partir do momento em que a soberania reside no povo e a liberdade depende da participação na vida política. Segundo ele, é através dessa relação que os indivíduos se estabelecem como cidadãos<sup>8</sup>.

De acordo com Paterman, os estudos de Locke e Rosseau definem que a construção de um Estado democrático depende de uma “sociedade participativa” (Paterman, 1992: 33). Held acrescenta a esses dois autores os estudos de Marx sobre a comuna de Paris, o qual também trata a defesa do Estado como um dos instrumentos de uma sociedade participativa. Para ele, os três autores vêem a participação do cidadão

---

<sup>8</sup> O conceito de cidadão utilizado por Rosseau se refere àquele que participa das decisões do corpo político, ele faz parte e participa da “cidade”. O sentido que a palavra “cidade” representa quase se perdeu entre os modernos, ela é “sinônimo de república e é o corpo que resulta da associação de todos (...) A maioria considera um burgo uma cidade e um burguês como um cidadão. Não sabem que as casas que formam um burgo, mas que são os cidadãos que fazem a cidade” (Cf. Rousseau, 2005: 39).

comum o meio de garantir o auto-governo e a soberania popular. No entanto, estas idéias alimentam ainda hoje polêmicas infundáveis, de modo que cada autor de acordo com as suas convicções avança no sentido de recuperar o núcleo original da idéia de democracia, ou seja, o bem comum, a justiça, a liberdade e a igualdade (Cf. Costa, 2002: 91-92).

Outro autor que contribui nessa discussão é Stuart Mill, considerado como um dos expoentes do utilitarismo<sup>9</sup>, recusou a teoria dos direitos naturais para fundar a sua defesa da liberdade. Conforme afirma:

“É conveniente declarar que renuncio a qualquer vantagem que possa resultar para o meu argumento da idéia do direito abstrato como independente da utilidade. Considero a utilidade como último recurso em qualquer questão de ética; terá de ser, porém a utilidade no sentido mais amplo, baseada nos interesses permanentes do homem como ser progressista” (Mill, 1963: 13-14).

Bobbio faz uma relação entre utilitarismo e liberalismo, destacando a filosofia utilitarismo como a maior aliada do Estado liberal. Para ele a filosofia do utilitarismo na tradição do pensamento anglo-saxão, é a que certamente, “forneceu a mais duradoura contribuição ao desenvolvimento do liberalismo, a partir de Bentham, utilitarismo e liberalismo passaram a caminhar no mesmo passo, e a filosofia utilitarista torna-se a maior aliada do Estado Liberal. A passagem do jusnaturalismo ao utilitarismo assinala para o pensamento liberal uma verdadeira crise dos fundamentos, que alcançará o

---

<sup>9</sup> Utilitarismo, de acordo com Comte-Sponville, é toda doutrina que baseia seus juízos de valor na utilidade. Desenvolvida pelo filósofo inglês Jeremy Bentham e Stuart Mill, é “a doutrina que dá como fundamento à moral a utilidade ou o princípio da maior felicidade afirma que suas ações são boas ou são más na medida em que tendam a aumentar a felicidade ou a produzir o contrário da felicidade. Por ‘felicidade’, entenda-se o prazer e a ausência de dor; por ‘infelicidade’, a dor e a privação de prazer. [...] Essa teoria da moralidade é baseada numa concepção da vida segundo a qual o prazer e ausência de dor são as únicas coisas desejáveis como fins, e todas as coisas desejáveis só o são pelo prazer que elas próprias proporcionam ou como meios de proporcionar o prazer e evitar a dor”. (Cf. John Stuart Mill, *Utilitarismo*, II, apud Comte-Sponville, 2003: 612-613).

renovado debate a respeito dos direitos do homem desses últimos anos” (Cf. Bobbio, 1988: 63-64).

Mill defende que a liberdade não caracteriza um direito natural. Ele entendeu a liberdade como a preservação da esfera das decisões individuais. A seu ver, a maior ameaça para a liberdade não partia do governo, mas de uma maioria que visse com suspeita as minorias dissidentes, conforme atesta:

“A vontade do povo significa praticamente a vontade da parte mais numerosa ou mais ativa do povo – a maioria, ou aqueles que conseguem fazer-se aceitos como maioria; em consequência o povo pode desejar oprimir uma parte da sua totalidade, tornando-se necessárias precauções contra essa atitude bem como qualquer outro abuso do poder” (Mill, 1963: 6).

De acordo com Sabine, as idéias de Mill não eram um apelo em prol do alívio da opressão política ou de uma modificação na organização política, mas em prol da formação de uma opinião pública genuinamente tolerante que atribuísse valor a diferenças de ponto de vista, que limitasse o grau de acordo que exigia e que recebesse as novas idéias como fontes de novas descobertas (Cf. Sabine, 1961: 689).

Preocupado com a crescente tendência à expansão indevida dos poderes da sociedade sobre o indivíduo que não só era pela força da opinião e pela legislação, Mill propôs formular um princípio com base no qual fosse possível estabelecer o limite à interferência da opinião coletiva em relação à independência individual. O princípio proposto foi o de que “o único objetivo a favor do qual se pode exercer legitimamente pressão sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada, contra a vontade dele, consiste em prevenir danos à terceiro” (Mill, 1963:12). Ele defende a diferença de opiniões, o que considera fundamental para se alcançar a verdade. Conforme atesta:

“a verdade, nos grandes interesses práticos da vida, consiste de tal maneira em uma questão de reconciliar e combinar os opostos (...) tão só por meio da diversidade de opiniões, no estágio atual da inteligência humana, será possível fazer justiça a todos os lados da verdade” (Mill, 1963: 54).

De acordo com Sabine, Mill forneceu quatro contribuições para a filosofia liberal. Na primeira está a sua concepção de utilitarismo que estabeleceu limites ao hedonismo bethamiano, diferenciando os prazeres, em superiores e inferiores e em qualidade moral. Na segunda, o liberalismo de Mill considerou a liberdade política e social como boa em si mesma e à parte dos resultados para os quais pudesse contribuir. A boa sociedade, por conseguinte, devia ser aquela que permitisse liberdade e desse oportunidade para os meios livre e satisfatórios de vida. A terceira, considerou a liberdade não apenas como um bem individual, mas também social. Silenciar uma opinião pela força violentava a pessoa e roubava também a sociedade da vantagem que obteria com a livre investigação e a crítica das opiniões. A quarta, supôs que a legislação poderia ser um meio de criar, aumentar e igualar as oportunidades, não cabendo ao liberalismo impor limites arbitrários aos seus usos. Os limites são fixados pela capacidade, com os meios disponíveis, de preservar e estender ao maior número de pessoas as condições que tornavam a vida mais humana e menos coercitiva (Cf. Sabine, 1961: 693).

Como visto, os formuladores da teoria democrática que valorizam a noção de participação política encontram seu ancoradouro na idéia de soberania popular, isto é, na origem e nos fundamentos do poder político diretamente do povo. Isso corresponde a uma tradição do pensamento político que remota à Grécia antiga. Na democracia grega quem era considerado cidadão possuía o direito de participar das discussões acerca dos negócios públicos que condicionavam o processo político decisório. É através da

relação entre os que decidem e os que recebem as decisões que a democracia grega pode ser considerada como um governo verdadeiramente feito pelo povo e para o povo.

As idéias de Mill e Rosseau podem ser identificadas nos fundamentos que perpassam a qualificação da participação popular como um valor político essencial. De maneira geral, encontra-se na argumentação de ambos que a atividade pública é capaz de promover o desenvolvimento moral dos indivíduos. Para eles, durante o processo de participação política, os homens teriam suas capacidades estimuladas e desenvolvidas e a suas idéias ampliadas, de modo que, através da participação os cidadãos seriam capazes de adquirir uma maior consciência de seus interesses privados e, sobretudo dos interesses dos demais, gerando benefícios para a sociedade como um todo. De acordo com essa tradição, um governo legitimamente democrático não poderia prescindir do debate público e da participação dos cidadãos nas decisões políticas. Para que isso ocorresse a estrutura institucional do Estado deveria ser capaz de expandir as oportunidades de participação do homem comum na esfera pública de decisões.

Outros autores a exemplo de John Stuart Mill e Aléxis de Tocqueville, que representaram as duas maiores tradições do pensamento liberal europeu, a francesa e a inglesa, tratam desse assunto. Em, *A Democracia na América*, Tocqueville trata do estudo de uma realidade concreta – a sociedade americana – e abrange desde a descrição de hábitos e costumes de um povo até o caráter de suas instituições políticas. No entanto, problematiza e teoriza as vicissitudes da democracia moderna à luz de sua experiência concreta. Em, *Da Liberdade* Mill faz um estudo teórico que procura formular a relação entre indivíduo e liberdade no contexto da democracia do século XIX. Tendo como referencial histórico a Europa de seu tempo, notadamente a Inglaterra.

Tocqueville, estudando as características mais notáveis dos Estados Unidos, a soberania e a democracia absoluta do povo, analisou aquilo que, na sua concepção, era o maior dos males da sociedade americana: a tirania da maioria. A democracia para ele consiste num impulso irresistível da igualdade que leva ao nivelamento de condições. Nesse movimento inscreve-se não apenas a sociedade americana, mas toda a humanidade. Nessa perspectiva a democracia “é universal, durável, foge dia a dia à interferência humana; e todos os acontecimentos, como todos os homens servem ao seu desenvolvimento” (Cf. Tocqueville, 1987:13). Para esse autor a democracia adquiriu um significado sagrado, de modo que “querer deter a democracia seria como lutar contra o próprio Deus, e só restaria às nações acomodar-se ao estado social que lhe impõe a Providência” (Cf. Tocqueville, 1987:14)

Diante da diversidade de caminhos que as nações podem seguir para a realização da democracia, entre eles os caminhos que podem levar a sociedades liberais ou tirânicas, Tocqueville identificou dois grandes perigos que as ameaçavam. O primeiro se trata da tirania da maioria, ele temia que os hábitos e os costumes de uma maioria destruíssem as vontades de minorias ou de indivíduos isolados. O segundo caso trata do despotismo do Estado. No seu entender, o despotismo se introduziu na democracia através do individualismo que caracterizou o estado social igualitário, ele esteve ausente nas épocas aristocráticas, nasceu da igualdade de condições “a aristocracia fizera de todos os cidadãos uma longa cadeia que subia do camponês ao rei; a democracia desfaz e põe cada elo à parte” (Cf. Tocqueville, 1987: 387). Isso se deve ao fato de cidadãos passarem a dedicar-se cada vez mais aos seus assuntos privados e desinteressar-se pelos negócios públicos. O descaso pelas atividades abre espaço para o surgimento de um Estado que num primeiro momento se apodera de toda a administração pública e,



depois, passa a intervir nas liberdades fundamentais dos indivíduos (Cf. Quirino, 1999: 156).

Preocupado com as condições necessárias para evitar o despotismo em sociedades igualitárias e compatibilizar igualdade e liberdade, Tocqueville apontou como solução, naquele período, para os males da igualdade a liberdade política o exemplo da sociedade americana. Para ele os americanos foram sábios o suficiente para evitar o despotismo e estabelecer os princípios da soberania popular. Esta soberania, ao contrário do que aconteceu na Europa, se desenvolveu na América em instituições políticas concretas. Conforme afirma:

“Ali a sociedade age sozinha e sobre ela própria. Não existe poder, a não ser no seio dela; quase nem mesmo se encontram pessoas que ousem conceber e, sobretudo, exprimir a idéia de ir procurá-la noutra parte. O povo participa da composição das leis, pela escolha dos legisladores, da sua aplicação pela eleição dos agentes do poder executivo; pode-se dizer que ele mesmo governa, tão frágil e restrita é a parte deixada à administração, tanto se recente esta da sua origem popular e obedece ao poder de que emana. O povo reina sobre o mundo político americano como Deus sobre o universo. É ele a causa e o fim de todas as coisas; tudo sai do seu seio, e tudo se absorve nele”. (Tocqueville, 1987: 52).

Acrescidas as instituições da soberania do povo, Tocqueville apontou outras duas vantagens políticas que contribuíram para salvaguardar a liberdade, são elas: a descentralização administrativa e as associações livres. A descentralização administrativa na América, segundo Tocqueville produziu efeitos políticos admiráveis, conforme afirma:

“Nos Estados Unidos, a pátria faz-se sentir por toda parte. É objeto de anseios desde a aldeia até a União inteira. O habitante liga-se a cada um dos interesses de seu país como aos próprios. Glorifica-se na glória da nação; no triunfo que ela obtém, julga reconhecer a sua própria obra e nela se eleva; rejubila-se com a prosperidade geral da qual tira proveito. Tem por sua pátria um sentimento análogo àquele que experimentamos pela família, e

é ainda por uma espécie de egoísmo que se interessa pelo Estado” (Tocqueville, 1987: 389).

Tocqueville encontrou na América as associações livres, que na realidade eram associações civis e associações políticas. O que mais chamou a atenção do autor foi a facilidade com que os americanos se associavam na vida civil tendo em vista os mais variados fins.

“Os americanos de todas as idades, de todas as condições, de todos os espíritos estão constantemente a se unir. Não só possuem associações comerciais e industriais, nas quais todos tomam parte, como ainda existem mil outras espécies: religiosas, morais, graves, fúteis, muito gerais e muito particulares, imensas e muito pequenas” (Tocqueville, 1987:391).

As associações políticas, voltadas para grandes empresas, reconduziam os homens uns aos outros, obrigando-os a saírem de suas famílias para se ajudarem mutuamente. Através delas, os homens “aprendem a submeter a sua vontade à dos outros e a subordinar os seus esforços particulares à ação comum” (Cf. Tocqueville, 1987: 394). Ele enunciou que nos países democráticos “as associações políticas formam, por assim dizer, os únicos particulares poderosos que aspiram dirigir o Estado” (Cf. Tocqueville, 1987: 399). Ele chama a atenção para a relação entre as associações e a igualdade democrática “são as associações que, nos países democráticos, devem tomar o lugar dos particulares poderosos que a igualdade de condições faz desaparecer”. (Cf. Tocqueville, 1987: 394).

Tocqueville também se interessou com os possíveis efeitos da dinâmica individualista moderna e a sua caminhada para uma conseqüente atomização do tecido social. Ao contrário do que foi posto por muitos autores, Tocqueville não deve ser rotulado como nostálgico ou restaurador a propósito de suas preocupações com os

rumos da democracia moderna. Suas indagações sobre as corporações da idade média são bastante pertinentes uma vez que estas faziam frente ao Estado como um contrapoder. Isso demonstra a necessidade de uma mediação entre o indivíduo e o Estado que pode ocorrer através do sistema de associações.

O liberalismo apresentado tanto Tocqueville quanto por Mills se apóia na supremacia do indivíduo e da propriedade, e funda, aí, a concepção de uma sociedade melhor, mais eficiente e competitiva. No seu limite é conservador, pois a mudança que fica é restrita ao aperfeiçoamento do que já existe. A democracia, concebida como uma correlação de forças, como uma permanente negociação das divergências dentro dos quadros legais em que o processo político ocorre, é mais adequada às modernas sociedades de volume, assentadas na crescente diversificação e especialização de suas estruturas sociais. No entanto, também no seu limite é transformadora, pois admite a incorporação constante das demandas, quando elas se mostram capazes de expressar a força política dos atores que agem na arena do poder. A representação, expandindo-se, alarga o espaço dos movimentos políticos, principalmente, das minorias.

Esses dois autores são alvos de críticas de diversos autores, entre eles, Bobbio, para quem Tocqueville foi um liberal conservador, não democrático. O ideal liberal que defendia, a esfera individual, era incompatível como ideal igualitário, que aspirava um tipo de sociedade voltada para a uniformidade dos modos de vida e de condições. (Cf. Bobbio, 1988: 56; 59). Já Mill, é considerado por Bobbio um liberal democrata que viu a democracia como o prosseguimento natural do Estado liberal (Cf. Bobbio, 1988: 59; 69).

Mesmo diante das críticas a esses dois autores, não podemos deixar de reconhecer a importância de suas idéias, tanto Tocqueville quanto Mill, cada um a seu

modo, contribuíram para aprofundar as reflexões sobre o advento da democracia de massa no século XIX.

O cenário que se desenvolveu nesse período a partir das concepções liberais é forjado no contexto da luta contra o Estado absolutista no qual o poder político supremo era exercido exclusivamente por um monarca e seus associados: a aristocracia, a igreja e as facções superiores da burguesia emergente. Nesse contexto, se dá a expansão do capitalismo, e seu desenvolvimento constante levou à necessidade de ampliação dos espaços da atuação política de novos atores.

Outro autor que discute a formação do Estado liberal é Norberto Bobbio, para quem o Estado liberal surgiu através de um processo gradual de erosão do poder absoluto do rei e, em momentos de crise eminente, de uma ruptura revolucionária a exemplo da que ocorreu na Inglaterra do século XVII e da França no final do século XVIII. O Estado liberal, do ponto de vista de sua formulação racional, se funda como resultado do pacto entre indivíduos inicialmente livres que se convencionaram a estabelecer os vínculos necessários para uma convivência pacífica e duradoura. O liberalismo nasceu, assim, como a doutrina do Estado, limitado tanto no que diz respeito aos seus poderes quanto às suas funções (Cf. Bobbio, 1988: 14).

O limite dos poderes e o limite das atribuições são as noções correntes que servem para representar os dois principais aspectos do Estado liberal: a noção do Estado de direito e a noção do Estado mínimo. No Estado de direito os poderes públicos são submetidos às leis gerais do país. No âmbito da doutrina liberal, esse tipo de organização estatal coincide com o ordenamento jurídico que respeita o indivíduo e seus direitos naturais “todos os homens indiscriminadamente, têm por natureza e, portanto, independentemente de sua própria vontade, e menos ainda da vontade de alguns poucos ou de apenas um, certos direitos fundamentais, como o direito à vida, à liberdade, à

segurança, à felicidade” (Cf. Bobbio, 1988:11). Por Estado mínimo, concebe-se um Estado limitado em suas atividades no se refere à esfera econômica (Cf. Bobbio, 1988:17-19).

O liberalismo, nascido para preservar a liberdade e a propriedade dos indivíduos, exprimiou profunda desconfiança para com qualquer forma de governo popular tendo defendido a participação nos votos apenas às classes proprietárias (Cf. Bobbio:1988:37). A extensão do sufrágio ao maior número de cidadãos possibilitou a união da democracia com o liberalismo. O encontro entre uma e outro, no entanto, não ocorreu pelo lado da igualdade, visto que reafirmou sempre o direito à propriedade, mas pela fórmula política da soberania popular (Cf. Bobbio, 1988:42-43).

O progressivo processo de democratização, decorrente da ampliação do direito de voto, considerado como uma ameaça à liberdade, acabou pondo em cheque o Estado liberal clássico. O receio de que a sociedade democratizante viesse a mostrar-se incompatível com a distinção individual tornou-se bastante comum entre os pensadores liberais do século XIX. Para Bobbio, no largo espectro do pensamento liberal, pode-se destacar a contraposição entre um liberalismo radical, ao mesmo tempo liberal e democrático, e um liberalismo conservador, liberal, mas não-democrático. Para os liberais radicais, liberalismo e democracia estão necessariamente relacionados um a outro, no sentido de que apenas a democracia tem condições para realizar plenamente os ideais liberais e apenas o Estado liberal pode ser a condição de realização da democracia. Para os liberais conservadores, liberalismo e democracia são antiéticos, no sentido de que a democracia quando levada às suas últimas conseqüências, provoca a destruição do Estado liberal (Cf. Bobbio, 1988:52-53).

## 2.3 DO ELITISMO DEMOCRÁTICO À DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Para fins desta abordagem que ora se inicia, faremos uma discussão sobre duas vertentes que consideramos fundamentais, no debate contemporâneo sobre a democracia: o elitismo democrático e a democracia participacionista. Os eixos que norteiam a discussão polarizam-se, por um lado na governabilidade, e por outro, no enfoque que se dá a governabilidade da gestão democrática, com ênfase na dimensão ética e, por outro lado, o enfoque se dá na afirmação dos princípios democráticos participativos, caminhando no sentido da operacionalização da gestão participativa. A discussão gira em torno de suas propostas e principalmente de seus limites.

### 2.3.1 *O Elitismo Democrático*

No período entre guerras na Europa, novos consensos sobre a democracia, enquanto forma hegemônica da organização da dominação política, são bastante expressivos, e no bojo estão importantes mudanças no significado e na prática da democracia. De acordo com Sousa Santos, há um estreitamento do conceito de soberania, um consenso forte sobre o desejo de formas não participativas de administração, além de uma rejeição sobre os desenhos participativos por estes incidirem num impacto não institucional (Cf. Santos 2002: 564).

Os estudos de Rosseau que tratam da natureza da soberania não se constituem em forma hegemônica na modernidade ocidental pelo fato de não considerar a emergência de formas complexas na administração estatal. Na parte das arenas geridas pelo Estado Moderno a complexidade vai levar à consolidação da burocracia especializada. Weber (1991) mostrou que o indivíduo moderno ainda no começo do século perdeu o controle sobre as arenas política, administrativa, científica e militar, etc.

A vertente do elitismo democrático encontra em Max Weber e Joseph Schumpeter os exemplos mais significativos do início do século vinte. De acordo com Held, estes autores estão entre os mais representativos das tendências contemporâneas. Estes autores comungam da idéia que na vida política havia pouco espaço para a participação democrática e o desenvolvimento coletivo. Na perspectiva de Weber a democracia representativa incorporava um antídoto contra o avanço totalitário da burocracia, enquanto que para Schumpeter significava uma proteção contra a tirania. Na percepção de ambos a democracia representa um meio de escolher pessoas com a responsabilidade de tomar decisões e de impor alguns limites aos seus excessos (Held, 1987).

O modelo denominado democracia de equilíbrio ou elitista pluralista foi desenvolvido por Schumpeter em *Capitalismo, Socialismo e Democracia*, em 1942, que estabelece os fundamentos para uma análise sobre um regime político democrático que se inicia a partir da observação e descrição dos acontecimentos numa realidade concreta. O empirismo de Schumpeter nos proporciona uma definição de democracia que deixa de ser entendida como o “governo do povo”, como era entendido no ideal clássico, e se apresenta como um método ou procedimento de escolha de lideranças, que estariam aptos a conduzir, nas sociedades modernas, os complexos assuntos públicos.

Para Schumpeter, na teoria clássica, a realização da vontade geral implementaria o ideal de deixar ao povo a atribuição de decidir sobre os assuntos políticos mais relevantes. Essa era a questão fundamental ou o critério principal para a definição de um regime como democrático ao qual, em oposição, ele inverte os elementos dessa equação, por acreditar ser inviável uma proposta que depende de elementos inexistentes, como uma “vontade geral” ou “bem comum”. Se na teoria clássica a eleição dos representantes que deveriam tomar as decisões era um elemento secundário, na

perspectiva de Schumpeter, passa a ocupar o papel de protagonista na definição do que é e do que não é uma democracia. Desta forma, o povo soberano do modelo anterior, tem como principal missão “formar um governo, ou corpo intermediário, que por seu turno, formará o executivo nacional, ou governo...” (Cf. Schumpeter, 1984: 327).

Neste sentido, a democracia passa a ser entendida como um sistema de instituições que regula uma competição entre indivíduos pelos postos deste corpo intermediário que irá tomar realmente as decisões políticas. O que definirá um país como de “regime democrático” ou não será a existência de um determinado método ou o procedimento, através do qual os homens se lançariam à busca de votos, em uma competição regulamentada por algumas regras previamente definidas e aceitas por todos.

Schumpeter elege a teoria clássica que define a democracia como o ponto de partida institucional para se chegar a decisões políticas que realiza o bem comum, fazendo o próprio povo decidir as questões através da eleição de indivíduos que devem reunir-se para realizar a vontade desse mesmo povo (Cf. Schumpeter, 1984). A partir desse entendimento considera que o povo tem uma opinião definida e radical sobre todas as questões e que ele incorpora esse entendimento escolhendo representantes que zelam para que essa apreensão seja seguida, ou, em outras palavras, pressupõe a existência de um bem ou interesse comum, cujos executores e guardiões são os políticos.

No entanto, Schumpeter (1984) critica esse entendimento ao defender que não existe algo que seja um bem comum unicamente determinado. Para ele, no que diz respeito a diferentes indivíduos e grupos, o bem comum está condenado a significar coisas diferentes. Bobbio comunga desse entendimento, já que em seus estudos sobre o futuro da democracia, deixa entender que ninguém tem condições de definir



precisamente o interesse comum ou coletivo, a não ser confundindo interesses de grupo ou particulares com o interesse de todos. Aliás, se houvesse, de fato, um bem comum precisamente determinado, a simples existência de mais de um partido nos regimes democráticos atestaria divergência de interesses (Cf. Bobbio, 2000).

Schumpeter também critica um dos pilares da concepção clássica da democracia: a soberania popular. Critica o chamado governo do povo. Para ele, essa forma de governo é nada mais do que uma ficção, o que existe na realidade é um governo aprovado pelo povo, “o povo como tal nunca pode realmente governar ou dirigir” (Cf. Schumpeter, 1984: 308-309). Esse entendimento é compartilhado por Raymond Aron (1985) que defende que somente na teoria é que a soberania pode residir no povo, na sua percepção é uma minoria que efetivamente a exerce. Para ele, podem existir governos para o povo, mas não governos pelo povo, nas sociedades numerosas e complexas (Cf. Aron 1985).

A democracia no entendimento de Schumpeter caracteriza-se muito mais pela concorrência organizada pelo voto do que pela soberania do povo, ou sufrágio universal, como ocorre na teoria clássica. Para ele, a democracia pode ser formulada através das cinco proposições seguintes:

- A democracia é um método político, ou seja, um certo tipo de arranjo institucional para se alcançarem decisões políticas – legislativas e administrativas, e portanto não pode ser um fim em si mesma, não importando as decisões que produza sob condições históricas dadas (Cf. Schumpeter, 1984: 304);
- Acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população (Cf. Schumpeter, 1984: 336);

- Método que uma nação usa para chegar a decisões (Cf. Schumpeter, 1984: 305);
- Livre competição pelo voto livre (Cf. Schumpeter, 1984: 338);
- Governo aprovado pelo povo (Cf. Schumpeter, 1984: 308).

Para Schumpeter, o papel do povo é produzir um governo através do sistema eleitoral, e as proposições sobre o funcionamento e os resultados do método democrático não devem deter-se na vontade geral, já que o método eleitoral é praticamente o único disponível a comunidades de qualquer tamanho, no sentido de decidir quem será a pessoa na liderança. Democracia, nessa perspectiva, “significa apenas que o povo tem a oportunidade de aceitar ou recusar as pessoas designadas para governá-lo” (Cf. Schumpeter, 1984: 336-55).

A teoria desenvolvida por Schumpeter deixa claro que a democracia é um método que se usa para tomar decisões. Nesse entendimento, a democracia enquanto método, também está incorporado à teoria de Norberto Bobbio e Raymond Aron, os quais costumam também utilizar a expressão Jogo. Senão vejamos: Aron em seus escritos usa de maneira intencional a expressão como forma de caracterizar uma imposição de regras estritas, pela manutenção de um marco espacial e temporal, dentro do qual devem permanecer os atores. Para ele, a repetição constante dos períodos eleitorais simboliza a continuidade do jogo, haja vista, que a vitória nesses períodos não é definitiva para os que a conquistam, o que se pode afirmar é que há uma limitação do número de partidas. A oposição derrotada na partida anterior deve esperar a próxima sem impedir, durante o intervalo, que a maioria e o governo realizem sua função (Cf. Aron, 1985).

Na perspectiva de Aron (1985), são vitais para a sobrevivência do regime democrático o respeito e a aceitação das regras: como imaginar que ele sobreviva se os chefes dos partidos não estiverem de acordo sobre coisa alguma, nem mesmo sobre as

regras do jogo (Aron, 1985). É importante observar que esse é um dos aspectos fundamentais de uma concepção democrática, pois só o respeito às regras, vistas como normas fundamentais que regem o funcionamento do sistema, permite o pluralismo, ou seja, a existência de interesses e fins divergentes. Em outras palavras, nessa concepção, um regime democrático exige consenso em relação aos meios e às regras do jogo para que possa existir concordância em relação aos fins.

Para Bobbio (1986), as regras do jogo que representam o fundamento da legitimidade de todo o sistema, são as seguintes:

- Todos os cidadãos que tenham atingido a maioria, sem distinção de raça, religião, condições econômicas, sexo, devem gozar dos direitos políticos;
- O voto de todos os cidadãos deve ter peso idêntico;
- Todos os cidadãos que gozam dos direitos políticos devem ser livre de 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;
- Devem ser livres ainda no sentido de terem idéias alternativas, isto é, de escolher entre soluções diversas;
- Para as deliberações coletivas como para as eleições dos representantes deve valer o princípio da maioria numérica;
- Nenhuma decisão tomada pela maioria deve limitar os direitos da maioria (Cf. Bobbio, 1986: 56)

Se por um lado encontramos autores que concordam com Schumpeter (1984), também encontramos os que não concordam, ou concordam em parte, com a redução da democracia a um método. Como é o caso de Peter Bachrach (1985) que entende que a democracia além de ser um método, tem uma finalidade, que é a própria participação do

indivíduo nas decisões significativas da comunidade. A democracia tem, assim, segundo esse autor, uma finalidade ética, que é o autodesenvolvimento do indivíduo já que, conforme ele, o desenvolvimento do homem enquanto ser humano depende estreitamente da sua possibilidade de contribuir para a solução dos problemas vinculados com as suas próprias ações. A democracia poderá de maneira semelhante ser vista, com uma finalidade real, de basicamente concretizar ou ajudar a configuração do exercício da igualdade política.

De modo geral, a concepção de democracia defendida por Schumpeter (1984) teve grande repercussão na teoria política a partir dos anos 40, pós Segunda Guerra Mundial. A sua teoria influenciou diversos autores, que de algum modo, foi continuada e readaptada, como é o caso das referências apontadas neste trabalho. O conceito defendido por Schumpeter que relaciona democracia com a luta pelos votos, nega a importância do conceito clássico de soberania popular, estabelece certos pressupostos básicos, mesmo sofrendo restrições em alguns aspectos por parte de estudiosos, é adotado por alguns nas novas análises e abordagens sobre o ideal de democracia<sup>10</sup>. Sua teoria mostra que a democracia é um método de escolha de dirigentes e sua qualidade está no fato de apontar uma quantidade de alternativas disponíveis. Para Lessa “a reflexão de Schumpeter estabelece as bases de uma teoria descritiva da

---

<sup>10</sup> Os pressupostos básicos da teoria schumpeteriana da democracia se reduzem a dez tópicos: 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. A 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. (Schumpeter, 1984).

democracia. Nela o que importa é verificar como funcionam as democracias, e não como elas devem ser” (Lessa, 2002: 46).

De acordo com Held, as tendências mais significativas da teoria democrática, depois Schumpeter, atuam através da forma de redução, rejeição de alguns elementos do núcleo original e de fechamento do campo de discussão sobre formas alternativas de democracia. Embora em alguns casos a rejeição seja explícita e fundada principalmente em observações empíricas e históricas, o que acabou ocorrendo foi a subordinação do pensamento a regras de procedimento que acabaram sendo adotadas como padrões normativos. Fica claro que é importante evitar as dificuldades em garantir a vontade do povo e sua participação efetiva em sociedades complexas. O que se questiona não é a sua importância, mas sua viabilidade técnica, dada a magnitude, complexidade e burocratização dos sistemas políticos contemporâneos. Em alguns casos, no entanto, a rejeição à democracia é explícita (Cf. Schumpeter, 1984; Sartori, 1994).

O modelo de democracia sistematizado por Schumpeter foi aprimorado por outros autores, dentre os quais se destaca Robert Dahl. Esse autor contribuiu com o modelo de Schumpeter introduzindo em seus estudos as relações que envolvem as elites com os chamados grupos de interesse como as associações comunitárias, os sindicatos e os grupos religiosos. A sua análise destaca o modo como os líderes eram eleitos, além de permitir identificar, através das relações brotadas nesse processo, o ponto de distinção entre as democracias e não democracias. A partir desse entendimento a preocupação se volta para a excessiva concentração de poder em uma elite fixa. Dahl tinha como meta “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).

Nesse sentido, a participação dos grupos de interesses se torna em um importante instrumento para evitar a tirania das elites, além de propiciar, como método, o controle contra a tirania dos próprios grupos de interesse. O poder de interferir nesse processo está diretamente relacionado ao potencial de participação dos grupos de interesse em mobilizar sua estrutura de poder e de participar com vantagens do mercado competitivo de bens públicos. Contudo, a defesa dos direitos dos cidadãos em participar de vários grupos de interesses, é questionada mediante a defesa da necessidade de certo grau de indiferença para manter a estabilidade do regime, pelo simples fato de que o aumento da participação poderia gerar conflitos sociais (Cf. Dahl, 1989).

De acordo com Silva (2003), o elitismo/pluralista<sup>11</sup>, enquanto modelo defendido por Dahl, destaca a necessidade do consenso em torno de regras estabelecidas como obrigação para manter a estabilidade do sistema e da necessidade de uma burocracia especializada com legitimidade para tomar as decisões.

Dahl (1989) ao analisar as características empíricas da evolução de sociedades democráticas mais antigas do Ocidente, destaca a importância de alguns aspectos que ele considera importante para explicar a estabilidade das referidas democracias. Suas análises têm se constituído em modelo que vem sendo regularmente utilizado para indicar os pontos fortes e fracos pelos quais se processou a redemocratização de diversos países, inclusive os da América Latina<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> De acordo com Silva, o elitismo/pluralista foi um modelo elaborado para legitimar ideologicamente as democracias dos Estados Unidos e da Inglaterra e para contrapor-se aos esquemas mais participativos, recebeu uma série de críticas, principalmente dos marxistas, como é o caso da crítica que fazem ao mercado político que oferecem condições desiguais para a competição, situação que gera desequilíbrio e desigualdades de condições à competição eleitoral, isto é criando um mercado político oligopolizado por poucas empresas partidárias (Silva, 2003: 15).

<sup>12</sup> O modelo de Dahl leva em conta as seguintes condições para viabilizar as democracias: 1) 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

No entendimento de Dahl (1989) a trajetória das democracias mais tradicionais segue uma orientação que está vinculada à implantação de instituições formais de corte liberal-clássico e precedem à implementação de um número de participantes na competição política. Para ele esse caminho permite que as elites hegemônicas possam se adaptar às regras políticas competitivas, de modo que possam ser assimiladas e aceitas pelos novos participantes. Quanto mais rápido se dá o ingresso desses novos participantes, menor será a oportunidade de adaptação das elites e se torna maior o risco das demandas longamente reprimidas prejudicarem o processo de aceitação das regras da competição pelos recém-admitidos.

As observações feitas sobre a participação nas democracias mais estáveis levam à compreensão de que nestas democracias a extensão da participação se dá de forma lenta e gradual, de modo que possibilita a transformação das estruturas e formas de dominação oligárquica em outras propiciadoras da competição política, permitindo aos diferentes atores tempo para aceitar a legitimidade das regras da competição.

Para Dahl (1989) a participação dos indivíduos no processo político aumenta na medida em que a economia se desenvolve. Numa economia desenvolvida é possível erradicar o analfabetismo, promover a instrução universal, qualificação da mão-de-obra e também ampliar as oportunidades de educação superior desenvolvendo também um aumento dos meios de comunicação. Diante de uma sociedade em que há um aumento da instrução e da qualificação da mão-de-obra com sistemas de comunicação rápidos e confiáveis há naturalmente uma multiplicação de organizações permanentes e especializadas que terminam por promover uma automática redistribuição dos recursos públicos, entre os diferentes indivíduos, grupos e organizações. Como resultado da redistribuição, teremos a possibilidade de diminuição das práticas autoritárias presentes

---

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.

nas demandas dos diversos grupos, ocasionando a necessidade de uma solução negociada para os conflitos, criando, dessa forma, uma cultura política legitimada pela negociação e pela busca do consenso.

A teoria desenvolvida por Dahl (1989) de que o crescimento e complexificação das economias capitalistas induzem à participação da maioria no processo político e contribuem para fortalecer mecanismos institucionais de busca da negociação e do consenso, encontra posições divergentes em um grupo de teóricos influenciados por Schumpeter. Para esses teóricos a modernização das economias provoca a necessidade de reduzir o número de participantes do jogo político.

De acordo com Held (1987) Dahl se refere ao termo democracia como um ideal não alcançado, causador de confusão e controvérsias. Por esse motivo ele passa a utilizar o termo poliarquia<sup>13</sup> (governo de muitos) para se referir a sistemas políticos com sufrágio amplo e garantia das liberdades e oportunidades individuais. (Cf. Held, 1987: 145).

A poliarquia apresentada por Dahl (1997) tem a vantagem de oferecer um modelo hipotético para o funcionamento da democracia e uma escala classificatória de regimes políticos na qual ela representa o ponto extremo da democratização. Uma das suas principais características é a responsabilidade do governo às preferências dos cidadãos, considerados politicamente como iguais. No entanto, ela depende da oportunidade dos cidadãos formularem suas preferências através de ações individuais e/ou coletivas mediante aos demais cidadãos e ao governo.

Para que os requisitos dessas condições devam ser assegurados e satisfeitos, são apontadas oito condições institucionais previamente estabelecidas: liberdade de formar

---

<sup>13</sup> O conceito teórico de "poliarquia", descreve a forma que a democracia pode assumir empiricamente no mundo moderno, caracterizada acima de tudo pela diversidade das condições sociais e econômicas dos indivíduos, pela multiplicidade de interesses em jogo, e pelas questões necessárias e suficientes para o seu estabelecimento (Cf. Dahl, 1997).



e aderir a organizações; liberdade de expressão; direito de voto; elegibilidade para cargos públicos; direito de líderes políticos disputarem apoio e votos; fontes alternativas de informação; eleições livres e idôneas; instituições para fazer com que as políticas governamentais dependam de eleições e de outras manifestações de preferência (Cf. Dahl, 1997:27).

Nas condições apresentadas, a participação política dos cidadãos nas poliarquias dá-se através de procedimentos eleitorais ou atividades de associações de interesse, fato que demonstra que elas não são apenas regimes de partidos políticos competitivos, mas também pluralistas.

De acordo com Ribeiro (2001) a concepção pluralista tem como premissa básica, inerente ao modelo poliárquico, a multiplicidade de centros de poder, distribuídos funcional e espacialmente em associações voluntárias de indivíduos que partilham interesses públicos, econômicos ou culturais, permitindo que os mesmos tenham a possibilidade de participar na formulação de políticas públicas e, assim, influenciar o processo decisório de acordo com seus interesses. A sobreposição de interesses dos diversos grupos, os múltiplos acessos a recursos políticos e atividade governamental impedem a subversão de mecanismos jurídicos e institucionais a favor de determinados grupos ou indivíduos; limitam e controlam os poderes das diversas associações, impedindo o fortalecimento de determinados grupos em detrimento de outros e protegendo os indivíduos da ação da burocracia pública ou das grandes empresas; e permitem que todos os interesses se manifestem sem que o conflito dilua o tecido social em um estado de natureza hobbesiano (Cf. Ribeiro, 2001: 43)

Na perspectiva desse modelo, o governo age como árbitro de interação dos grupos. Sua meta é garantir a legitimidade da competição e o respeito às regras do jogo, mediar a competição entre os interesses conflitantes e transformar as demandas dos

grupos e cidadãos em políticas públicas. O processo decisório da escolha de demandas de grupos concorrentes define-se por uma escolha pública, que se caracteriza pela neutralidade do governo em relação aos interesses existentes e pela tentativa de maximização de resultados na alocação de recursos limitados. No modelo poliárquico há um suposto de harmonia na repartição de custos e benefícios na demanda por políticas públicas<sup>14</sup>.

De acordo com Dahl (1982), as associações de interesse se apresentam como voluntárias, ou seja, a entrada e saída de indivíduos-membros são livres; são autônomas, o que implica que as associações não são reguladas por nenhum órgão externo; e são organizações privadas, ou melhor, não possuem status político (Cf. Dahl, 1982). Nas relações entre elas, os grupos se formam em função de demandas específicas e persistem apenas até a alcançar seus objetivos e realizar seus interesses, para em seguida se dissipar. Nesse contexto, é comum os indivíduos participarem de diversas associações, de acordo com seus múltiplos interesses. Entretanto, a teoria poliárquica requer que essas características garantam que elas permaneçam fracas e divididas o suficiente para impedir que determinada associação acumule uma parcela de poder superior ao seu objetivo e, assim, ameace o equilíbrio do sistema (Cf. MacPherson, 1978).

Consideramos que a teoria poliárquica é bastante criativa ao apresentar um modelo baseado em indicadores institucionais encontrados nas democracias contemporâneas. Esses indicadores inseridos, ampliados ou intensificados, aos eixos da liberalização e da participação, possibilitam a democratização do regime até o ponto máximo da poliárquia, tornando o modelo prescritivo e possível de ser atingido. A

---

<sup>14</sup> A repartição de custos e benefícios pode ser exemplificado do seguinte modo: a custos concentrados ou difusos correspondem, respectivamente, benefícios concentrados e difusos, ou seja, os atores que "pagam" os custos por determinada política serão os únicos a usufruírem delas (Santos 1994).

teoria formulada por Dahl, oferece um modelo de democracia eficaz para a produção de políticas públicas, para a participação e representação política e, também, para a responsabilidade do governo. O modelo se adequa aos ditames do mundo moderno caracterizado pela diversidade de interesses, no qual o indivíduo orienta sua ação pelo cálculo maximizador dos seus próprios interesses.

Contudo, a teoria poliárquica, como apresentada acima, enfrenta dois problemas que dificultam o seu funcionamento, mesmo que os requisitos institucionais sejam preenchidos: a dificuldade em se obter a participação dos indivíduos em ações coletivas através das associações de interesse e a atuação potencialmente predatória dessas associações.

De acordo com Avritzer (1996), os problemas desse modelo são: a) a redução da lógica democrática à “lógica competitiva e adversarial da economia”. A esfera política torna-se uma arena, estruturada sobre um conflito permanente. O consenso torna-se algo volátil, sempre transitório e instável, dificultando a preservação de regras que impeçam a degeneração das relações para uma guerra de todos contra todos; b) a convicção de que as elites são portadoras de racionalidade, sem problematizar os limites dessa racionalidade e possíveis desencontros desta com os interesses da cidadania; c) a sujeição a uma racionalidade monológica, calcada exclusivamente na maximização da utilidade individual e dos benefícios materiais, o que além de ignorar a questão dos bens simbólicos, despreza o fato de que as ações sociais podem ser regidas por lógicas alternativas (afetos e tradições, por exemplo); d) o empobrecimento da concepção de democracia, a qual desde suas origens pressupõe um substrato ético de liberdade e igualdade, responsável por grande parte do poder de atração que exerce sobre o imaginário social (Cf. Avritzer 1996: 99-114).

Portanto, embora a poliarquia se baseie em uma concepção *realista* da democracia<sup>15</sup>, dificilmente encontraremos nas sociedades democráticas atuais algum regime que tenha atingido o ponto poliárquico tal como exposto acima. Um dos méritos de Robert Dahl foi estabelecer critérios, através dos requisitos institucionais nos eixos da participação e liberalização, para maximização do ideal nas democracias já existentes, quer dizer, estabelecer a *democratização* das democracias.

### 2.3.2 O Contra-Modelo: democracia participativa

O modelo de democracia participativa teve origem na Europa durante os anos 1960. A intensa mobilização dos movimentos populares e sindicais aliados à crescente insatisfação com os resultados dos regimes do Leste Europeu criaram as condições que forjaram o seu aparecimento. As lutas para uma maior participação na definição das políticas governamentais disseminaram suas propostas pelos movimentos sociais chegando a ser incorporados por alguns governos nacionais da chamada “Nova Esquerda”. Contudo, se comparada ao modelo amplamente defendido como o da democracia elitista, o modelo da democracia participativa ainda não se encontra totalmente consolidado.

Diversos teóricos se destacam como representantes da democracia participativa, entre eles destacamos os já considerados clássicos: Poulantzas, Macpherson e Pateman. Além desses teóricos, autores como Bobbio e Held, Sousa Santos, Avritzer etc., também vêm abordando temas comuns a essa vertente da democracia. Em virtude do descontentamento com a teoria política então vigente, as idéias foram organizadas de modo que a democracia não se limita à seleção de líderes políticos, incorporando a

---

<sup>15</sup> De acordo com Held (1987), no contexto das teorias “realistas” da democracia sobressai-se a teoria do “elitismo competitivo” de Schumpeter e o modelo pluralista de Dahl. Assim, se o elitismo de Schumpeter enfatiza a concentração de poder nas mãos das elites políticas, a teoria pluralista enfatiza a ação dos grupos de interesse no processo de competição pelo poder. Para Macpherson (1978), estas teorias formam o modelo do “equilíbrio” ou do “elitismo pluralista”.

participação dos cidadãos na esfera das decisões coletivas que afetam suas vidas (Cf. Oliveira, 2003: 38).

A democracia participativa proposta funcionaria de dois modos, como uma democracia direta na base e como um sistema representativo nos demais níveis. Os seus esforços se concentram nos procedimentos necessários para garantir a responsabilidade do Estado perante os eleitores. No entanto, apontam dois problemas para que seja efetivada. Primeiro, é necessário diminuir o problema das desigualdades econômicas, maneira pela qual os indivíduos ficam impedidos de participarem em condições de igualdade na vida social e política do país. Segundo, é necessário modificar a visão que se tinha de indivíduos como consumidores, substituindo-a pelo entendimento de que estes deveriam ser vistos como executores e de agentes do desenvolvimento de suas capacidades (Cf. Silva 2003: 17).

Para Poulantzas, a democracia participativa está voltada para a articulação entre a transformação do Estado e o desenvolvimento da democracia direta na base, o que supõe a existência de um suporte decisivo com um movimento sustentado em amplas alianças populares (Poulantzas, 1980: 302-303). Ele descarta a possibilidade de que mecanismos de democracia direta ou de auto-administração possam de maneira isolada, substituir o Estado. A concretização dessa situação surgiria um vácuo de poder que seria preenchido pela burocracia. A solução para impedir tal possibilidade estaria na multiplicação das instâncias de poder da sociedade civil envolvendo, na mesma intensidade, a democracia fabril e os movimentos sociais.

Na análise de Held, a proposta de Poulantzas se refere à democratização da sociedade ao mesmo tempo em que a democratização do Estado possibilite o parlamento, as burocracias estatais e os partidos políticos, se tornarem mais abertos e

responsáveis, através de lutas que, em nível local, incorporem as reivindicações populares (Held, 1987: 232).

Poulantzas é otimista quanto às potencialidades da democracia participativa. Ele chama a atenção para a compreensão das formas de participação das classes sociais nos aparelhos de Estado, mostrando a necessidade de se desvendar as características do Estado capitalista e as respectivas estruturas que garantem a manutenção do poder da burguesia e da reprodução do modo de produção. Nesse acontecimento, intercalam-se relações de poder envolvendo classes com o Estado, e os limites de acesso dos setores populares aos centros de poder e a relação de autonomia do Estado com o campo de luta de classes (Cf. Poulantzas, 1983). Para esse autor, na esfera individual-privada, independente da classe social, não pode haver limites, de princípios ou de direito, que impeçam o acesso dos cidadãos aos aparelhos do Estado. Isto se deve à ideologia jurídico-política burguesa, ou seja, à participação dos indivíduos nos aparelhos de Estado, enquanto tendência histórica “inscrita na materialidade deste Estado e em sua reprodução” (Poulantzas, 1983: 72).

Assim, para o Estado se manter coeso, como unidade do povo nação, é necessário incorporar a diversidade de classes, inclusive a classe dominante. Essa incorporação representa a garantia de que os interesses das classes dominantes sejam apresentados como interesse geral do povo-nação. Nesse sentido, os limites da ampliação do Estado são encontrados no processo de produção e na luta de classes, assim como na própria estrutura do Estado, através de alternativas institucionais que viabilizem a participação das classes em seus aparelhos. Ou melhor, “o Estado concentra, em seu seio, e de modo específico, não apenas a relação de forças entre as frações do bloco no poder, mas igualmente a relação de forças entre este e as classes dominadas” (Poulantzas, 1977: 26).

Como se vê, a relação ora apresentada não é de exterioridade, pois, a concretização das relações de forças entre as classes se expressa na esfera política e perpassa os aparelhos de Estado, configurando o papel de cada segmento, ou aparelho, nas relações de dominação e de reprodução do sistema capitalista. Contudo, para manter a condição ideológica necessária para que se mantenha como organizador da dominação política das classes dominantes não é permitido a participação das classes populares nos aparelhos de Estado, pois, afetaria a unidade do poder de Estado das classes dominantes e colocaria em risco a representação do Estado enquanto encarnação da unidade povoação. Nesse sentido, as classes populares participam do Estado de modo específico em uma relação de dominação-subordinação, reproduzida pelos mecanismos internos dos aparelhos de Estado, “sob a forma de focos de oposição ao poder das classes dominantes” (Cf. Poulantzas, 1983: 164). Todavia, chamamos a atenção para o fato de que a participação, como foi demonstrada, não provoca mudanças no caráter do Estado.

As posições defendidas por Poulantzas encontram ressonância no pensamento de Macpherson, ao reconhecer a complexidade que representa a extensão da democracia, que transita de um mero procedimento eleitoral à participação em processos de tomada de decisões em todas as questões públicas. No entanto, Macpherson se afasta de Poulantzas ao defender uma transformação que tenha como base um sistema que combine partidos competitivos com organizações de democracia direta (Macpherson apud Held, 1987: 232).

Para Macpherson (1978) a instauração de uma democracia participativa possibilita o fortalecimento da democracia direta, a partir das bases, tais como locais de trabalho e comunidades, ou melhor, o modelo defendido de democracia participativa se inicia nas unidades de bairro até chegar a um órgão nacional.

A importância de um sistema representativo em sociedades tão complexas como as atuais, leva à reflexão sobre o modo de tornar as instituições mais abertas à participação do cidadão nas decisões de políticas destinadas a conferir a enorme multiplicidade de objetivos presentes na sociedade sem danificar a eficácia do governo. Esse é um processo demorado de elaboração coletiva que envolve a adoção de procedimentos necessários para assegurar os mecanismos que comportam a complexidade de modos de negociação entre os portadores de interesses, concepções e, especialmente, de esperança que se sobressai à ordem democrática (Cf. Macpherson, 1978: 83).

Com efeito, esse autor defende que a maior participação da sociedade civil nas decisões de governo possibilita a consolidação do processo democrático, e permite uma nova concepção a respeito do sistema de governo, não porque as injustiças sociais podem ser eliminadas apenas com sistema de mais participação nas decisões políticas, mas porque, há uma interligação entre a baixa participação e injustiça que induz a percepção de que uma sociedade mais justa e mais humana exige um sistema de participação política mais intensa (Cf. Macpherson, 1978: 98).

Macpherson (1978) chama de democracia participativa esse modelo de democracia que resgata a importância da sociedade civil e que se estabelece sobre uma base com um conteúdo ético humanitário fundamentado na solidariedade e no alargamento total da comunidade, capaz de assegurar a mais ampla possível participação do cidadão, tanto na esfera política como na esfera econômica e social.

De acordo com esse autor, para efetivação desse modelo de democracia participativa é fundamental a existência de dois pré-requisitos. Primeiro, a necessidade de transformação da consciência do povo no sentido de fortalecer o sentido de comunidade, ou seja, o povo deve deixar de se ver como essencialmente consumidor



para passar a operar como executor e usufruir da execução e do desenvolvimento de suas capacidades. Segundo, a diminuição das diferenças sociais e econômicas na atualidade, por entender que a desigualdade estabelece um sistema político que restringe a participação dos cidadãos na manutenção de uma sociedade coesa (Cf. Macpherson 1978: 103).

Desse modo, a formulação do modelo de democracia participativa, defendido por Macpherson, está intimamente relacionado aos movimentos sociais e ao alargamento da ocupação do espaço político pela sociedade civil. Nessa relação se busca a combinação de mecanismos da democracia representativa com formato piramidal da participação direta e indireta dos cidadãos, por meio de conselhos, sem excluir, no entanto, o sistema partidário, ou seja, “um sistema piramidal com democracia direta na base e democracia por delegação em cada nível depois dessa base” (Cf. Macpherson, 1978: 110).

Entretanto, há a possibilidade da formação de um círculo vicioso se essas mudanças forem pré-requisitos da democracia participativa, na medida em que é incerto que sejam atingidos sem participação muito maior do que aquela que se tem hoje. Também é improvável que sem uma forte ação democrática, haja uma redução da desigualdade econômica e social (Cf. Macpherson, 1978: 105).

No entendimento de Macpherson, mesmo que aumente a participação, a democracia participativa pertence à tradição liberal, uma vez que permanece o princípio ético dos “direitos iguais a todo homem e a toda mulher ao pleno desenvolvimento e ao emprego de suas capacidades” (Cf. Macpherson, 1978: 115)

Os estudos de Macpherson tiveram como referência a democracia existente na URSS, mesmo que existisse apenas no papel<sup>16</sup>. As dificuldades encontradas para implementação de uma democracia participativa, nos moldes das democracias ocidentais se devem em grande parte à falta de condições de harmonizar a lógica interna de seu funcionamento com o envolvimento de seus integrantes em práticas participativas voltadas para o bem comum. A responsabilidade por tal situação caberia aos grupos de pressão organizados na sociedade civil, assim como os partidos políticos (Cf. Macpherson, 1991).

Portanto, o surgimento de novas formas de participação, como as que estão em curso no Brasil, faz com que seja necessário redefinir o conceito de democracia participativa e suas modalidades, assim como uma nova interpretação sobre o seu significado político.

Os estudos de Carole Pateman, ancorados às contribuições de Rousseau e Stuart Mill, procuram verificar as possibilidades da participação na democracia moderna, ou melhor, em uma sociedade industrializada. O seu objetivo é analisar as formas de participação no local de trabalho e suas relações com o campo da política nacional. A autora argumenta que a participação desenvolve atitude de cooperação, integração e comprometimento com as decisões, bem como aumenta o senso de eficácia política, além de preocupar-se com problemas coletivos e formar cidadãos ativos, com maior interesse pelos assuntos governamentais. Pateman entende 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).

---

<sup>16</sup> A teoria de Macpherson considerava o regime soviético uma forma de institucionalização, ainda que deficitária, da democracia direta.

A participação em áreas como saúde, educação, família etc., chamada por Paterman de “áreas alternantivas” recebe importância significativa em seus estudos, por entender que estas áreas capacitam o indivíduo a avaliar com maior clareza as relações que envolvem as esferas públicas e privadas. De modo geral, podemos dizer que a concepção de participação desenvolvida por Paterman se apresenta como prática educativa que está voltada para a formação de cidadãos com interesses coletivos nos assuntos da política do País. Nesse sentido, ela partilha com Schumpeter o entendimento de que os cidadãos comuns não estão preocupados com as decisões das instâncias da política nacional, defende que, sem experiências participativas em outras esferas da sociedade, não é possível originar um governo democrático (Cf. Silva, 2003: 19).

Held (1987) em análise sobre as contribuições apresentadas por Poulantzas, Macpherson e Paterman, afirma que um dos maiores impedimentos para a democracia participativa reside no papel desempenhado pelo Estado na manutenção das desigualdades sociais. Para esse autor, o entrelaçamento entre o público e o privado, além de inviabilizar o tratamento dos indivíduos livres e iguais, torna as eleições insuficientes como mecanismos de controle sobre as ações do governo.

Mesmo diante desses problemas levantados por Held, a democracia participativa leva em conta a ampliação dos canais de participação para além das instituições centrais da democracia liberal, a exemplo dos partidos concorrentes, representantes políticos e eleições periódicas. Nesse sentido, é considerada como modelo que apresenta uma forma realista onde os indivíduos estabelecem certo controle sobre o curso da vida diária e as diretrizes da política nacional. A participação dos indivíduos possibilita a formação de um processo de aprendizagem que os habilita a compreender melhor as

ligações entre o público e o privado, isto é, estariam mais bem qualificados para defender as questões que lhes fossem solicitadas (Cf. Held, 1987).

Portanto, as propostas da democracia participativa mantêm o conteúdo liberal da participação dos trabalhadores, sem que isso acarrete mudanças significativas no comportamento do indivíduo enquanto consumidor de bens públicos e naturalização da desigualdade social. A permanência dos princípios de defesa da propriedade privada, das relações de exploração do homem pelo homem e do domínio dos interesses privados através do mercado, não tem contribuído para as transformações necessárias para diminuir as distâncias sociais.

A grande contribuição da democracia participativa foi, a nosso ver, a possibilidade de ampliação dos espaços de atuação para além da escolha do governo, como é o caso da democracia direta ou as formas de autogestão, entretanto, mantém o interesse de controlar as ações. Também é possível perceber o entendimento de que a política é para especialistas, a participação das classes populares sofreria restrições, pois somente aqueles que passarem por um processo educativo, incorporando os valores que possibilitem a manutenção do poder das classes dominantes, é que estariam aptos à participação.

Nesse sentido, Held (1987) enfoca os limites da democracia participativa. Para ele, os limites encontram-se na ausência de proposições que apresentem um arranjo institucional capaz de compatibilizar democracia direta e representativa e na ausência de vontade ou apatia política. Também, pode explicar os limites da democracia participativa pela diversidade de interesses e as dificuldades encontradas no estabelecimento de consensos que viabilizem ações concretas em termos de políticas públicas (Cf. Oliveira, 2003: 42).

### 2.3.3 *Comunidade cívica, capital social e associativismo*

Em consonância com a democracia participativa, a participação em outras áreas da vida social, política, econômica e social, deve receber incentivos a partir do momento em que promove mudanças nos valores que conduzem a sociedade, indispensáveis à mutação do cidadão consumidor em cidadão auto-realizado. Os fatores socioculturais têm assumido destacada importância no estudo das democracias contemporâneas, particularmente quando diz respeito à necessidade de uma participação mais ativa dos cidadãos nas decisões que afetam a sociedade como um todo. Nesse sentido achamos necessário abordar os temas *comunidade cívica, capital social e associativismo*, por entender que fornecerão importante contribuição na análise sobre a questão da participação no âmbito social, na medida em que têm relação direta com os objetivos do presente estudo.

Entre os vários estudos que tratam dos temas em destaque, selecionamos o trabalho de Robert Putnam sobre democracia e comunidade na Itália moderna. Seu estudo propõe uma avaliação institucional a partir da existência de uma correlação positiva entre desempenho institucional e comunidade cívica. O conceito de comunidade cívica desenvolvido por Putnam (1996), apresenta duas características que consideramos como muito importantes para nossos estudos.

A primeira característica se refere à participação cívica, definida a partir da procura persistente do bem público e à custa de um interesse genuinamente individual e particular. A busca ocorre de maneira esclarecida e sensível aos interesses dos outros, isto é possível em um cenário onde a cidadania se caracteriza, principalmente, pela participação cívica nos negócios públicos.

A segunda característica se refere à questão da igualdade política como parte integrante de uma conduta cívica, internalizada e assumida com normalidade pela

sociedade. No entendimento de Putnam (1996), a igualdade política numa comunidade cívica se dá através de um processo em que a cidadania implica em direitos e deveres iguais para todos, maneira pela qual a comunidade se mantém unida por relações horizontais de reciprocidade e cooperação. A participação dos cidadãos na comunidade cívica se dá através de uma relação entre iguais, ela permite que quanto maior for o grau de proximidade do ideal de igualdade política, mais cívica ele será. Isso é importante porque possibilita aos cidadãos que seguem as regras de reciprocidade, participar da resolução dos assuntos públicos.

A terceira característica diz respeito à questão da solidariedade, confiança e tolerância. Para Putnam (1996), os cidadãos de uma comunidade cívica estão além de uma relação em que aparecem simplesmente como atuantes e comprometidos com espírito público. Para esse autor, mesmo diante da existência de divergência e conflitos numa comunidade cívica, os cidadãos geralmente se mostram respeitosos, prestativos, solidários e confiantes entre si, além de tolerantes para com seus oponentes. Nesse contexto, 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).

Outro tema que é fundamental para a compreensão das características da organização social é o que chamamos de capital social. Para efeito desse trabalho, o capital social assume as características de confiança, normas e regras, que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas. Na comunidade cívica o capital social pode trazer benefícios aos vários aspectos da vida em sociedade. Como outras formas de capital, o capital social também é produtivo, sem a sua existência a viabilidade e realização de determinados fins coletivos seriam inatingíveis.

A capacidade que alguns grupos sociais têm de desenvolver confiabilidade através de relacionamentos na base da confiança de uns nos outros, é um benefício que permite desenvolver ações como maior grau de exigência do que em casos onde a participação da comunidade necessita desse benefício. Por isso, se pode afirmar que as relações de confiança desempenham papel fundamental no acúmulo de capital social (Putnam, 1996: 171).

Os benefícios que o capital social pode trazer aos vários aspectos da vida em sociedade contribuem para que haja um maior incremento nas atividades econômicas, assim como, na redução, de forma sensível, dos custos das transações comerciais, e ainda pode facilitar o estabelecimento de novas regras de cooperação e ajuda mútua. Ao estimular o interesse dos cidadãos pelo acompanhamento e avaliação das políticas públicas, contribui para o funcionamento das instituições democráticas (Putnam, 1996).

O capital social se constitui em um bem público, ao contrário do capital convencional, que geralmente se constitui em um bem privado. Por não ser um bem particular e sim uma atributo da estrutura social em que se insere o indivíduo, faz com que não tenha o valor merecido e, muito menos, seja suprido pelo setor privado. Portanto, o capital social é gerado como subproduto de outras atividades sociais.

Outro elemento importante nessas relações é o que trata da confiança interpessoal estabelecida nas famílias ou nas relações de amizade restrita, assim como da confiança mais difusa, estabelecida mediante cadeias mais complexas de relações de mútua confiança. Elas facilitam a cooperação espontânea, pois ambas contribuem para o acúmulo de capital social. A confiança, de maneira geral, passa a existir por meio de regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica, que por sua vez, fortalecem a confiança social e porque reduzem os custos de transação e facilitam a cooperação.

De acordo com Putnam (1996), existem dois tipos de regras de reciprocidade, a “balanceada” ou “específica” e a “generalizada” ou “difusa”. A primeira diz respeito à permuta simultânea de itens de igual valor; por exemplo, quando colegas de trabalho trocam seus dias de folga, políticos combinam apoiar-se mutuamente. A segunda refere-se a uma contínua relação de troca que, a qualquer momento, apresenta desequilíbrio ou falta de correspondência, mas que supõe expectativas mútuas de que um favor concedido hoje venha a ser retribuído no futuro.

A confiança e as regras de reciprocidade se sobrepõem em certos aspectos, no que implicam a elevação do risco, ou seja, envolvem a crença no que os outros poderão fazer após o estabelecimento de um acordo. A confiança que A deposita em B é baseada em sua crença de que B não faltará ao acordo estabelecido entre ambos ou de que o mesmo não o prejudicará. Envolve, portanto, certa vulnerabilidade pessoal, causada pela incerteza, espera-se que a confiança depositada não seja desfraldada ou, pelo menos, não resulte em prejuízos incalculáveis.

As regras de reciprocidade são também um componente altamente produtivo do capital social. Comunidades em que essas regras são obedecidas têm melhores condições de cobrir o oportunismo e solucionar os problemas de ação coletiva. Por outro lado, as regras de reciprocidade generalizada servem para conciliar interesse próprio e solidariedade. Nas comunidades em que as pessoas acreditam que a confiança será retribuída, sem que dela venham a abusar, existe maior probabilidade de ocorrer intercâmbio. Além disso, o intercâmbio que continua ao longo do tempo costuma incentivar o estabelecimento de regras de reciprocidade generalizadas (Putnam 1996: 185).

Segundo esse autor, essas formas de capital social são “recursos morais”, isto é, recursos cuja oferta aumenta com o uso, e que se esgotam caso não sejam usados.



Assim, a criação e a dilapidação do capital social se caracterizam por círculos virtuosos ou viciosos.

Os efeitos sociais dos componentes do capital social se resumem, assim, em quatro pontos:

- Promovem sólidas regras de reciprocidade reforçadas por cadeias de relacionamento dependentes da reputação individual ou institucional;
- Aumentam os custos potenciais para o transgressor das regras nas transações individuais, prevenindo o oportunismo;
- Facilitam a comunicação e melhoram o fluxo de informações sobre a confiabilidade dos indivíduos;
- Corporificam o êxito alcançado em ações anteriores, criando, assim, um modelo culturalmente definido para futuras colaborações.

Diante do exposto, faremos referência às associações de interesse, por representarem, a nosso ver, o meio pelo qual a participação cívica pode ser efetivada. As associações numa perspectiva teórica se tornaram uma base institucional adicional às concepções já existentes que tratam de explicações sobre questões da ordem social, como é o caso da comunidade, do estado, do mercado econômico/político e seus princípios de solidariedade, controle hierárquico e competitividade. Desta forma, podemos destacar a associação com um novo enfoque voltado para estabilidade, já que a atuação guia a ação coletiva dos interesses organizados internamente como também em relação ao Estado. Tal possibilidade leva a uma diminuição do papel dos partidos políticos no que tange à mediação de demandas da sociedade civil em relação ao Estado.

As associações de interesse apresentam características que tornam as instituições incentivadoras da cidadania, influenciando na transformação de valores, comportamentos e

atitudes condizentes com a democracia participativa. Além de contribuir para a eficácia e a estabilidade da governança democrática não só por seus efeitos internos sobre o indivíduo, mas devido a seus efeitos externos sobre a sociedade e sobre a ação do Estado. Internamente, as associações incutem em seus membros hábitos de tolerância, cooperação, solidariedade e espírito público, bem como o senso de responsabilidade comum nos empreendimentos coletivos. No âmbito externo, a articulação e a agregação de interesses são intensificadas por uma densa rede de associações secundárias (Cf. Putnam, 1996).

Com novo modo de ver os interesses organizados, poderemos questionar a teoria democrática propondo uma “democracia associativa” que possibilitaria ampliar o conceito de democracia incorporando em um só conceito a democracia social e a democracia radical, de forma a dar sustentação tanto à liberdade como à igualdade. Dentro deste contexto podemos destacar o trabalho de Cohen & Rogers (1995), que chega a propor uma nova “ordem político institucional” que estaria pautada por uma maior confiança nas instituições não estatais na perspectiva de resolver problemas sociais e construir solidariedades sociais.

Putnam (1996) defende o associativismo como condição necessária para se ter um governo democrático. Levando em consideração o processo histórico, ele diferencia dois tipos ideais de associação, são eles: a associação de tipo vertical e a associação de tipo horizontal. Na associação de tipo vertical há a predominância de relações assimétricas de hierarquia e dependência, espírito de facção, normas não transparentes, desconfiança, dependência, etc. Esse tipo de associação tem como característica a possibilidade de obstruir a ação coletiva. Já no caso da associação tipo horizontal onde se pauta pela existência de relações de igualdade é produto de normas e de redes de solidariedade, da confiança, essa associação se manifesta como indutor de relações

cívicas virtuosas por conduzir um alto grau de engajamento cívico e auto-organização e pode prever melhores condições para a reconciliação entre estabilidade política e bom desempenho sócio-econômico (Cf. Putnam, 1996).

Portanto, para se ter um “bom governo” democrático, Putnam (1996), parte do princípio de que o governo deve atuar com eficácia na satisfação das demandas dos cidadãos, ou seja, obter um bom desempenho institucional. Para que isso ocorra será necessário despertar a consciência cívica que, somada ao acúmulo de capital social adquirido, possibilitará a instauração de comunidades cívicas com cidadãos com espírito público, defensores de relações políticas igualitárias tendo por base uma estrutura social baseada na confiança e na colaboração, estes serão capazes de dar sustentação à democracia política e social (Cf. Putnam 1996).

Putnam na sua análise chega à conclusão que a complementação entre as ações institucionais públicas e as ações coletivas fortalece o engajamento cívico. Para ele as experiências de mobilização e atuação coletiva acumulam um capital social produzido por laços de confiança mútua entre os cidadãos e que estes, por sua vez, intensificam o envolvimento cívico coletivo. Também defende a idéia de que a possibilidade de um Estado liderado por elites políticas reformistas possa contribuir para que haja uma disseminação de uma vida pública ativa e dinâmica. Isso será possível se houver uma fixação de normas que permitam que uma prática possa ser regulada de maneira transparente e capaz de possibilitar interação entre os interesses dos cidadãos organizados.

Enfim, a participação nas associações de interesses promove uma importante prática política, facilita o acúmulo de capital social e concorre para o surgimento de comunidades cívicas. Por outro lado, as associações desempenham papel fundamental

na promoção de grupos tradicionalmente excluídos, que, dessa forma, podem almejar incluir na agenda política as questões que lhes dizem respeito.

#### **2.3.4 Participação, avanços e desafios**

Os defensores da teoria democrata que valoriza a noção de participação política encontram sua base de sustentação na origem e fundamentos do poder político diretamente do povo, ou melhor, na idéia de soberania popular. Essa tem sido uma tradição do pensamento político que remota à Grécia antiga, tempo em que somente os considerados cidadãos tinham o direito de participar das discussões acerca dos negócios políticos que dependiam do processo político decisório. Na antiga democracia grega, através da simetria entre os que decidem e os que recebem as decisões, é que se era considerado um sistema de governo verdadeiramente feito pelo povo para o povo.

Os valores que perpassam a qualificação da participação popular como um valor político fundamental, encontram-se na argumentação de que, é através da atividade pública que se torna possível promover o desenvolvimento moral dos indivíduos. Contudo, é no desenrolar do processo de participação política que os homens teriam suas capacidades estimuladas e desenvolvidas. Assim, a participação dos cidadãos teria a capacidade de proporcionar uma maior consciência de suas necessidades e dos demais, além de gerar benefícios a toda a sociedade.

Gerar um autêntico governo democrático, não poderia deixar de lado o debate público e a participação dos cidadãos nas decisões políticas. Nesse caso se torna necessário que a estrutura institucional do Estado tenha condições de aumentar as oportunidades de participação do homem comum na esfera pública de decisões (Rousseau, 2005; Mill, 1963).

Os modernos defensores da democracia participativa entendem que é através do nível de participação encontrada na sociedade que se pode medir a qualidade da democracia. Resumidamente, podemos definir esta participação como o mecanismo que permite a incorporação do cidadão comum aos processos de formulação, decisão e implementação de políticas públicas. As decisões poderão expressar maior proximidade da vontade popular quando o exercício do poder político for direto, pois quanto mais marcante for, mais será a capacidade democrática das instituições políticas (Cf. Pateman, (1992).

No universo da democracia representativa, a participação é vista pela capacidade que os indivíduos têm de interferir nas decisões políticas que são adotadas por seus representantes na esfera do Estado e da Sociedade Civil. A representatividade dos mecanismos do Estado adquirirá legitimidade à medida que estes possam absorver os anseios populares e ser controlados pelos cidadãos. Desse modo, a dinâmica que integra representantes e representados na busca pelo bem coletivo assenta-se na capacidade destes últimos em influenciar os primeiros e a participação deixar de ser mero instrumento de poder.

Com efeito, se torna necessário que haja uma transformação institucional que garanta o acesso dos cidadãos comuns às instâncias decisórias, fato que possibilita a estes a efetividade exercida através da influência. Os canais institucionais abertos ao fluxo da opinião pública mostram ao cidadão comum a disposição dos atores políticos em ouvir suas demandas, fato que possibilita que a participação se transforme em benefícios públicos concretos. Nesse sentido, a efetividade deste acesso pode ampliar a estrutura de oportunidades e suprir a falta de mecanismos diretos de poder, através de mecanismos indiretos, isto é, a impossibilidade dos deliberantes serem influenciados

pela pressão proporciona um estímulo à continuidade e à expansão da participação política.

A pressão dos participantes interfere nas decisões dos representantes na esfera estatal e atinge seu objetivo principal quando as demandas populares defendidas nos canais de participação transformam-se em políticas públicas. O efeito produzido pela eficácia da participação na medida em que estimula e realimenta a participação política dos indivíduos, tende a produzir efeitos ainda mais significativos em função do aumento de pressão que é exercida sobre as decisões dos representantes.

As ações dos indivíduos só adquirem sentido a partir das respostas que a elite dirigente dá as suas demandas, maneira pela qual pode estabelecer grande estímulo à participação. Dentro desta lógica, cabe ao cidadão avaliar a relação de custo e benefício de sua ação na esfera pública a fim de decidir se realmente deve continuar participando. Os cidadãos ao participarem politicamente trocam o papel de espectadores pelo de atores do processo político, não mais observam a política de fora, mas vivenciam a sua dinâmica, observam a política, mas de dentro. Passando a conhecer os bastidores do espetáculo à sua volta, dificilmente o seu ponto de vista passa a ser o de outrora.

Alguns autores apontam a chamada “política participativa” como sendo uma resposta ao avanço do neoliberalismo e à crise do modelo *Welfare State*, ou seja, as funções que antes eram competência exclusiva do Estado, estão sendo transferidas para a sociedade. No entanto, defensores da chamada democracia representativa formal, a exemplo de Lamounier (1991) e Sartori (1994), criticam esse modelo por entender que a participação interfere de forma negativa no processo de consolidação da democracia porque não beneficia o fortalecimento dos partidos políticos. Já os que defendem o modelo participativo, como é o caso de Hist (1992), entendem que a participação pode ser percebida como um ganho qualitativo na organização social.

A possibilidade de alterar a institucionalidade pública está associada às demandas que se estruturam na sociedade. Já a esfera pública representa a construção da viabilidade ao exercício da influência da sociedade nas decisões públicas assim como coloca uma demanda de publicização no Estado. O que está em jogo é a necessidade de atualização dos princípios éticos-políticos da democracia no resto da esfera da vida social. Para Putnam (1994), as práticas sociais que constroem cidadania representam a possibilidade de se constituir num espaço privilegiado para cultivar a responsabilidade pessoal, a obrigação mútua e a cooperação voluntária. Para os atores as práticas sociais que lhes são inerentes relacionam-se com a solidariedade, e no encontro entre direitos e deveres. A ampliação da esfera pública ocasiona uma demanda à sociedade para a obtenção de uma maior influência sobre o Estado, tanto como sua limitação, assumindo que a autonomia social supõe transcender as assimetrias na representação social, assim como modificar as relações sociais em favor de uma auto organização social (Cunill, 1998).

### *2.3.5 A gestão participativa no Brasil*

A discussão sobre gestão participativa tem sido um tema que tem gerado muitas controvérsias e está longe de se chegar a um consenso. Vários autores têm se destacado nos estudos sobre as formas de participação no Brasil. O entendimento geral é que as transformações políticas das últimas décadas alteraram as formas de participação. Segundo Gohn (1998) na década de 70 a luta pela abertura de canais de representação popular com ação direta das massas populares estava voltada para o processo de redemocratização do país. Já nas décadas de 80 e 90 a participação se tornou bandeira de luta pelos direitos, com o objetivo de consolidar a conquista de novos canais de participação na máquina pública e na construção de uma gestão pública renovada. De

acordo com Cunill (1998), essa nova noção de participação “Participação Cidadã” fruto da articulação da sociedade civil com o aparelho burocrático do Estado, ganha a dimensão de parceria e co-gestão de serviços públicos.

Para Gohn (2001) foi nos anos 80, que o cenário político apresentou a temática dos conselhos como uma nova polêmica, propostos pelos setores da esquerda ou da oposição ao regime militar. Os conselhos populares se apresentam para o debate, através de duas propostas: “como estratégia de governo, dentro das políticas da democracia participativa; como estratégia de organização de um poder popular autônomo, estruturado a partir de movimentos sociais da sociedade civil” (Gohn, 2001: 75).

A produção acadêmica sobre o tema, do final da década de 70 e início dos anos 80, em sua grande maioria esteve pautada pelo referencial marxista. A ênfase recaía sobre o papel transformador dos movimentos e as contradições sociais que determinavam o seu surgimento, ressaltando a autonomia frente ao Estado e às instituições políticas tradicionais. Na década de 80 surgiu uma grande produção acadêmica mediante as mudanças na conjuntura política, especialmente em relação aos movimentos sociais; essas mudanças terminaram por influenciar os estudos dessa época. O paradigma marxista recebe diversas críticas, ao mesmo tempo em que são incorporados nas análises visões culturalistas e institucionalistas, como é o caso da valorização da identidade enquanto categoria de análise para estudar os comportamentos dos grupos e das organizações sociais (Cf. Silva, 2003: 35-36).

Os anos 90, também são marcados por modificações na conjuntura política brasileira e acadêmica. Nesse período a produção acadêmica tem sua atenção voltada para crescimento das ONGs em todo o país, assim como para os mecanismos institucionais de participação estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Destacam-



se os estudos sobre a cidadania, a exclusão social e a democracia participativa (Cf. Doimo, 1995; Gohn, 1997 e 2001).

O Brasil, até meados dos anos 80, era dominado pelo autoritarismo do regime militar que se instalou em 1964. Neste período a política participativa não teve o envolvimento dos grupos de interesse no processo de elaboração e implementação das políticas públicas; os grupos se encontravam à margem do processo. No entanto com a instauração da transição democrática os diversos grupos de interesse passam, então, a intervir diretamente, quando incorporados pelo processo de formação e decisão política, tanto no plano nacional, quanto no nível local, assumindo um caráter semi-público (Cf. Silva, 1977: 75-76).

A conquista de espaços para expandir a luta pela participação social se constitui em um dos aspectos mais desafiadores a interpretação sobre os alcances da democracia nas relações entre o nível local de governo e a cidadania. Desde o surgimento da constituição de 1988 até hoje a participação na sua amplitude adquire amparo legal dentro dos marcos da democracia representativa.

A institucionalização da participação popular, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil, tem se transformado em referencial de alargamento das possibilidades de acesso dos setores populares, através do fortalecimento dos mecanismos democráticos. Isso significa a garantia da execução eficiente de programas de compensação social no contexto das políticas de ajuste estrutural promovido pela política neoliberal, isto é, a liberalização da economia e de privatização do patrimônio do Estado. Contudo, o que se vê são poucas as experiências de gestão participativa que implantam um programa que amplie concretamente o potencial participativo, geralmente as propostas participativas ainda permanecem mais no plano da retórica do que na prática.

### 2.3.6 *Conselhos municipais e a institucionalização da participação política*

Os anos noventa, sob a ótica dos canais de participação social na gestão pública, foram marcados pela institucionalidade dos conselhos municipais. A constituição de 1988 introduziu mecanismos de intervenção direta dos cidadãos nas tomadas de decisões, através da criação de novos espaços de participação da sociedade civil na gestão da coisa pública. Os conselhos destacaram-se como elemento diferencial dessa nova forma de governo municipal (Cf. Doimo, 1995; Gohn, 2001; Santos e Avritzer, 2002; Teixeira, 2001).

A origem e os diversos tipos de conselhos não são uma novidade na história desses últimos dois séculos, embora tenham adquirido múltiplos sentidos. Vários estudos têm tratado dessa questão<sup>17</sup>. Na atualidade, os conselhos se apresentam de forma bastante diferenciada, de acordo com a realidade de cada país, e com contornos bem demarcados nas suas funções e poderes. De modo geral, apresentam funções consultivas ou deliberativas, de controle social, têm base territorial, e seus membros são escolhidos diretamente ou indicados por partidos com participação na gestão (Borja, 1987; Teixeira, 1998).

No Brasil, a origem dos conselhos está relacionada com experiências de caráter informal sustentadas por movimentos sociais, no formato de “conselho popular” ou como estratégias de luta operária na fábrica, alternativas à inércia e ao comprometimento dos sindicatos oficiais, na forma de “comissões de fábrica”<sup>18</sup>.

De acordo com Teixeira (1998), estas e outras experiências desenvolvidas nas décadas de 70 e 80, foram de grande importância para o debate na constituinte sobre a inclusão do princípio da participação comunitária na Constituição. Posteriormente,

---

<sup>17</sup> Ver a esse respeito, Gohn (2001), Teixeira (2002), Totórá & Chaia (2004)

<sup>18</sup> Ver a esse respeito Gohn (2001: 68)

resultou no surgimento de várias leis que institucionalizam os conselhos de políticas públicas (Cf. Texeira, 1998).

Os tipos de conselhos que surgiram no Brasil adquiriram diversos formatos, variando conforme estejam vinculados à implementação de ações focalizadas. O vínculo pode ocorrer com os conselhos gestores de programas governamentais ou com a elaboração, implantação e controle de políticas públicas, através de Conselhos de políticas setoriais, definidos por leis federais para concretizarem direitos de caráter universal, como é o caso da saúde entre outros.

Existem, também, os conselhos temáticos, de maior abrangência que, além de abranger políticas públicas, ou ações governamentais, envolvem temas transversais que permeiam os direitos e comportamentos dos indivíduos e da sociedade, como exemplo: direitos humanos, sexualidade, racismo etc. Diversos municípios, hoje já contam com organismos mais gerais, de participação mais ampla que envolve diversos temas transversais, como é o caso dos conselhos de desenvolvimento urbano e do conselho de desenvolvimento municipal (Cf. Gohn, 2001, Teixeira, 2001)..

A denominação legal sobre a diversidade de conselhos, nas diversas esferas de governo, tem causado muitas polêmicas, sendo a própria denominação a causa de controvérsias, como é o caso dos chamados conselhos de gestão, conselhos de políticas públicas e conselhos setoriais. Geralmente, as denominações legais se referem ao governo nas esferas: municipal, estadual e nacional, seguido do setor de atividades ou de programas a que se refere, por exemplo: conselho de saúde, conselho de assistência social etc. As especificidades de cada conselho dependem do setor de atividades e da forma como foram criados.

Na realidade, trata-se de órgãos públicos de natureza ampla que foram criados por lei, regidos por um regulamento que é aprovado por seu plenário e referendado pelo

executivo, com caráter obrigatório para todo o país, como condição para repasse de recursos. A sua composição é definida em lei, mas geralmente é constituída através de uma conferência ou fórum com representantes da sociedade civil e governo. No caso dos conselhos de saúde, estão definidas em lei as representações dos usuários, prestadores de serviços e profissionais da área, com exigência de paridade entre a representação do governo e da sociedade civil, ou seja, os usuários.

Independente da questão legal ao qual estão submetidos os conselhos, entendemos que é importante conceber os conselhos como estruturas de uma nova institucionalidade no país. Em grande parte, esses conselhos fazem parte de um processo de discussão pública que surgiu a partir dos anos 80 e que se consolida no final dos anos 90, especialmente em relação às grandes áreas das políticas públicas, como é o caso da saúde. A sua origem faz parte de um processo de longa duração, conflituoso e contraditório, no qual estiveram envolvidos diversos atores defendendo suas posições e interagindo com outros atores coletivos, obtendo avanços e recuos, até mesmo na esfera governamental. Alguns autores denominam os conselhos como “instituições híbridas” por proporcionar um novo desenho institucional que envolve a divisão de espaços e deliberação entre representações estatais e entidades da sociedade civil (Cf. Pereira, 2000).

As relações brotadas nesse processo fazem parte de um movimento mais abrangente de formação de uma esfera pública<sup>19</sup> ampliada, uma vez que é uma extensão do Estado até a sociedade que é regida por critérios diferenciados da representação parlamentar ou mesmo sindical. Os espaços que surgem na esfera pública são espaços autônomos que absorvem os problemas sociais nas esferas privadas, os tornam mais

---

<sup>19</sup> A esfera pública aqui é entendida como espaço de interação entre Estado e sociedade inserido nas instituições estatais, diferente da concepção de espaços públicos defendido por Habermas (1997), isto é, no sentido de encontros simples, episódios, fundados no agir comunicativo.

consistentes e transmitem para a cena pública. Nestas esferas públicas há um vínculo institucional do conselho ao aparelho de Estado que se evidencia através da exigência legal da homologação das decisões pelo chefe do poder executivo, inclusive o regimento interno<sup>20</sup>. Todavia, a composição dos conselhos pode envolver outros atores do campo social sem que haja, necessariamente, uma relação de hierarquia e de autoridade. Os conselhos representam um conjunto de elementos materiais específicos que se lança mão para penetrar no Estado e introduzir uma lógica de persuasão sobre as questões mais carentes da sociedade, originando assim, novas agendas e novos parâmetros para as ações governamentais.

Os vínculos entre os conselhos e o Estado acabam por interferir na autonomia dos conselhos, especialmente na elaboração e controle da execução de políticas públicas setoriais, incluindo o aspecto econômico-financeiro. Por ser um campo de disputas e negociação, a autonomia dos conselhos, dependendo do grau de unidade das forças da sociedade civil, neles presente a natureza das forças políticas dominantes, poderá ser ou não ampliado (Cf. Gohn 2001; Teixeira, 2001).

Portanto, essa nova institucionalidade está além da discussão no parlamento ou da lei, ela é construída a partir do debate público nos espaços sociais com a interlocução de diferentes atores até chegar à formação de um conjunto de proposições que serve de balizamento para as esferas de decisão formal. De acordo com Telles é:

“uma institucionalidade que vai se construindo entre regras formais e informais de convivência pública, sob formas codificadas ou não, permanentes ou descontínuas, mas que, de alguma forma, projetam os direitos como parâmetros públicos, que balizam o debate sobre o justo e o injusto, o legítimo e o ilegítimo, nas circunstâncias e acontecimentos que afetam a vida de indivíduos, grupos, classes e mesmo de uma população inteira. Uma institucionalidade que exige a quebra de monopólio de velhos atores: governo, parlamento, judiciário, grupos de pressão” (Telles, 1994: 49).

---

<sup>20</sup> Ver a esse respeito a Lei nº. 8142, de 28/12/1990, e Decreto nº. 99.438, de 07/08/1990.

Como se vê essa nova institucionalidade são regras e procedimentos que não se reduzem à formalidade. Ela incorpora novos agentes ao processo político e amplia a representação no campo da definição de políticas com a participação de usuários e prestadores de serviços. Por meio da identificação das necessidades, altera a natureza dos caminhos pelos qual o sistema tradicional, processa as demandas da população, sistema que tem por base os interesses particularistas ou corporativos. Assim, se dá o processamento das demandas orçadas no interesse público, constituídas no bojo da discussão pública, de explicitação de interesses e de negociação e não apenas pelas representações sociais que fazem parte do conselho.

De acordo com Teixeira (2000b), para se ter um bom funcionamento dessa nova institucionalidade se faz necessário levar em conta o legado histórico dos conselhos, acentuando as dimensões que neles estavam presentes, embora noutras circunstâncias históricas. Nesse sentido, para se fazer dos conselhos uma nova institucionalidade pública e democrática, estes devem atender a alguns requisitos.

O primeiro deles diz respeito à questão da autonomia. É necessário a mobilização constante da sociedade civil para garantir e ampliar a sua autonomia, além disso, podem ser utilizados mecanismos judiciais para assegurar o respeito pelas deliberações.

O segundo diz respeito à imperatividade e revogabilidade dos mandatos dos conselheiros. Os conselheiros, enquanto representação da sociedade civil, devem ter como critérios para a legitimidade: ser escolhidos pelas bases de suas organizações, ter suas práticas constantemente reavaliadas, as posições tomadas no conselho devem ser objeto de deliberação anterior pela organização ou órgão representado, constante prestação de contas e publicização das decisões e ato. O não cumprimento desses critérios leva a perda de legitimidade e conseqüentemente o mandato deve ser

revogável. No entanto, estas mediadas não podem ser aplicadas no caso da representação governamental, porque o critério é o da autoridade governamental, o que não impede que haja regras regimentais para a substituição. (Cf. Decreto nº 9.438, de 07/08/1990).

Outra importante questão se refere ao caráter deliberativo dos conselhos. Nos regimes democráticos, somente os organismos eleitos por sufrágio universal ou que recebem delegação explícita teriam o poder decisório. Os conselhos, embora tenham uma composição restrita a setores da sociedade, deliberam sobre políticas que devem ter o caráter de universalidade. A legitimidade do caráter deliberativo está na publicização de suas ações e no debate que ocorre no seu interior, especialmente nos espaços mais abertos e plurais que funcionam como instâncias críticas em relação a estas deliberações. Entretanto, não podemos perder de vista que os conselhos não devem substituir o Estado nem retirar-lhe as suas funções básicas, mas torná-lo mais flexível e sensível à lógica da sociedade e da cidadania (Cf. Santos, 2000; Noronha, 2000; Teixeira, 2000b).

Abordar a natureza dos conselhos de política pública exige também questionamentos sobre a inserção de mecanismos de representação social que inclua o cidadão comum, não organizado, excluído de qualquer participação. Geralmente apenas os segmentos sociais mais organizados têm acesso a estes mecanismos. Portanto, pensar uma nova institucionalidade democrática, tem que se levar em conta a criação canais de comunicação permanentes e interativos entre os cidadãos, o governo e as próprias entidades representativas (Cf. Abers 2000).

No Brasil, os conselhos, enquanto instância de participação política, estão associados a um período de longa transição de regime político. Nesse processo foram incorporados novos atores sociais: associações, movimentos sociais, entidades

profissionais. A entrada em cena desses novos atores torna a sociedade civil mais forte, com acesso a informações sobre os diversos setores que são objeto das políticas públicas. Esse fortalecimento é materializado a partir do reconhecimento oficial destas entidades como representantes de segmentos organizados da sociedade que expressam demandas de caráter coletivo. Estas demandas se tornam abrangentes porque são percebidas por setores que não possuem canais de expressão e porque são guiadas por valores como solidariedade, equidade e respeito a diferenças.

Portanto, o fortalecimento da sociedade civil se dá a partir do momento em que suas demandas são processadas pelos conselhos e tornam-se políticas públicas que orientam as ações governamentais e também quando a regulação que cabe ao Estado se dá com a participação da representação social que discute e formula proposições.

Os conselhos têm um papel importante no processo de democratização do poder. O seu desempenho no campo da política social envolve a participação de diferentes atores, e pode ser melhorado através de proposições desse atores antes de passar pelos canais tradicionais de decisão política: partidos e parlamento. Enquanto instrumento de participação cidadã, os conselhos são pensados como espaços de partilha dos diversos interesses dos segmentos da sociedade.

A democratização pode ser realizada em dois níveis. Democratizando o Estado, através da ampliação da esfera de decisões com a inclusão dos segmentos organizados da sociedade, e proporcionando maior transparência às informações, prestação de contas, acesso a documentos contábeis, maneira pela qual permite questionamento da legitimidade de suas ações, como também a interferência de mecanismos judiciais – ação popular, representação junto ao ministério público, etc. – ou político administrativos – denúncia através dos meios de comunicação ou junto ao Tribunal de contas etc.



Esse processo de democratização se refere à própria sociedade que precisa ser democratizada e assumir uma cultura de participação e uma ética de responsabilidade pública. É necessário legitimar a participação dos conselheiros exigindo que estes sejam escolhidos através de processos transparentes, e que se inclua a participação do cidadão não organizado. Também é preciso que as próprias organizações prestem contas de seus atos aos seus associados e a comunidade em geral.

Outra questão importante que diz respeito à democratização é o controle social sobre as políticas públicas, papel crucial dos conselhos. O Controle Social em saúde surgiu no século XVII quando as ações do Estado sobre os indivíduos proporcionaram as primeiras interferências estatais no campo da saúde coletiva. De acordo com Carvalho (1995), o controle social se caracterizava pela ação do Estado sobre a sociedade de modo que a ação estatal era dirigida a grupos ou pessoas em nome da saúde de todos, “o Estado, portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo. A participação não chega [nem] a ser passiva; é como um alvo” (Carvalho, 1995: 12).

As manifestações e intervenções no campo sanitário, mesmo diante da resistência de grupos sociais, atravessaram séculos. Atualmente, especialmente na saúde, o conceito de controle social corresponde a uma moderna compreensão da relação Estado-Sociedade, no qual cabe à sociedade estabelecer práticas de vigilância e controle sobre o Estado, ou seja, por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. No entanto, o significado de controle social modifica-se de acordo com o contexto do qual emerge. Do entendimento de que a sociedade, pelo seu conjunto de normas e regras, controla o cidadão em nome da coletividade, ao atual significado de controle social no SUS, existe

um movimento da sociedade em direção ao controle do Estado. Neste percurso coloca-se o atual contexto democrático brasileiro como cenário propiciador da ação de sujeitos sociais e atores políticos que ressignificam e reconstróem este conceito, atribuindo-lhe novos sentidos à medida que participam ativamente do processo de consolidação da saúde enquanto direito.

A gestão social das políticas públicas de saúde tem como uma de suas bases a formação de atores que afirmam saúde enquanto direito de cidadania, explícito na Carta Constitucional como o conjunto de condições adequadas de renda, trabalho, moradia, transporte, lazer e acesso aos serviços de saúde e que participem da consolidação do SUS com vistas ao fortalecimento do controle social, de acordo com os princípios orientadores da Reforma Sanitária que afirmam também o direito à saúde como um “bem de relevância pública”, por isso, submetido ao controle social.

Fortalecer a gestão participativa e o direito à saúde torna-se um desafio constante, pois a ampliação do controle da sociedade sobre o Estado depende, em última instância, da participação da sociedade em direção à definição e realização dos direitos de cidadania.

Os conselhos, nesse sentido, são de fundamental importância para o exercício do controle social, não podem se furtar à fiscalização e acompanhamento das atividades do poder público, nem a avaliar seus atos e decisões com base em parâmetros previamente estabelecidos. A função dos conselhos deve ser no sentido de propor ações através dos instrumentos legais para o real exercício do controle social. As ações não devem se restringir ao conselho, mas serem ampliadas à sociedade, possibilitando que os atos de decisões do governo sejam transparentes. Também é importante que não se limitem à constatação de situações, mas que induzam o governo a tomar atitudes e a responsabilizar os seus agentes governamentais (Cf. Teixeira, 2000b).

O outro nível de democratização se refere à tomada de decisões. As decisões devem ser partilhadas entre governo e sociedade, através da adoção de medidas que permitam que as agendas sejam previamente discutidas nas bases das organizações representadas e, também, que as propostas possam ser elaboradas a partir de um processo de discussão.

Portanto, aprofundar a democratização exige que o exercício de um mandato adote uma permanente prestação de contas e avaliação das posições apresentadas nos conselhos pelos representantes sociais, além de permitir que o cidadão comum, excluído dos benefícios e dos atuais processos de participação, possa contribuir para o processo de tomada de decisões. Para isso é necessário o funcionamento regular de mecanismos discursivos mais amplos, como fóruns, assembleias populares e outros que sejam capazes de mobilizar as massas e superar o elitismo popular (Cf. Bonfim, 2000; Teixeira, 2000b).

É preciso entender o conselho enquanto órgão fundamental para a reforma do Estado, não apenas em termos institucionais e administrativos, mas também na perspectiva de introduzir uma nova cultura, uma nova racionalidade que transforme o significado de público para além das regras de procedimentos formais e consiga romper com a tradição patrimonialista e clientelista da administração pública. Desta forma, os conselhos podem dar um passo importante na expansão de uma cultura de tratamento de demandas e de alocação de recursos por meio da interlocução e negociação entre os atores representados. Os conselhos, ao instituírem novas relações entre Estado e sociedade, recuperam caráter público do Estado e podem exercer um papel modernizante. No entanto, os conselhos por si só não podem conduzir estas mudanças (Cf. Carvalho, 1997).

Outro papel estratégico para os conselhos é a participação na formulação e implementação das políticas públicas. No Brasil não há uma tradição de elaboração de políticas públicas, principalmente no nível municipal. Mesmo diante da existência de Leis constitucionais que garantam a sua elaboração, as ações de governo, especialmente nos pequenos municípios, são geralmente induzidas por programas federais, onde os agentes governamentais através de uma prática particularista atuam de acordo com os interesses de grupos privilegiados. Por outro lado, as organizações da sociedade civil buscam pressionar o Estado no sentido de elaborar políticas que possam atender aos segmentos sociais mais necessitados (Cf. Teixeira, 2000b).

Os conselhos diante desse contexto são os canais mais apropriados para isso, pois é lá que se defrontam os atores da sociedade e os representantes de diferentes setores governamentais. Esse papel que o conselho assume é crucial, especialmente quando há uma política deliberada de reduzir a intervenção do Estado e o volume dos gastos sociais. Assim, o papel desempenhado pelos conselhos implica não só em traçar diretrizes, que são importantes frente ao casuísmo e particularismo existentes na ação governamental, mas também defender recursos orçamentários para a execução de programas e projetos.

Portanto, as experiências inovadoras desenvolvidas em vários campos por organizações da sociedade civil, com ou sem apoio governamental, se traduzem em um laboratório que serve como paradigma na elaboração de políticas públicas sustentáveis e democráticas. Estas iniciativas podem servir de referências para proposições a ser assumidas pelo poder público, ficando os conselhos com tarefa de discuti-las, sistematizá-las e formulá-las como políticas públicas.

Os muitos papéis que cabem aos conselhos, conforme exposto acima, para se concretizar, também dependem do processo de sua formação e do caráter da

representação que é exercitada. Para isso é necessário que os conselhos estejam articulados entre si para troca de experiências e formulação de propostas conjuntas que atendam os interesses da população como um todo, fortalecendo o desenvolvimento de uma cultura cívica (Putnam, 1986). A pulverização dos conselhos propicia sérias dificuldades para o bom funcionamento dos conselhos. Alguns autores, preocupados com essa situação, chegam a propor, à nível do município, a criação de um conselho de desenvolvimento municipal. (Cf. Teixeira 2000b).

Outra possibilidade é através da articulação entre os conselheiros, principalmente entre os representantes das entidades da sociedade civil. O objetivo dessa articulação seria formar consensos e alianças para reforçar as posições a serem defendidas nos conselhos. É preciso ter consciência de que a construção de alianças é imprescindível, pois os Conselhos são centros de poder onde as posições são confrontadas em busca de hegemonia.

O bom funcionamento dos conselhos passa necessariamente pela realização de atividades de caráter permanente, a saber: definição de planos de trabalho e cronogramas de reunião; produção de diagnósticos e identificação de problemas; conhecimento de estruturas burocráticas e de mecanismos legais do setor; cadastramento de entidades governamentais e não-governamentais; discussão e análise de leis orçamentárias e elaboração de proposições; acompanhamento de ações governamentais através de relatórios, entrevistas e visitas de campo com os dirigentes e usuários dos serviços. Para isso é preciso a existência de uma infra-estrutura e suporte administrativo (Cf. Cruz, 2000; Noronha, 2000).

Para que o conselho adquira legitimidade é necessário que suas funções sejam efetivas, especialmente no sentido de mudar a cultura política. Para isso é necessário que o conselho tenha respeitabilidade, ou melhor, que seja reconhecido pela sociedade

como órgão de defesa do interesse público. Nesse sentido o reconhecimento é possível através de ações visíveis aos segmentos que representa, sobretudo na identificação dos problemas, na proposição de soluções, no acompanhamento e controle do poder público.

O funcionamento dos conselhos, também enfrenta obstáculos de diversas espécies, entre eles destacamos os de natureza política e os de natureza funcional, provenientes tanto do Estado como da sociedade civil. Os obstáculos de natureza política em grande parte se devem ao preceito constitucional que trata da descentralização. Foram descentralizados os encargos sociais, mas manteve-se centralizada a distribuição dos recursos para os projetos sociais, que são fragmentários e muitas vezes dependem de convênios e de contrapartida do governo federal (Cf. Arretche, 1996).

A implementação da política de ajuste fiscal, também contribuiu para o enfraquecimento dos municípios que, através de mecanismo centralizadores, como o Fundo de Estabilização Fiscal, teve seus recursos reduzidos ocasionando uma diminuição na transferência de verbas. Foi nesse contexto que a maioria dos conselhos municipais foram criados com o objetivo possibilitar um controle social sobre o destino dos gastos públicos, sem que houvesse uma preparação ou discussão prévia na sociedade, ou melhor, foram criados como uma exigência formal de acesso a programas federais e sob o controle dos prefeitos municipais.

Outro grande obstáculo para o bom funcionamento dos conselhos é o clientelismo, o patrimonialismo e o autoritarismo, componentes de uma cultura política predominante no setor público. Nesse ambiente os agentes governamentais desrespeitam as deliberações dos conselhos, não aceitando qualquer possibilidade de partilha de poder, fato que dificulta a prestação de contas e interfere, em determinados

casos, diretamente na sua composição através da nomeação de membros escolhidos pelas entidades da sociedade. Como os conselhos são órgãos híbridos, sem identidade institucional, passam a ser desacreditados diante da sociedade, frustrando as expectativas criadas (Cf. Teixeira, 2000b).

O grande número de conselhos e o caráter setorial das suas ações, também têm contribuído para o seu crescente desgaste. Para que os conselhos deixem de ser meros espaços formais para cumprir exigências burocráticas, é necessário que as organizações reajam, propondo ações integrativas e instâncias de coordenação e de interlocução efetivas.

Na sociedade civil, o grande obstáculo encontrado está na ausência de clareza sobre o papel que as organizações devem desempenhar nos conselhos e na elaboração e implementação das políticas sociais. É necessária a realização constante de capacitação técnica e política com vista a melhorar o desempenho institucional dos conselhos. A ausência de capacitação adequada faz com que os conselhos não acompanhem devidamente as atividades dos seus representados, tornando-os instrumentos de manipulação do poder (Cf. Santos, 2000; Cruz, 2000; Noronha, 2000; Teixeira, 2000b).

Mesmo diante de tantos obstáculos que dificultam o funcionamento dos conselhos, não podemos deixar de reconhecer que a quantidade de conselhos no Brasil é significativa. Na Paraíba, a situação não parece ser diferente, pois, de fato, embora todos os 223 municípios do estado tenham conselhos de saúde instituídos, apenas 80 deles – isto é, 35% do total – responderam ao ofício do Conselho Estadual solicitando dados simples sobre a sua composição no cadastramento concluído em julho de 2001 (Cf. Paraíba, 2001), o que indica que há um problema geral de consolidação institucional da estrutura de gestão participativa do SUS no estado.

Num outro levantamento mais acurado (Cf. Paraíba, 2002), o percentual de respondentes foi ligeiramente menor e os dados tabulados revelam tendências preocupantes. Em primeiro lugar, 84% dos conselhos municipais não estão compostos segundo os critérios de paridade definidos na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, o que indica, enfaticamente, problemas de representatividade e legitimidade, considerados como os mais graves e recorrentes em relação ao desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas (Cf. Gohn, 2001). Em segundo lugar, no quesito “dificuldades encontradas”, 36% afirmaram que a maior dificuldade é “a falta de clareza do papel do conselheiro”, 23% afirmaram ser a “dificuldade de adquirir quórum para as reuniões” e 27% a “falta de estrutura para o funcionamento do conselho”, dados que indicam problemas no que se refere à existência de uma fraca tradição participativa na sociedade civil, ao desconhecimento geral dos poderes e competências dos cidadãos na gestão das políticas públicas, à dificuldade de mobilização da comunidade para discutir os seus problemas e ao descompasso entre as determinações legais e a “vontade política” dos governantes. Finalmente, observou-se uma significativa predominância de reuniões extraordinárias sobre reuniões ordinárias e uma maior ainda de deliberações acerca de implantação e renovação de programas federais, o que indica que os conselhos se reúnem, na imensa maioria dos casos, para responder a requisitos formais acerca da liberação de recursos e não para “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde” como determina a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Diante do exposto, mesmo que os conselhos sejam criados apenas como uma formalidade para obtenção de recursos destinados a perpetuar uma cultura clientelista, não podemos deixar de considerar o seu aspecto positivo, que cria oportunidades e



desafios para a sociedade dinamizar os conselhos e fazer com que estes exerçam os seus papéis.

Para suprir as deficiências e manipulações nos conselhos é necessária a realização de reuniões ampliadas, assim como encontros e conferências, entre outros, além de aumentar o dinamismo da sociedade civil que, aliada à vontade política dos governantes, possibilita a elevação do nível de efetividade dos conselhos. Portanto, os conselhos enquanto espaço de uma nova institucionalidade estão construindo um sentimento de pertencimento à sociedade e criando um perfil de desempenho que consolida o interesse público como parâmetro de suas ações e decisões. Mesmo assim, é necessário, ainda enfrentar situações decorrentes do contexto político que vão em direção oposta à democratização, aumentando o índice de desigualdade social.

A questão da representação e da representatividade é um desses problemas, é necessário fazer a diferença entre a representação governamental e a social. A representação governamental geralmente é composta por funcionários sem poder de decisão, escolhidos sem critérios, estão mais para defender as posições oficiais do que as de interesse pessoal. Quanto à representação da sociedade civil, esta para ser eficaz tem de ser articulada, para isso é necessário participar da realização de fóruns, de encontros de conselheiros, espaço onde a interlocução se dá de forma mais ampla.

A categoria da sociedade civil que apresenta maiores problemas é dos prestadores de serviços, que em defesa de interesses particulares, geralmente beneficiária tradicional de verbas públicas, se mantém ao lado governo. Portanto, estes problemas deformam um elemento importante para o papel dos conselhos, que é a representatividade (Bonfim, 2000; Cruz, 2000; Teixeira, 2000b).

Já em relação à categoria dos usuários dos serviços públicos, essa também apresenta problemas quanto a sua dispersão e falta de articulação interna. Em

determinadas situações acontece que setores de classe média e os quadros técnicos de suas entidades respondem por setores excluídos, fato que também, deforma o papel da representatividade.

Diante do exposto, fica claro que mesmo em relação à sociedade civil há um déficit de representatividade. As dificuldades encontradas, geralmente estão relacionadas ao papel que nem sempre é desempenhado através de um processo de deliberação coletiva, possibilitando a ocorrência de se reproduzirem no conselho os vícios tradicionais da representação parlamentar, ou seja, falta de vinculação orgânica e efetiva com as bases sociais, prestação de contas do mandato, de responsabilização de decisões e de construção conjunta da agenda de políticas sociais.

Nos conselhos de saúde, há o princípio de paridade entre a representação da sociedade civil e a governamental. Em determinados casos essa paridade é apenas numérica. Pelo fato das condições de participação entre a representação governamental e a representação dos trabalhadores e usuários se apresentarem de forma assimétrica. Isto pode ser percebido através da participação dos representantes governamentais nos conselhos. Geralmente a sua participação faz parte das suas tarefas funcionais, além receber capacitação específica e tempo necessário para exercer a representação.

Por outro lado, são poucos os representantes sindicais e de usuários que recebem capacitação específica e têm tempo necessário para o efetivo exercício da representação. Em determinados casos a representação sindical ou de usuários participam de outros conselhos, o que fragiliza sua participação. Geralmente, os conselhos não contam com assessorias especializadas, fato que dificulta o acesso a informações e a estudos técnicos, como é caso das prestações de contas. Também conta para a assimetria à falta de infra-estrutura adequada para o exercício das funções de conselheiro (Cf. Gomes, 2000)

Diante dessa situação de desequilíbrio desfavorável à representação da sociedade civil se pode questionar a paridade formal e buscar formas de superar essa situação. Nesse sentido, a consideração à capacitação de conselheiros se torna fator decisivo para a qualidade da participação, especialmente para os representantes da sociedade civil, nos níveis político e técnico. A qualificação política permite ao conselheiro assumir novo comportamento em relação à negociação com os demais atores, favoráveis à convivência com as diferenças, à competência na disputa de posições e à construção de alianças, inclusive com setores governamentais. Também possibilita uma compreensão do processo de elaboração e implementação de políticas públicas. A qualificação técnica é fundamental para o bom funcionamento do aparelho estatal, ela possibilita aos conselheiros utilizar mecanismos legais para a efetivação dos direitos conquistados, a sistemática de análise e elaboração do orçamento e noções básicas de gestão pública. Entretanto, a capacitação deve levar em conta o ambiente local, a cultura cívica, além dos problemas enfrentados pelos conselheiros. O conteúdo dessa formação deve envolver temas gerais como: o papel do Estado, políticas públicas e desenvolvimento regional e local, além de questões específicas, como orçamento participativo, metodologia de elaboração de políticas públicas e instrumentos jurídicos básicos (Cf. Bonfim, 2000; Gomes, 2000; Lima, 2000).

Já a capacitação para os representantes governamentais, a capacitação política, é o aspecto mais importante, por permitir a assimilação de uma cultura democrática que valorize a participação da sociedade civil, valorizando a contribuição que suas organizações podem oferecer para a democratização das esferas públicas (Cf. Bonfim, 2000; Teixeira, 2000b).

Diante do exposto, acreditamos que os conselhos, não obstante os limites e obstáculos, constituem, hoje, um grande instrumento do poder e da sociedade. O grande

desafio que se apresenta para a sociedade civil é torná-los efetivos, aumentando suas potencialidades na elaboração de novas políticas públicas e na gestão. Também se constitui em desafio garantir, nos diversos níveis do Estado, recursos para o funcionamento autônomo destas instâncias e para a implantação das políticas nelas propostas.

### 3. A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Com o objetivo de compreendermos a efetividade da participação e o controle social através do desempenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba, traçaremos uma breve análise sobre a trajetória das políticas de saúde no Brasil, articulando-as com as determinações sócio-históricas. Partiremos do período que dá início à intervenção do Estado na saúde, mais efetivamente a partir da década de 30, intitulada de *fase previdencialista-assistencialista*. Em seguida abordaremos a *fase privatista*, período em que a saúde esteve atrelada ao mercado, e, por fim, a *fase universalista* que se dá a partir da Constituição de 1988 (Cf. Bravo 2000).

#### 3.1 A FASE PREVIDENCIALISTA-ASSISTENCIALISTA

A partir da década de 30, a sociedade brasileira passou por transformações importantes relacionadas com o processo de industrialização, como a redefinição do papel do Estado e o surgimento de políticas sociais em resposta às reivindicações dos movimentos sociais surgidos desde a 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 melhoras 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 sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. No período de 1930 a 1940, a saúde pública teve preeminência, destacando-se as campanhas sanitárias coordenadas pelos serviços estaduais de saúde e pelo Departamento Nacional de Saúde. Até meados dos anos 60, esse sub-setor teve uma política centralizada na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, tendo uma ação 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. Este sub-setor só iria sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (Bravo 2000:03). 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 A FASE PRIVATISTA**

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

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

Nos anos 50, já se podia ver a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada na direção da formação de empresas médicas, mas até 1964 predominou 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 teremos 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 da gestão da previdência, propiciando a unificação da Previdência Social. Restou aos trabalhadores o papel de financiadores. A nova política econômica privilegiava o setor privado<sup>21</sup>, de modo que a intervenção do Estado na saúde precisava

---

<sup>21</sup> Foi implantado durante o governo militar o *modelo de privilegiamento do produtor privado* que adquiriu as seguintes características: a) Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana; b) Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; c) Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de

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 autônomo (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 sanitário<sup>22</sup>.

---

acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; d) Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde; e) Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela (Oliveira e Teixeira; 1986:207).

<sup>22</sup> “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).



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 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 A FASE UNIVERSALISTA**

A década de oitenta é marcada por mudanças tanto no nível político, com o fim do regime ditatorial instalado em 1964, quanto com a crise econômica que se instala 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<sup>23</sup> 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, sendo 1.000 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

---

<sup>23</sup> Para Arretche, foi “no campo dos *programas de saúde pública* que ocorreram os mais bem-sucedidos avanços em direção a uma reforma de tipo descentralizada” (Arretche, 1996:16).

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 considerados 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 –

NOBs<sup>24</sup>, 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 80 ficou marcada pela politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança no arcabouço e nas práticas institucionais (Cf. 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 80, começaram a surgir dúvidas quanto à implantação do projeto de Reforma Sanitária 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.

---

<sup>24</sup> 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).

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 1988<sup>25</sup>, e o projeto de saúde vinculada ao mercado privatista<sup>26</sup> 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

---

<sup>25</sup> 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).

<sup>26</sup> 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).

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 à 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 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 – NOBs<sup>27</sup>, que foram editadas pelo Executivo através do Ministério da Saúde: a primeira em 1991, a segunda em 1993 e a terceira em 1996.

---

<sup>27</sup> 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).

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

### **3.4 A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE**

No Brasil, o processo de democratização que sucedeu ao regime militar permitiu a emergência de novos atores e com eles novas questões são postas em pauta na esfera das relações Estado/Sociedade. A institucionalização da participação assumiu perfil apropriado à diversidade de atores procurando dar conta das relações que envolviam o conjunto dos segmentos sociais e o Estado. A sociedade passa a ser a categoria central em substituição à comunidade<sup>28</sup> ou povo, ou seja, “um conjunto de indivíduos e grupos cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa, com igual

---

<sup>28</sup> A categoria *comunidade*, definida como agrupamento social e culturalmente homogêneo, portanto com identidade própria e predisposição ao trabalho solidário e voluntário. A categoria *povo*, parcela excluída ou subalternizada no acesso a bens e serviços...essa categoria, no período áureo da participação comunitária, era a comunidade, designada difusamente por um agrupamento de pessoas coabitantes de um mesmo ambiente, independentemente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem (Sousa, 2003:73-75).

legitimidade, espaço e atendimento pelo aparelho estatal. É em síntese, a idéia de participação como cidadania” (Sousa, 2003:76).

Com a Constituição Federal de 1988, a participação social se institucionalizou através do artigo 196, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” e do artigo 198, desta mesma Constituição, que trata da instituição do Sistema Único de Saúde regionalizado, hierarquizado e que tem como principais diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação.

O processo de descentralização e municipalização, proposto pelo movimento de Reforma Sanitária, consiste em colocar o governo mais próximo do cidadão com vistas a tornar a administração pública mais eficiente e mais democrática. Pressupunha um modelo de democracia baseado na “formulação de uma utopia igualitária, a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática” (Fleury, 1977:33). Essa medida vai além de uma reforma administrativa ou descentralização político-administrativa do setor saúde, pois ela está intimamente relacionada com a reforma do modelo assistencial que compreende uma nova concepção de saúde relacionada com diversos tipos de matrizes: cultural, político-operacional, administrativa etc.

O que se pretendia com a Reforma Sanitária não era só a democratização do acesso aos bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder. De modo que podemos destacar a institucionalização das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, por apresentar um caráter democratizante, na medida em que pode ser criado um espaço para a recepção e processamento de



demandas do setor saúde, propiciando a substituição das práticas clientelistas por critérios técnicos (Cf. Carvalho, 1997: 99).

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, fato importantíssimo para a consolidação do SUS. Esta participação dá-se de maneira mais efetiva através da 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 – CNS datam da década de 40<sup>29</sup>, no entanto atualmente adquirem significado diferente diante do papel que exercem na definição das diretrizes da política de saúde e participação dos diferentes segmentos constituintes da área, especialmente os segmentos dos trabalhadores e usuários do sistema.

A VIII CNS realizada em Brasília em 1986, rompe com prática adotada nas conferências anteriores ao permitir a participação popular através dos sindicatos, associações, entidades de representação de moradores e partidos políticos<sup>30</sup>.

Já a IX CNS proporcionou discussões na direção da descentralização, da municipalização e da participação social e suas deliberações foram em grande parte incorporadas ao arranjo institucional através da Norma Operacional Básica – NOB 93, consolidando-se na NOB 96, que trata das soluções adotadas sobre gestão municipal e a criação de Comissões Intergestoras Bipartite (estadual) e Tripartite (federal).

---

<sup>29</sup> “Observando-se os registros pertinentes às sete primeiras CNS, ocorridas de 1941 a 1979, verifica-se apenas a participação de autoridades públicas de saúde, especialmente representando os governos instituídos” (Sousa, 2003:70).

<sup>30</sup> Ver a esse respeito Brasil, CNS –VIII, 1987:19.

Na realização da X CNS os mecanismos de participação já se encontram consolidados, propiciando, especialmente, a população de baixa renda, a busca da garantia e preservação do acesso ao atendimento.

As conferências de saúde adquirem importância na medida em que possibilitam o exercício participativo da democracia, como se pode perceber através da prestação de serviços mantidos com recursos públicos que envolvem a participação dos segmentos para os quais foram destinados, aqueles que estão envolvidos no processo e os responsáveis pelos meios de sua prestação. Desta forma, as conferências se constituem em importante recurso democrático assentando a intermediação de interesses distintos, nos conflitos inconciliáveis, no estabelecimento de pactos e conflitos, na prevalência do interesse público, de modo que:

“a potencialidade das conferências consiste na incitação às pessoas a serem protagonistas da vida pública, não apenas a cada processo eleitoral, mas de maneira permanente, através de suas entidades representativas, o que não poderia ser diferente, uma vez que inserida no âmago do regime democrático que lhes confere identidade. Pensar pois as conferências, nessa direção, é tomá-las como canais emancipatórios, de respeito à diversidade e de abertura de espaço ao diferente, o qual passa a ser encarado não numa perspectiva limitante, mas, ao contrário, numa dimensão de favorecimento da autonomia e da liberdade (Sousa, 2003:81).

As Conferências de Saúde nos últimos anos têm possibilitado mudanças permitindo que “nessa trajetória, a relação Estado/sociedade sofra alterações. O Estado é, num momento inicial, visto pelos usuários do serviço, através de movimentos organizados, como ‘*inimigo*’ a confrontar e combater. O Estado, por sua vez, percebe o usuário do serviço como paciente e não como sujeito de sua atenção” (Sousa, 2003:71).

Como se pode perceber, no enfrentamento da problemática da saúde, tanto o Estado quanto a Sociedade são responsáveis. Neste sentido, as Conferências de Saúde consistem em um espaço de participação no qual, através de critérios de paridade,

representatividade e legitimidade, o debate acerca da situação da saúde se constitui num processo democrático de deliberação, através do qual o exercício do controle social pode redundar na melhoria do atendimento à população.

Os Conselhos de Saúde, por seu turno, são espaços de debates mais práticos na medida em que as decisões devem ser implementadas nas localidades a que eles se reportam, assim gerando constante tensão em função de disputas de interesses específicos. 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). Assim, a concepção de conselho está pautada numa nova compreensão do caráter e papel do Estado, que está vinculado à participação social que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania (Cf. Carvalho, 1995). Os Conselhos contribuem para a democracia tanto na sua relação com o Estado, quanto com a sociedade. Com o Estado quando impõe maior responsabilidade pública aos governos; com a sociedade, possibilita a emergência de novos sujeitos políticos e identidade coletiva (Sousa, 2003:80).

Portanto, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são espaços que podem auxiliar os defensores e destinatários da política pública na defesa de seus

direitos. Assim, essas instâncias podem e devem ser parceiras na luta pelo controle social<sup>31</sup> (Bravo, 2003:49). Vê-se, portanto, que na prática, a idéia de participação materializou-se pela instituição de Conselhos e Conferências, instâncias colegiadas formadas pela representação de diversos segmentos sociais na luta pela implementação de políticas mais adequadas às necessidades do conjunto social, especialmente das camadas menos favorecidas. Nesse sentido, a participação da sociedade civil organizada é concebida como gestão por intermédio do planejamento e da fiscalização, de forma que as entidades da sociedade civil interferem politicamente nos setores responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Desta forma, os conselhos de saúde procuram estabelecer novas bases de relação Estado – Sociedade se constituindo em uma verdadeira inovação institucional.

A gestão democrática e o controle social na área de saúde passam necessariamente pelo bom funcionamento dos conselhos de saúde, permitindo dessa maneira, democratizar a relação Estado/Sociedade, com a inclusão de novos sujeitos políticos na gestão da esfera pública. A categoria “controle social” historicamente tem sido entendida como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas, muitas vezes no sentido coercitivo. Na Constituição brasileira, entretanto, o sentido de controle social está relacionado à participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Na perspectiva de Carvalho (1999), o conceito de controle social pode ser identificado em quatro momentos diferenciados: quando o Estado controla a sociedade; quando a sociedade combate o Estado; quando a sociedade apenas completa o Estado ou quando a sociedade participa das decisões do Estado.

Pereira & Grau (1999) ao analisarem o Projeto de Reforma Sanitária proposto pelo Estado, destacam a diferença entre o conceito de controle social inscrito na

---

<sup>31</sup> O conceito de controle social é visto aqui como uma relação Estado-Sociedade. Nesta relação cabe a sociedade estabelecer práticas de vigilância e controle sobre o Estado e não o contrário.

constituição e o conceito utilizado no Projeto e chegam à conclusão de que não há poder decisório da sociedade civil, pois, na realidade, os conselhos são consultivos e não são paritários. Essa concepção diz respeito a uma concepção de controle social que está relacionada ao aprofundamento do debate referente à democracia, especialmente no debate sobre a reforma sanitária no período das discussões sobre a redemocratização da sociedade brasileira.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 LEVANTAMENTO DOCUMENTAL**

A pesquisa sobre os Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba foi iniciada pela coleta de material empírico a partir de fontes secundárias, isto é, do levantamento de dados sobre demografia, perfil sócio-econômico e situação da saúde nos municípios da amostra. Para tal foram consultados dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, Ministério da Saúde (DATASUS), Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, dentre outras.

O objetivo desse procedimento foi traçar um panorama do universo da pesquisa, comparando-se a situação do Estado e dos municípios da amostra a partir de indicadores demográficos gerais e, principalmente, de indicadores sobre o estado da saúde da população.

Também foram coletados e analisados documentos referentes à legislação sobre o controle social das políticas públicas de saúde no Brasil.

### **4.2 A PESQUISA DE CAMPO**

A principal técnica utilizada na condução deste estudo foi a pesquisa de campo com observação participante e entrevistas abertas estruturadas, base da metodologia da Antropologia Social, cuja eficácia investigativa e fidedignidade epistemológica têm sido atestadas por inúmeros autores (Cf., por exemplo, DaMatta, 1981; Cardoso, 1986; Guimarães, 1980). O fundamento desta técnica é que a análise qualitativa de situações sociais complexas requer a observação direta de um dado contexto social pelo pesquisador, efetuada intensivamente durante certo período de tempo, no qual o

pesquisador interage face a face com os atores sociais, observando suas ações e os inquirindo sobre elas. Seguindo este procedimento, o pesquisador terá condições de melhor identificar as teias de relações que, submersas à primeira vista, informam a lógica mais profunda da situação social observada e as possíveis causas de problemas identificados.

Concretamente, selecionamos três municípios paraibanos onde acompanhamos o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, participando de suas reuniões e entrevistando os seus membros e a população local, de maneira a definir o perfil sociológico dos conselheiros, os níveis de conhecimento e avaliação dos conselhos por parte da população local e dos conselheiros, e a mapear a rede de relações entre a sociedade civil, os poderes públicos e os conselhos. Complementarmente recorreremos a dados históricos e estatísticos disponíveis nos órgãos e agências governamentais e não governamentais dedicadas à gestão e acompanhamento das políticas públicas de saúde de maneira a delinear um panorama geral do setor na Paraíba.

A pesquisa de campo nos municípios da amostra foi realizada entre agosto de 2003 e julho de 2005, iniciando-se pela consulta a documentos, tais como Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), Sistema de Informação Municipal (SIAB), Relatórios de Gestão das Secretarias Municipais de Saúde, leis ou decretos que dispõem sobre a criação e estrutura dos conselhos, leis que criam os Fundos Municipais de Saúde, regimentos internos, resoluções e livro de atas dos Conselhos Municipais de Saúde.

Em média, foram acompanhadas seis reuniões do Conselho, em cada município, de maneira a se perceber, na prática do seu funcionamento, a dinâmica das discussões, a correlação de forças, a tomada de decisões, a fiscalização quanto à implementação das deliberações etc. Além dessa “observação participante”, foram entrevistados pelo menos

dois conselheiros de cada segmento com o objetivo de perceber, através da análise dos discursos, como eles concebem e refletem sua atuação e o desempenho do CMS no município.

Não houve grandes constrangimentos ao trabalho dos pesquisadores, entretanto foram observadas estratégias de controle de informações por parte de alguns gestores, como em Catolé do Rocha, onde a secretária executiva do CMS realizou uma reunião prévia com os conselheiros prestadores de serviços tendo como objetivo “prepará-los” quanto a possíveis questionamentos do pesquisador<sup>32</sup>.

A observação teve por finalidade identificar a prática social dos Conselhos Municipais de Saúde a partir dos seguintes critérios: Condições físicas-estruturais para a realização das reuniões; definição de temas de pauta; condução das discussões; conteúdo das atas de reuniões; deliberações e propostas encaminhadas pelo conselho; segmentos que mais intervêm e qualidade das intervenções; processos de tomada de decisões; responsabilidade pelo encaminhamento das deliberações etc. Um diário de campo foi utilizado para o registro dos fatos.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram consideradas as trajetórias dos Conselhos Municipais de Saúde durante as gestões dos anos de 2001 a 2004, enfocando-se a sua dinâmica interna de funcionamento, o seu relacionamento com o poder público, administrador do setor saúde no município, a sua capacidade de influir na agenda pública de saúde<sup>33</sup> e no controle de sua execução.

#### **4.3 A TABULAÇÃO DOS DADOS**

A tabulação dos dados envolveu a reconstrução qualitativa e quantitativa da

---

<sup>32</sup> Informação colhida a partir de depoimentos de alguns conselheiros envolvidos.

<sup>33</sup> Agenda pública está sendo entendida como a “capacidade de definir temas substantivos a serem apreciados e de configurar a resultante final de políticas de governo” (COSTA, 1996: 13).



situação social observada, com base na delimitação de indicadores gerais sobre a inserção dos conselheiros na configuração sócio-político-organizacional da sociedade local, conteúdo das atas de reuniões, deliberações e propostas encaminhadas pelo conselho, o nível de participação política dos conselheiros, a relação do gestor com o conselho, a relação do conselheiro com a entidade que representa, a forma de indicação do conselheiro, a influência da participação no conselho em outras dimensões da vida do conselheiro, a noção de controle social dos conselheiros, delineamento do perfil sociológico dos conselheiros, e o delineamento do perfil institucional do conselho baseado em sua feição formal e na prática do seu funcionamento, com o objetivo de estabelecer correlações entre eles e definir “índices de desempenho institucional que possam explicar as causas do bom ou mau funcionamento do conselho” (Caniello, 2002: 7).

Durante o levantamento de dados *in loco*, privilegiamos como fontes de informação as atas de reuniões, entrevistas abertas e semi-estruturadas, história de vida dos conselheiros etc. A proposta deste trabalho, além de trabalhar com as particularidades de cada uma das experiências, concentra-se na busca de afinidades, das semelhanças, buscando construir as generalizações possíveis. As referências aos casos específicos serão feitas à medida que estes se mostrem exemplares à compreensão do tema em questão.

É importante salientar que embora tenhamos realizado a pesquisa seguindo roteiros elaborados antecipadamente, a opção por uma metodologia qualitativa, baseada nos princípios da observação participante com liberdade do pesquisador em sua inserção no campo de pesquisa, produziu bons frutos, mas também redundou em alguns dilemas metodológicos que vieram a atrasar sobremaneira a elaboração final deste trabalho.

De fato, embora a pesquisa de campo tenha produzido uma gama expressiva e relevante de informações, a quantidade e diversidade das situações sociais observadas, resultou numa grande variabilidade dos dados.

Desta maneira, o trabalho de tabulação envolveu não apenas um grande esforço de uniformização dos dados pela construção de indicadores, bem como um intenso debate entre os pesquisadores, de maneira a ajustar a riqueza interpretativa advinda de vários "olhares" diferentes.

Assim, consideramos que o trabalho de ajuste de dados e interpretações foi extremamente proveitoso, pois deu origem, por um lado, a um quadro teórico-metodológico bastante útil tanto para a nossa análise quanto para pesquisas futuras, e, por outro lado, a uma boa abordagem comparativa da realidade dos três conselhos analisados.

#### **4.4 INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL**

A tabulação dos dados envolveu a reconstituição qualitativa da situação social observada – as “etnografias” dos casos –, a definição dos “discursos” dos atores envolvidos a partir dos depoimentos colhidos, o delineamento do perfil sociológico dos conselheiros de acordo com indicadores clássicos como sexo, idade, escolaridade, renda etc. e indicadores específicos agregados nos roteiros de entrevistas, e o delineamento do perfil institucional dos conselhos baseado em sua feição formal e na prática do seu funcionamento.

A análise dos dados foi efetuada comparativamente e o procedimento básico da tabulação foi a delimitação de indicadores gerais sobre o perfil institucional dos conselhos, sobre o perfil sociológico dos conselheiros e sobre a inserção de conselhos e conselheiros na configuração sócio-político-organizacional da sociedade local, com o

objetivo de estabelecer correlações entre eles e definir "índices de desempenho institucional" (Cf. Putnam, 1996: 24-27) que possam explicar as causas do bom ou mau funcionamento dos conselhos.

Portanto, a partir dos dados tabulados, especialmente os estudos de caso, buscamos elaborar um quadro geral perceptível na avaliação dos conselhos de saúde. Por meio de um exame cuidadoso de uma vasta bibliografia, buscamos identificar os temas/problemas recorrentes no funcionamento destes conselhos, e as variáveis mais privilegiadas na avaliação geral dos conselhos.

Dáí construímos uma grade de indicadores com os temas que se mostram relevantes no conjunto dos estudos, tencionando, com esse procedimento, colaborar para a definição de um quadro teórico-metodológico adequado para a avaliação do "desempenho institucional" dos Conselhos Municipais de Saúde, isto é, sobre a avaliação de sua capacidade de constituir-se como "mecanismo para alcançar *propósitos* e não apenas para alcançar *acordo*", num "modelo bem simples de governança: demandas sociais → interação política → governo → opção de política → implementação" (Putnam, 1996: 24). Apresentamos, a seguir, esse quadro:

#### **4.4.1 *Ambiente Político-Institucional***

O ambiente político-institucional no qual está inserido o Conselho Municipal de Saúde tem forte influência sobre o seu "desempenho institucional". Dois fatores são fundamentais nessa configuração: a forma como é exercido o poder local e o nível "cultura cívica" da população, que é aferido, principalmente, pela densidade associativa e pela disposição e organização da ação coletiva.

No Brasil, observa-se que a falta de mobilização da sociedade/comunidade articulada à existência de padrões tradicionais de dominação política (relações de

patronagem, existência de oligarquias políticas, mandonismo, nepotismo etc.) se reflete no desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas, inibindo a prática democrática, possibilitando a reprodução de estratégias políticas clientelistas e, conseqüentemente, influenciando de forma deletéria em sua eficiência e eficácia.

Sendo assim, para analisarmos o "desempenho institucional" dos conselhos *vis-à-vis* ao "controle social" é necessário, antes de qualquer coisa, analisar as estruturas em que eles estão implantados, observando os seguintes itens:

- *O Poder Local*

- ◆ Descrição da configuração política vigente.
- ◆ Análise das relações políticas locais.

- *A "Cultura Cívica"*

- Com referência ao conceito trabalhado por Putnam, fazer uma "radiografia" da sociedade civil local.
  - ◆ Listar entidades e organizações presentes no município.

#### **4.4.2 A Gestão Pública da Saúde no Município**

Dados sobre a forma como a saúde pública é gerida no município agregam informações importantes ao conhecimento do ambiente político-institucional no qual está inserido o CMS, "afunilando" o olhar do analista para o objeto da pesquisa, sem perder de vista o panorama geral traçado no item anterior. Neste sentido, definimos duas perspectivas como elementos de análise:

- *Panorama Geral*

- ◆ Análise dos relatórios de gestão verificando sua existência para caracterizar transparência e publicização das ações do gestor público.

- Análise de outros documentos avaliativos.

#### **4.4.3 O Fundo Municipal de Saúde**

- Data de implantação
- Fontes de financiamento
- Análise

#### **4.4.4 O Conselho Municipal de Saúde**

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

Por exemplo, quando não existe infra-estrutura ou recursos próprios, o funcionamento do conselho passa a depender do gestor, que pode utilizar estratégias ou armadilhas para impor uma conduta autoritária e desrespeitar as resoluções do conselho ou usar para cooptação de conselheiros, devido a ausência de autonomia dos conselheiros.

Este indicador é constituído por uma série de sub-componentes que detalham e especificam os virtuais vetores de determinação de seu desempenho e que podem fornecer ao analista um instrumento mais preciso de avaliação. São eles:

- **Origem**

- ◆ Verificar se o conselho foi criado por lei ou por decreto, ou seja, se foi instituído de baixo para cima, ou vice e versa.
- ◆ Verificar se sua criação foi resultante da mobilização dos movimentos sociais, acarretando um fortalecimento da sociedade civil a partir da criação de uma nova institucionalidade.
- ◆ Verificar se o conselho é fruto da descentralização da política de saúde que impõe a obrigatoriedade da criação dos conselhos para se ter acesso a recursos.

- **Natureza**

- ◆ Verificar se o CMS é *deliberativo*, isto é, verificar se, através da gestão compartilhada, o conselho tem o poder de deliberar e se o executivo acata e implementa suas decisões
- ◆ Verificar se o CMS desempenha *ações de planejamento*, isto é, se as discussões e decisões têm um caráter propositivo a curto, médio e longo prazos, não se limitando a apenas encaminhar demandas do poder público
- ◆ Verificar se o CMS se limita a ser *consultivo*, isto é, se ele atua de maneira a apenas "auxiliar" o executivo a implementar políticas definidas de fora para dentro, por exemplo, o acesso a financiamentos públicos de toda ordem.

- **Infra-Estrutura**

- ◆ A autonomia do CMS depende de uma infra-estrutura básica desvinculada do órgão gestor para que não haja dependência. Assim,

verificar a existência de local próprio para o seu funcionamento e a existência de uma secretaria executiva que atue no sentido de encaminhar as decisões tomadas pelos conselheiros e tenha clareza da estrutura de funcionamento do conselho.

- ***Orçamento Próprio***

- ◆ Verificar a existência de orçamento próprio e sua aplicação, pois a autonomia do CMS depende de uma fonte orçamentária própria, independente da “vontade política” do gestor público. A existência de orçamento próprio se torna necessário para a manutenção do conselho, para capacitação de conselheiros, através de cursos, congressos, divulgação das ações etc., troca de experiências para a formulação de propostas conjuntas e análises das interfaces nas ações.

- ***Regimento Interno***

- ◆ Analisar o regimento interno, pois para o bom desempenho institucional do CMS, há a necessidade de existência de um regimento interno que contemple os deveres e obrigações dos conselheiros e do gestor para com o conselho.

- ***Composição***

- ◆ Descrição dos critérios estabelecidos em lei para a composição do CMS, listando as representações do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e dos usuários no curso histórico e na atualidade.

- ***Perfil Institucional***

- ◆ Verificar se a composição do CMS tem *pluralidade*, pois através da diversidade de organizações representativas de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados e governo surgem espaços mais abertos de interação, possibilitando instâncias críticas em relação às deliberações.
- ◆ 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 em luta pela hegemonia, a qual pode ocasionar confronto de posições dos representantes da sociedade civil e do governo, redundando num pré-requisito para que a prática democrática prevaleça, favorecendo o bom "desempenho institucional" dos conselhos.

#### **4.4.5 Os Conselheiros Municipais de Saúde**

Conhecidas as estruturas que ambientam os Conselhos Municipais de Saúde externa e internamente, é necessário construir uma imagem dos *atores* que os compõem, os conselheiros, pois eles são, evidentemente, os protagonistas do "controle social".

Neste sentido, são descritos e avaliados os seguintes tópicos:

- ***Perfil Sociológico***

- ◆ Construção do perfil sociológico dos conselheiros, considerando elementos como idade, sexo, grau de instrução, profissão, filiação partidária, entidade que representa, entre outras informações.

- ***Qualificação***



- ◆ Verificar nível de *qualificação técnica*, a qual proporciona ao conselheiro o conhecimento do “estado de saúde” da população.
- ◆ Verificar 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 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.

- **Capacitação**

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

- **Atuação**

- ◆ Verificar o nível de *representatividade*, avaliando se o conselheiro atua em conjunto com entidade que faz parte, ou seja, se sua prática é fruto do vínculo que o conselheiro mantém com a comunidade que delega a transferência de responsabilidade.
- ◆ Verificar o nível de *credibilidade* verificando se as propostas discutidas com a comunidade e referendadas pela entidade são levadas e defendidas junto ao conselho. Quando isso não ocorre poderá haver um

distanciamento entre a proposta levada ao conselho e os interesses da comunidade, proporcionando fraca representatividade.

- ♦ Verificar o nível de *legitimidade* avaliando se há um maior vínculo do conselheiro com a sua base que delega poderes para que ele possa representá-la, fato que proporciona maior legitimidade do conselho. Por outro lado, pode ocorrer por parte do conselheiro a “apropriação” do mandato através da individualização, ao atuar em benefício próprio e não em defesa da comunidade, ou da “profissionalização”, quando este participa de vários conselhos ao mesmo tempo, criando dificuldades operacionais não conseguindo ocupar os espaços a ser preenchidos. A “personalização” do mandato também é um fator de quebra de legitimidade.

#### **4.4.6 O Funcionamento do Conselho**

Conhecidos e analisados a estrutura do poder local e a cultura cívica dos cidadãos, o contexto da gestão pública da saúde, os detalhes da “arena institucional” que é o CMS e o perfil dos atores que protagonizam as cenas ali desenvolvidas, torna-se necessário analisar o funcionamento efetivo dos conselhos, utilizando-se, fundamentalmente, de métodos de observação participante. Através desse procedimento, tenciona-se “reconstituir a realidade” da ação desenvolvida na interação entre a sociedade civil e o poder público com o objetivo de produzir um panorama vivo do controle social exercido no âmbito dos conselhos. Para tanto, devem ser considerados os seguintes elementos:

- *Planejamento das atividades*

- ◆ Verificar a existência e analisar a efetividade de planos de metas de curto, médio e longo prazo, bem como da agenda de atividades permanentes, pois o planejamento das ações é um fator organizativo que favorece a participação e desempenho dos conselheiros.

- ***Regularidade das reuniões***

- ◆ Verificar se o CMS mantém a regularidade de reuniões ordinárias através da análise do livro de atas.
- ◆ Estabelecer a relação entre o número de reuniões ordinárias e o número das extraordinárias.
- ◆ Para verificar a regularidade das reuniões do CMS, preencher tabelas “Reuniões realizadas (2001-2003)”, com base nas atas.

- ***Dinâmica das reuniões***

- ◆ Analisar a ***sistemática de convocação***: o conselho deverá convocar seus membros com antecedência prevista no regimento interno para realização de reuniões ordinárias e extraordinárias. Para isso se torna necessário que seja elaborado um cronograma de reuniões e distribuído antecipadamente, a todos os conselheiros para que não haja ausência.
- ◆ Observar e reconstituir o ***desenvolvimento dos debates***, verificando se o encaminhamento das discussões é democrático, se há assiduidade dos conselheiros, como se opera a formação de blocos, o estabelecimento de negociações, articulações, consensos e conchavos, a correlação de forças, a interferência de grupos políticos partidários etc.

- ♦ Verificar como as *atas* são elaboradas e se há correspondência estrita com o teor das reuniões, se elas são distribuídas previamente para os conselheiros, se há contestações quanto ao seu conteúdo, se elas são disponibilizadas livremente para consulta etc.
- **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 seria apenas um instrumento de acesso do gestor local a financiamentos federais e estaduais.
    - ♦ Verificar se há a *implementação das decisões* do CMS por parte do executivo, ponto chave para analisar se o conselho tem, realmente, um bom desempenho institucional.
    - ♦ Verificar se há a *publicização das decisões*, fator decisivo para avaliar se o "controle social" é efetivo, pois ela possibilita a compreensão das relações que o conselho mantém com a sociedade. Quando há resistência ou pouco empenho em relação à divulgação das decisões e atos do conselho, à transparência e à socialização das informações, há grande possibilidade de que o conselho tenha um baixo desempenho institucional.

#### 4.4.7 Controle Social no CMS

Com todos os dados alocados na grade de indicadores, resta ao analista responder às questões geradoras da pesquisa: em que medida o "controle social" é operante nos Conselhos Municipais de Saúde analisados? Qual é o seu nível de

"desempenho institucional", isto é, essas "arenas democráticas" favorecem a boa gestão das políticas públicas de saúde, influenciando positivamente no "estado de saúde" da população?

Para tanto, devemos estruturar a conclusão deste trabalho a partir de dois parâmetros:

- Verificando se há *eficiência* na atuação dos conselhos, isto é, se eles são capazes de atuar democrática e decisivamente na formulação de estratégias para a implementação das políticas públicas de saúde, no monitoramento do uso dos recursos aplicados pelo gestor em sua execução, bem como se eles influem efetivamente na implementação das decisões tomadas em seu âmbito.
- 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.

## 5. O UNIVERSO DA PESQUISA

### 5.1 O ESTADO DA PARAÍBA

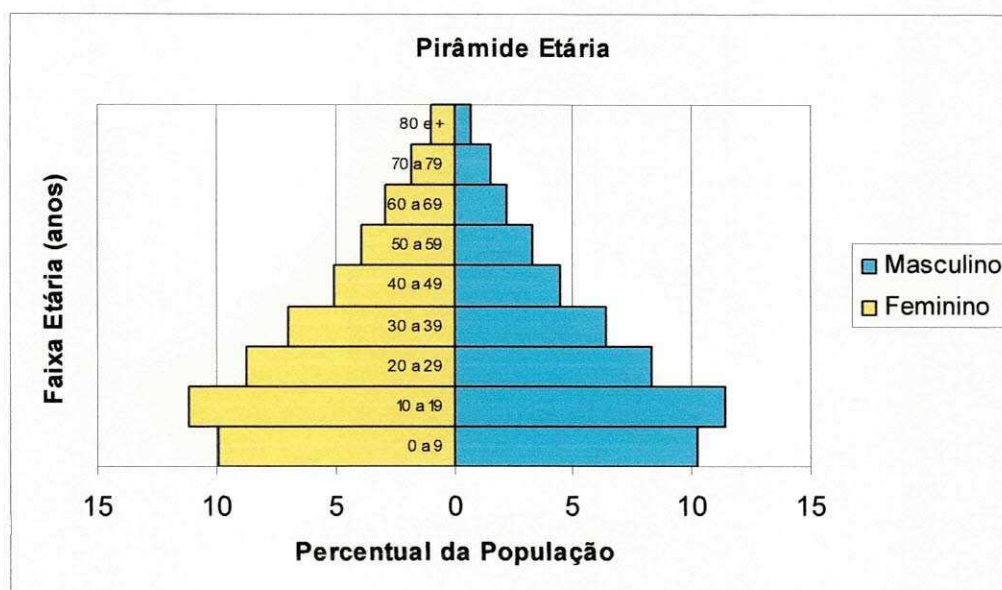
O estado da Paraíba está localizado na face oriental da região Nordeste entre os paralelos de 6 e 8 graus de latitude sul, e entre os meridianos de 34 e 28 graus de longitude oeste. Ao Norte, limita-se com o Rio Grande do Norte, ao Sul com Pernambuco, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com o Ceará. Ocupando uma área de 56.584,6 Km<sup>2</sup>, o território da Paraíba está dividido em quatro mesorregiões geográficas (Mata, Agreste, Borborema e Sertão), as quais comportam as diversas microrregiões em que estão agrupados os 223 municípios do estado.

#### 5.1.1 *Demografia*

Segundo o último censo do IBGE realizado em 2000, a população do estado da Paraíba é de 3.443.825 habitantes e a densidade demográfica de 60,86 hab./km<sup>2</sup>. 48,55% da população residente são de homens e 51,45% de mulheres; 71,06% da população vivem na zona urbana e 28,94% na zona rural. A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde estima que em 2003 a população do estado atingiu 3.518.607 habitantes (1.707.875 homens e 1.810.732 mulheres) sendo que 1.125.289 mulheres tinham a idade entre 10 e 49 anos, o que resulta numa proporção de 62,1% da população feminina em idade fértil (Brasil, 2004).

De acordo com o IDB 2001, a taxa de crescimento da população, considerando-se o intervalo entre 1991 e 2000 é de 0,82, a menor observada entre os estados do Brasil. Apurou-se também, considerando-se o ano de 1999, que a taxa de fecundidade total é de 2,2 filhos por mulher em idade fértil; a taxa bruta de natalidade é de 22,1 nascidos vivos por mil habitantes na população residente; a taxa bruta de mortalidade é

de 7,33 óbitos por mil habitantes na população residente, a maior observada entre os estados brasileiros; as taxas de mortalidade infantil foram de 42,01, 10,84 e 47,15 de óbitos por mil nascidos vivos, para crianças de 0 a 6 dias, 10 a 27 dias e 28 dias ou mais, respectivamente; a esperança de vida ao nascer é de 64,44 anos e aos 60 anos é de 16,68 anos.



De acordo com dados do IBGE, o estado da Paraíba tem uma proporção da população residente alfabetizada de 69% em 2000, contra uma proporção de 53,6% em 1991.

## BOX 1

### A PARAÍBA EM NÚMEROS: DEMOGRAFIA

População.....	3.443.825 habitantes
Densidade Demográfica .....	60,86 hab./km <sup>2</sup>
Taxa de Urbanização .....	71,06%
Razão de Sexos .....	94,36 homens/100 mulheres
Taxa de Crescimento da População.....	0,82%
Taxa de Fecundidade .....	2,2 filhos por mulher em idade fértil
Taxa Bruta de Natalidade .....	22,1 nascidos vivos/1000 habitantes
Taxa Bruta de Mortalidade .....	7,33 óbitos/1000 habitantes
Taxa de Mortalidade Infantil (0 a 6 dias) .....	42,01 óbitos/1000 nasc. vivos
Taxa de Mortalidade Infantil (7 a 27 dias) .....	10,84 óbitos/1000 nasc. vivos
Taxa de Mortalidade Infantil (28 dias ou mais) .....	47,15 óbitos/1000 nasc. vivos
Esperança de Vida ao Nascer .....	64,44 anos
Esperança de Vida aos 60 anos .....	16,68 anos

Fontes: Censo Demográfico Brasileiro 2000; Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2001

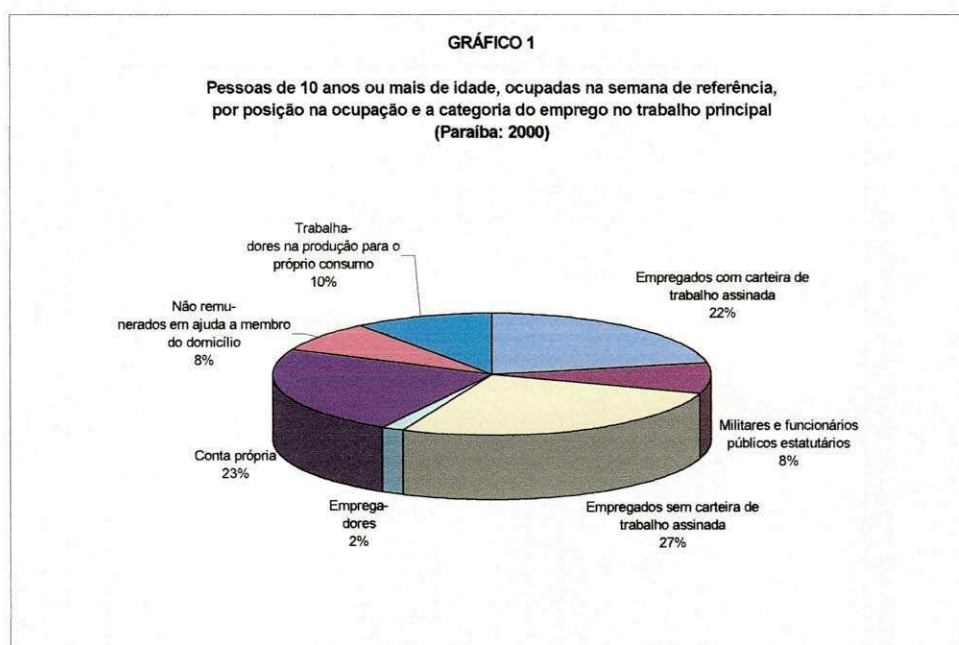
#### 5.1.2 Emprego e Renda

O Censo 2000 aponta que das 2.750.867 pessoas com mais de 10 anos de idade residentes na Paraíba, 1.400.627 são economicamente ativas, o que representa aproximadamente 51% desse total. Dos economicamente ativos, 1.200.993 estavam ocupados na semana de referência, o que significa que havia 199.634 pessoas desempregadas, o que representa uma taxa de desemprego de 7,25%.

Entre as pessoas ocupadas, 22% eram empregadas com carteira assinada, 27% eram empregadas sem carteira assinada, 23% trabalhavam por conta própria, 8% eram funcionários públicos ou militares, 10% eram trabalhadores na produção para o próprio

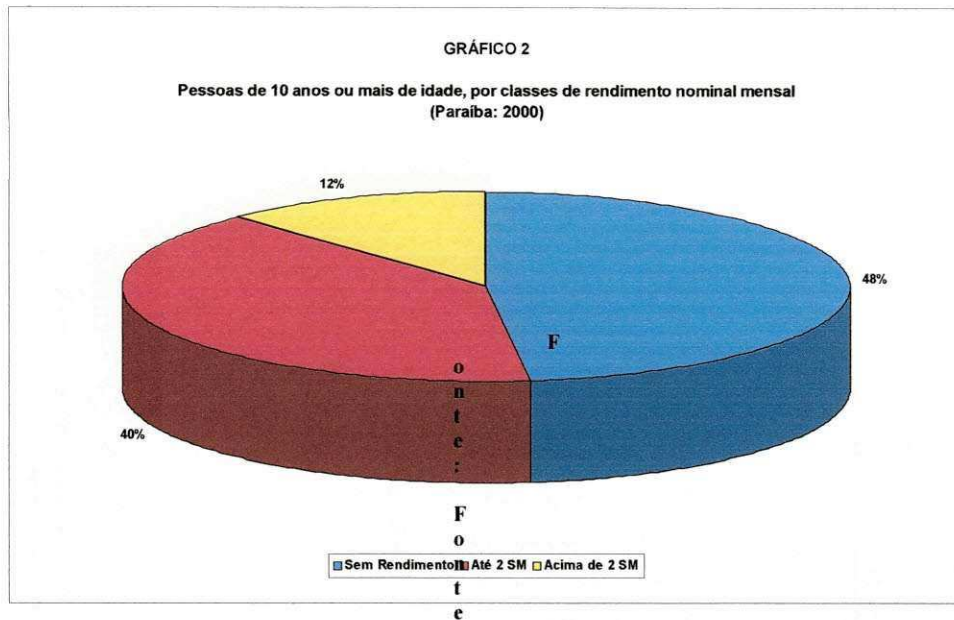


consumo, 8% não eram remunerados, pois ajudavam algum membro do domicílio, e 2% eram empregadores.

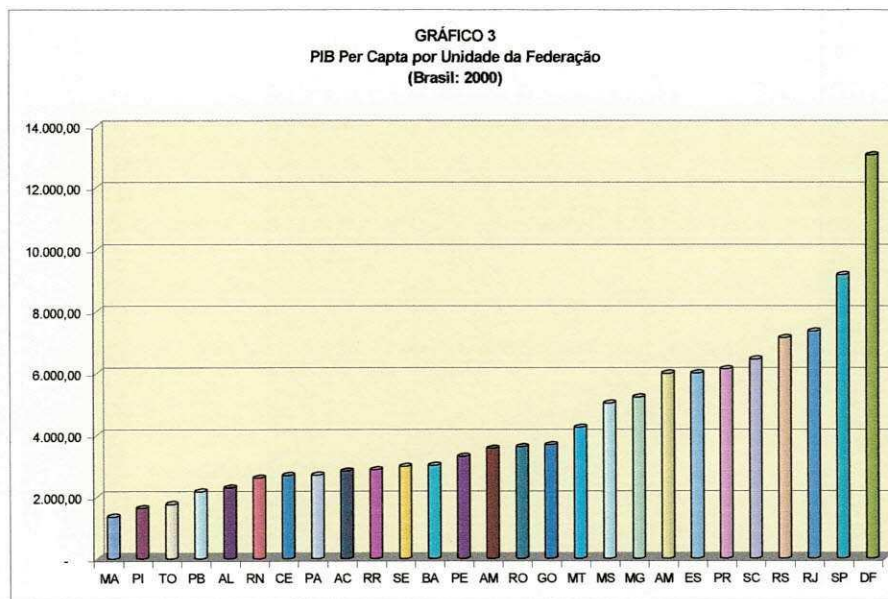


Fonte: Censo Demográfico Brasileiro 2000

A distribuição de renda é bastante desequilibrada na Paraíba, pois o Índice de Gini é de 0,586 (0,596 na zona urbana e 0,400 na zona rural). Nada mais, nada menos que 48% das pessoas de 10 anos ou mais não percebem qualquer rendimento, enquanto outros 40% têm uma renda mensal de até 2 salários mínimos e 12% acima disso. Para as pessoas que auferem renda, o rendimento médio mensal é de R\$ 361,49 e o rendimento mediano é de R\$ 151,00.



O PIB *per capita* apurado em 1998, é de R\$ 2.163,93, o quarto menor do Brasil. A razão de renda é de 33,06, a proporção de pobres é de 44,48 e a taxa de trabalho infantil é de 21,40.



## BOX 2

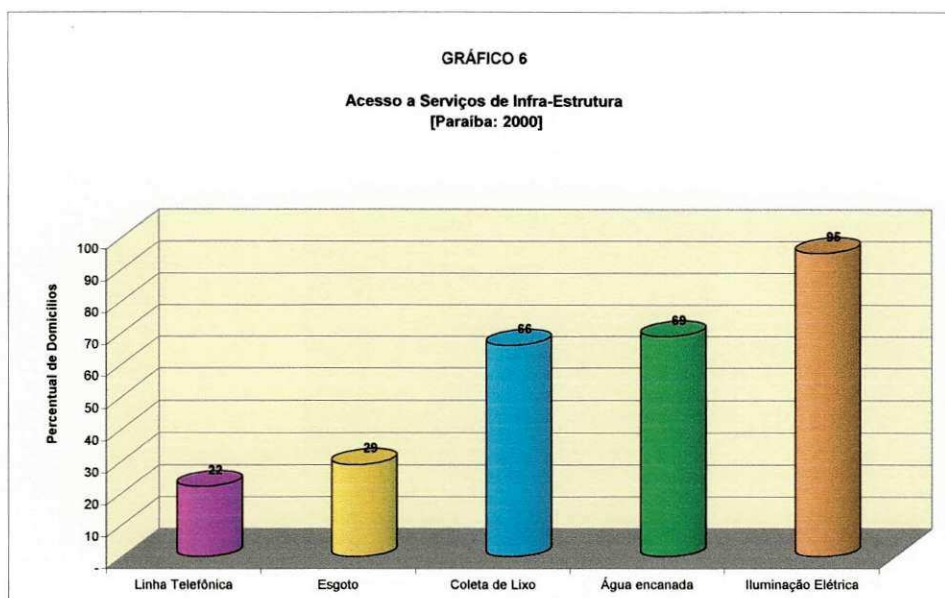
### A PARAÍBA EM NÚMEROS: EMPREGO E RENDA

População Economicamente Ativa .....	1.400.627
Pessoas Ocupadas na Semana de Referência .....	1.200.993
Taxa de Desemprego .....	7,25%
Taxa de Trabalho Infantil .....	21,40%
PIB Per Capita .....	R\$ 2.163,93
Índice de Gini .....	0,586
Rendimento Médio Mensal .....	R\$ 361,49
Rendimento Mediano Mensal .....	R\$ 151,00
Razão de Renda .....	33,06
Proporção de Pobres .....	44,48%

Fontes: Censo Demográfico Brasileiro 2000; Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2001

#### 5.1.3 Condições de Vida

Em relação às condições de vida da população, o censo de 2000 do IBGE apurou que 68,78% dos domicílios têm abastecimento de água através da rede geral, enquanto 10,54% têm poços ou nascentes e 20,68% utilizam-se de outras formas; 18,83% dos domicílios não têm banheiro ou sanitário e 81,27% possuem esse equipamento, mas apenas 28,9% do total dos domicílios são servidos pela rede de esgoto. 95% dos domicílios estão ligados à rede elétrica e 22% têm linha telefônica instalada. De acordo com dados da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), no ano de 2000, 63,6% dos moradores do estado tinham o lixo coletado, enquanto 13,2% queimavam ou enterravam o lixo na propriedade.

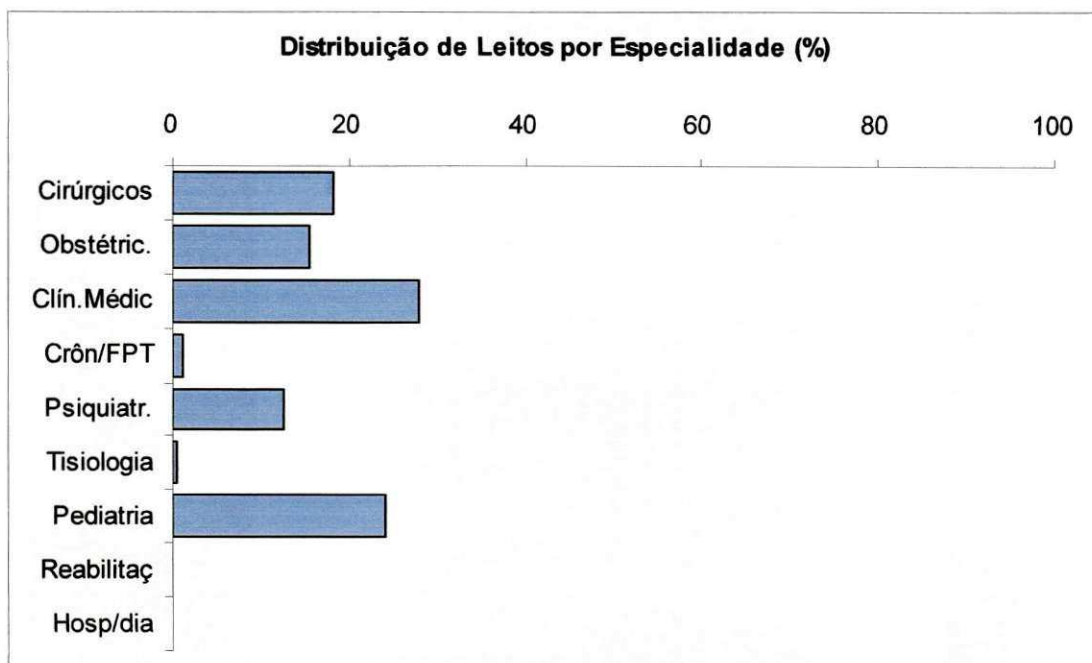


**Fonte:** *Censo Demográfico 2000*

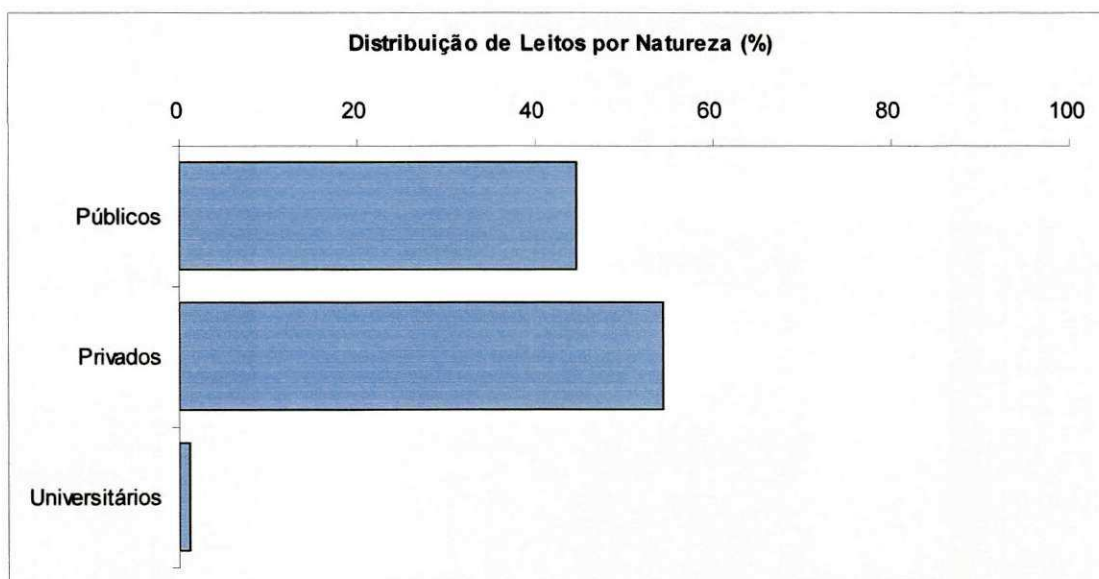
#### **5.1.4 Saúde**

Em dezembro de 2002 o estado da Paraíba tinha uma rede hospitalar composta por 2.056 unidades, sendo 43,3% Unidades de Saúde da Família, 14,6% postos de saúde, 8,7% centros de saúde, 7,1% consultórios e 5,9% ambulatório de unidade hospitalar geral, havendo uma grande predominância (76,6%) de unidades municipais (Cf. Brasil, 2004). De acordo com a mesma fonte, em dezembro de 2002 havia 7,2 consultórios médicos em unidades hospitalares por 10.000 habitantes, 4,4 equipes odontológicas por 10.000 habitantes e 3,2 leitos hospitalares por 1.000 habitantes.

Os gráficos abaixo demonstram a distribuição de leitos por especialidade e por natureza, nos quais se ressalta a predominância de leitos em hospitais privados em relação a leitos em hospitais públicos e universitários, o que é um dado preocupante quando consideramos que a proporção de pobres na população do estado é de 44,48% conforme expresso no *Box 2*.



Fonte: SIH

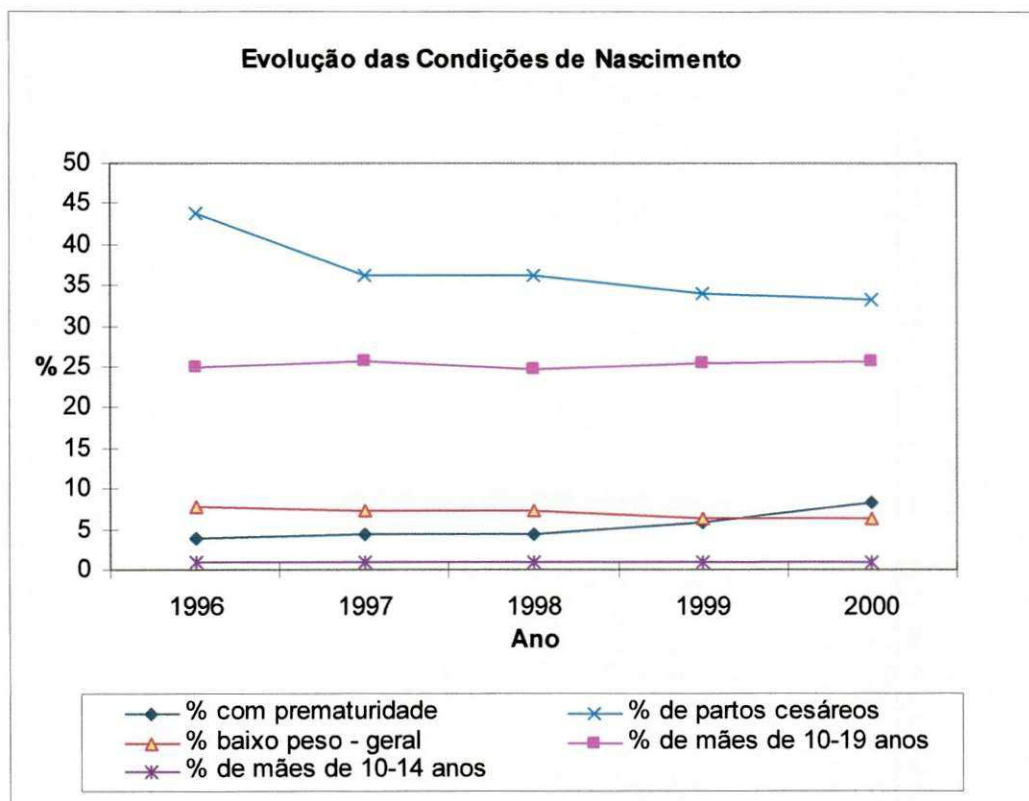


Fonte: SIH

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS apurou que em 2002 houve 264.942 internações hospitalares no estado da Paraíba, o que representou um gasto de R\$ 96.977.338,53. A média de permanência foi de 5,2 dias e a mortalidade hospitalar de 2,1%. Quanto às causas das enfermidades no mesmo ano, apurou-se que 15,8% do

total deveu-se a doenças infecciosas e parasitárias, enquanto 19,6% a doenças do aparelho respiratório e 21,5% à gravidez, parto e puerpério.

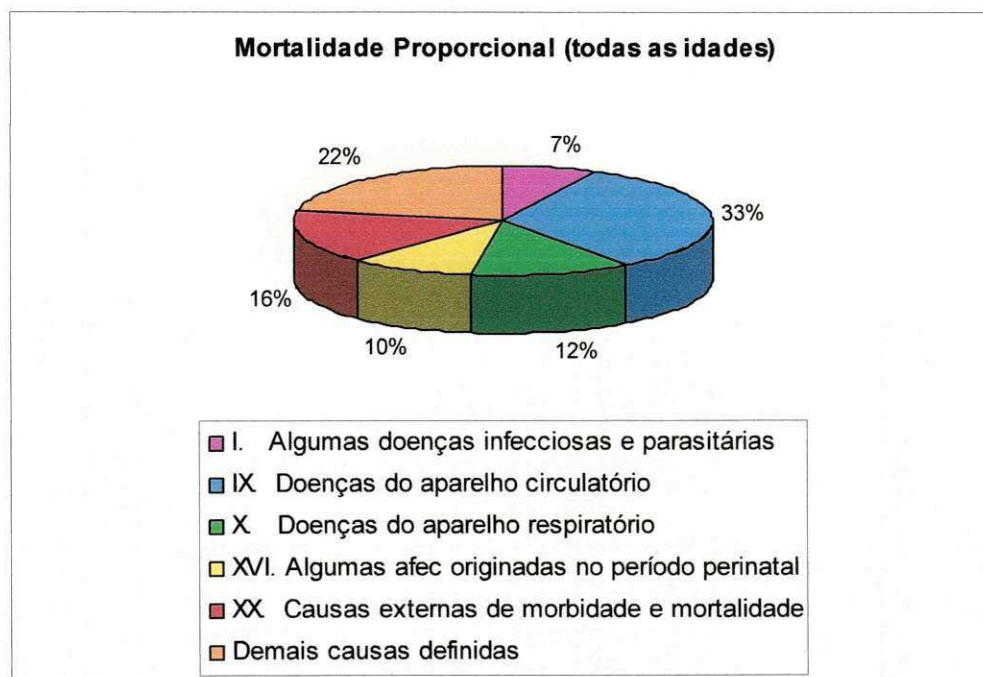
Em relação à evolução das condições de nascimento, alguns dados merecem atenção especial: entre 1996 e 2000, em torno de 25% das mães tinham entre 14 e 19 anos de idade e, no ano de 2000, dobrou o número de partos prematuros; por outro lado, a percentagem de recém-nascidos com baixo peso e a de partos cesáreos diminuiu no mesmo período (Cf. Brasil, 2004).



Fonte: SINASC

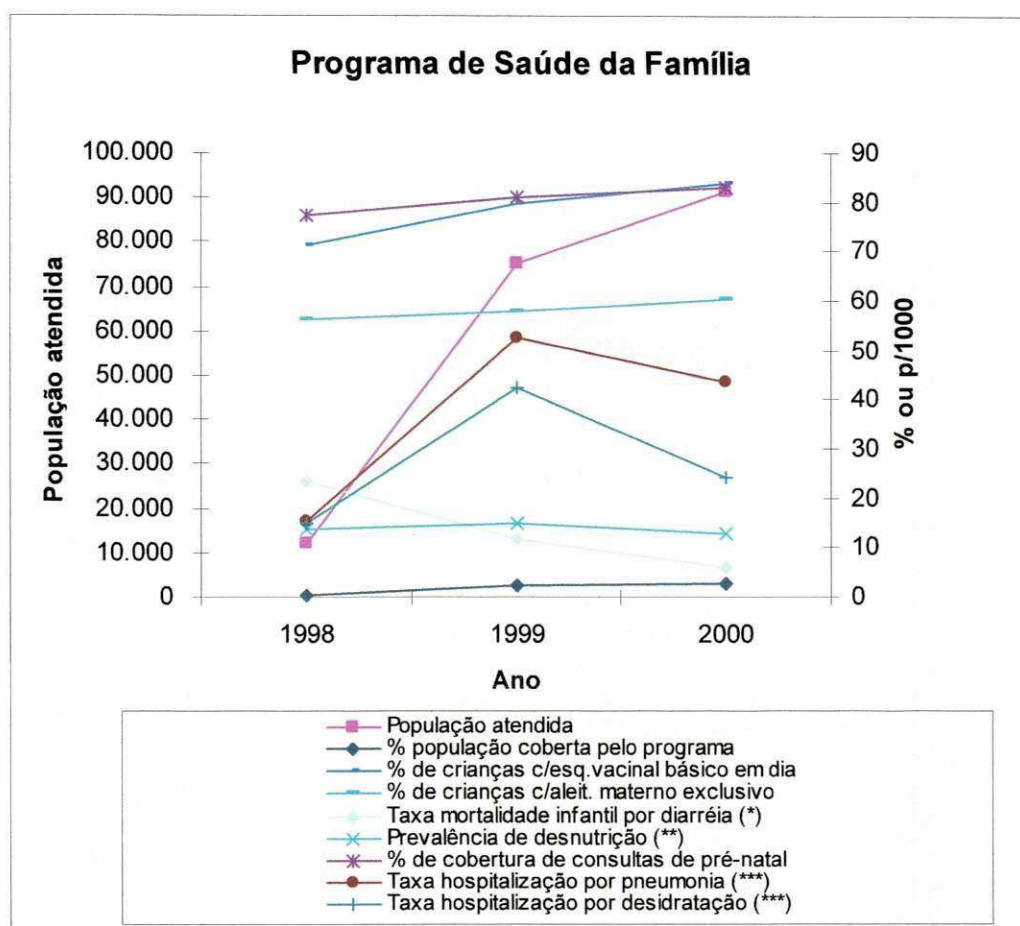
No que se refere ao coeficiente de mortalidade, a média de óbitos por 1.000 habitantes entre 1996 e 2000 manteve-se em torno de cinco, mas o dado estarrecedor é que metade dos óbitos tem causas mal definidas, o que pode indicar falhas no sistema de saúde. Por outro lado, o coeficiente de mortalidade infantil diminuiu

significativamente, caindo de 85,5 por mil nascidos vivos em 1989 para 64,6 por mil nascidos vivos em 1998 (Cf. Brasil, 2004).



Fonte: SIM

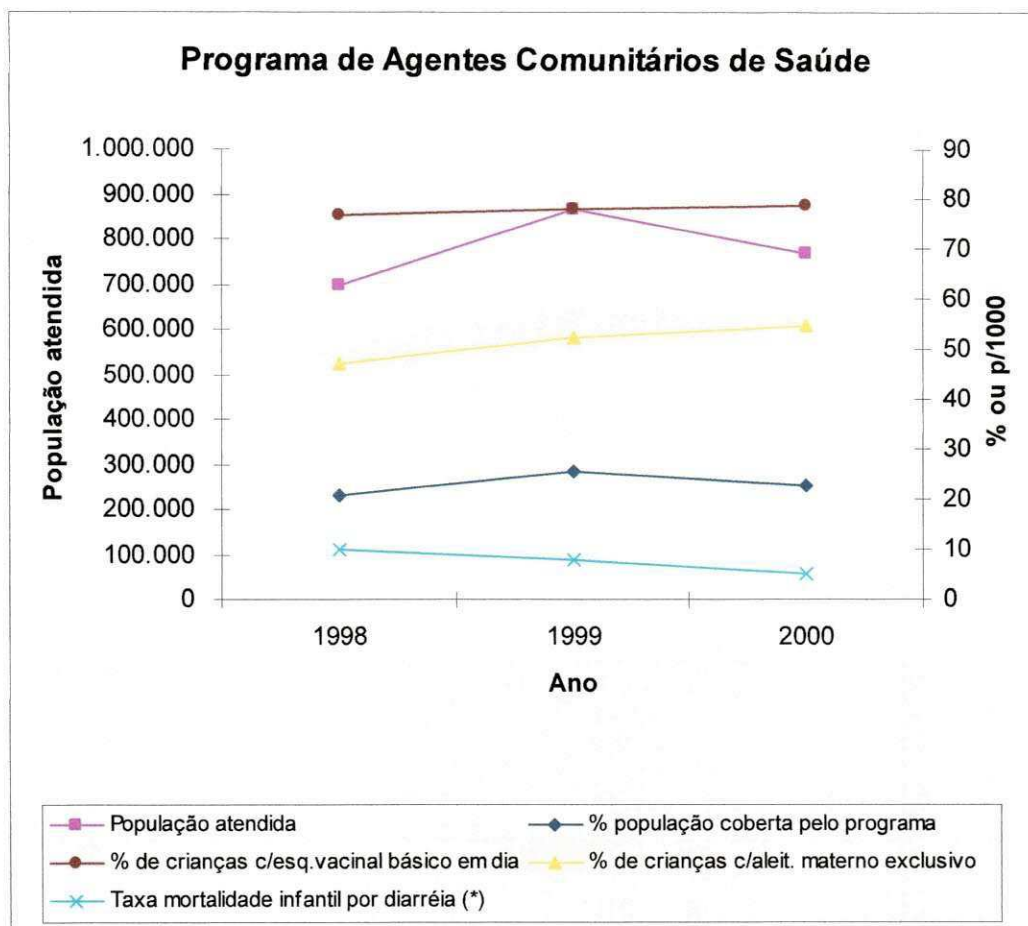
O Programa Saúde na Família apresenta dados importantes, embora apenas 2,7% da população estivesse coberta pelo PSF em 2000: a taxa de mortalidade infantil por diarreia caiu de 23,5 óbitos por nascidos vivos em 1998 para apenas 6 óbitos por nascidos vivos em 2000. Além disso, a percentagem de crianças com a vacina em dia subiu de 71,2% em 1998 para 83,9% em 2000, tendência também observada quanto à percentagem de crianças com aleitamento materno exclusivo (56,2% em 1998 e 60,3% em 2000) e quanto à percentagem de cobertura de consulta de pré-natal (77,6% em 1998 e 83,1 em 2000).



Fonte: SIAB

Podemos fazer a mesma avaliação positiva quando analisamos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, pois, com uma média de 22% da população atendida entre os anos de 1998 e 2000, a taxa de mortalidade infantil por diarreia caiu de 9,8 para 5,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos no período, enquanto a percentagem de crianças com as vacinas em dia e a percentagem de crianças com aleitamento materno exclusivo, subiram, respectivamente, de 76,7% para 78,7% e de 47,1% para 55% (Cf. Brasil, 2004).





Fonte: SLAB

Diante dos dados analisados, podemos concluir que, embora os indicadores da saúde na Paraíba ainda reflitam uma situação precária se comparada com outros estados da federação, houve grandes progressos no período analisado, verificando-se uma expansão significativa no abastecimento d'água, no saneamento básico, na cobertura vacinal, no aleitamento materno, na cobertura de consultas de pré-natal, bem como uma queda sensível na taxa de mortalidade infantil. Um dos principais fatores dessa melhoria é o bom desempenho dos programas de atenção básica – PSF e PACS.

Uma boa hipótese a ser testada quanto às causas últimas dessa evolução é que ela tenha uma relação direta com a consolidação dos Conselhos Municipais de Saúde,

uma vez que uma de suas atribuições centrais é acompanhar e fiscalizar a implementação e funcionamento desses programas nos municípios.

### **5.1.5 Índice de Desenvolvimento Humano**

Em 1991, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Brasil era 0,696. Dos 223 municípios do estado da Paraíba 146 (65,5%) tinham um valor entre 0,350 e 0,500; 76 (34,1%) tinham um valor entre 0,500 e 0,650 e apenas 1 (0,4%), a capital João Pessoa tinha um valor entre 0,650 e 0,800, mais precisamente o coeficiente de 0,719. Em termos de população, 1.184.525 (37,0%) pessoas viviam em municípios com um IDH-M entre 0,350 e 0,500; 1.519.008 (47,5%) entre 0,500 e 0,650 e 497.600 (15,5%) entre 0,650 e 0,800.

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Brasil era 0,766 e o da Paraíba, 0,678, o que colocava o estado na 24ª posição no ranking nacional, à frente apenas dos estados do Piauí, Maranhão e Alagoas.

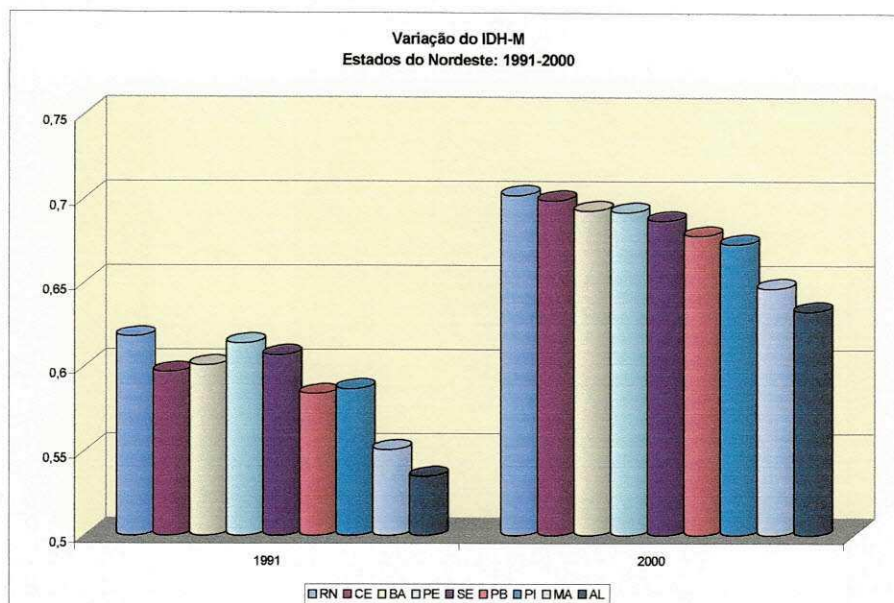
Dos 223 municípios do estado, 1 (0,4%) tinha um valor entre 0,350 e 0,500; 201 (90,1%) tinham um valor entre 0,500 e 0,650; e 21 (9,4%) tinham um valor entre 0,650 e 0,800. Em termos de população, 6.979 (0,2%) pessoas viviam em municípios com um IDH-M entre 0,350 e 0,500; 1.851.594 (53,8%) entre 0,500 e 0,650 e 1.585.252 (46,0%) entre 0,650 e 0,800.

**ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL – 1991 / 2000**

Estado	IDH-M	IDH-M	Varição IDH-M	Ranking	Ranking	Varição rank
	1991	2000	1991-2000	1991	2000	1991-2000
Distrito Federal	0,798	0,844	0,047	1	1	0
São Paulo	0,773	0,814	0,041	2	2	0
Rio Grande do Sul	0,757	0,809	0,052	3	3	0
Santa Catarina	0,740	0,806	0,066	5	4	1
Rio de Janeiro	0,750	0,802	0,052	4	5	-1
Paraná	0,719	0,786	0,067	6	6	0
Goiás	0,707	0,770	0,062	9	7	2
Mato Grosso do Sul	0,712	0,769	0,057	7	8	-1
Mato Grosso	0,696	0,767	0,071	12	9	3
Espírito Santo	0,698	0,767	0,068	10	10	0
Minas Gerais	0,698	0,766	0,068	11	11	0
Amapá	0,691	0,751	0,061	13	12	1
Roraima	0,710	0,749	0,039	8	13	-5
Rondônia	0,655	0,729	0,074	16	14	2
Tocantins	0,635	0,721	0,086	17	15	2
Pará	0,663	0,720	0,057	15	16	-1
Amazonas	0,668	0,717	0,049	14	17	-3
Rio Grande do Norte	0,618	0,702	0,084	19	18	1
Ceará	0,597	0,699	0,102	23	19	4
Bahia	0,601	0,693	0,092	22	20	2
Acre	0,620	0,692	0,072	18	21	-3
Pernambuco	0,614	0,692	0,077	20	22	-2
Sergipe	0,607	0,687	0,080	21	23	-2
Paraíba	0,584	0,678	0,094	25	24	1
Piauí	0,587	0,673	0,086	24	25	-1
Maranhão	0,551	0,647	0,096	26	26	0
Alagoas	0,535	0,633	0,098	27	27	0

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Entretanto, no comparativo entre os índices mais recentes e os índices apurados em 1991, a Paraíba foi o 4º estado brasileiro em termos de melhora global do IDH-M, ficando em 2º lugar em melhora no fator renda, o 3º lugar em melhora no fator educação e o 7º lugar em melhora no fator longevidade. O gráfico abaixo demonstra a variabilidade entre os estados do Nordeste, onde se observaram as maiores taxas de melhora.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

## 5.2 A GESTÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA

Como se sabe, ao longo do processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, tem ocorrido uma integração de ações entre as três esferas de governo, com uma descentralização intensa, através da transferência, para os estados e, principalmente, para os municípios, de um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão

aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta<sup>34</sup>.

A NOAS-SUS 01/02 dá novo vigor ao processo da descentralização ao definir os caminhos da regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e indicando procedimentos necessários à atualização dos critérios de habilitação do estado e dos municípios, além de instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência nos Estados e Distrito Federal. O principal objetivo, expresso no anexo da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, seria “garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”.

A integralidade e igualdade da assistência à saúde, preconizadas na Lei 8.080/90, são perseguidas, portanto, através da organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, da implantação de centrais de regulação, do fortalecimento do controle e avaliação e da organização de consórcios intermunicipais.

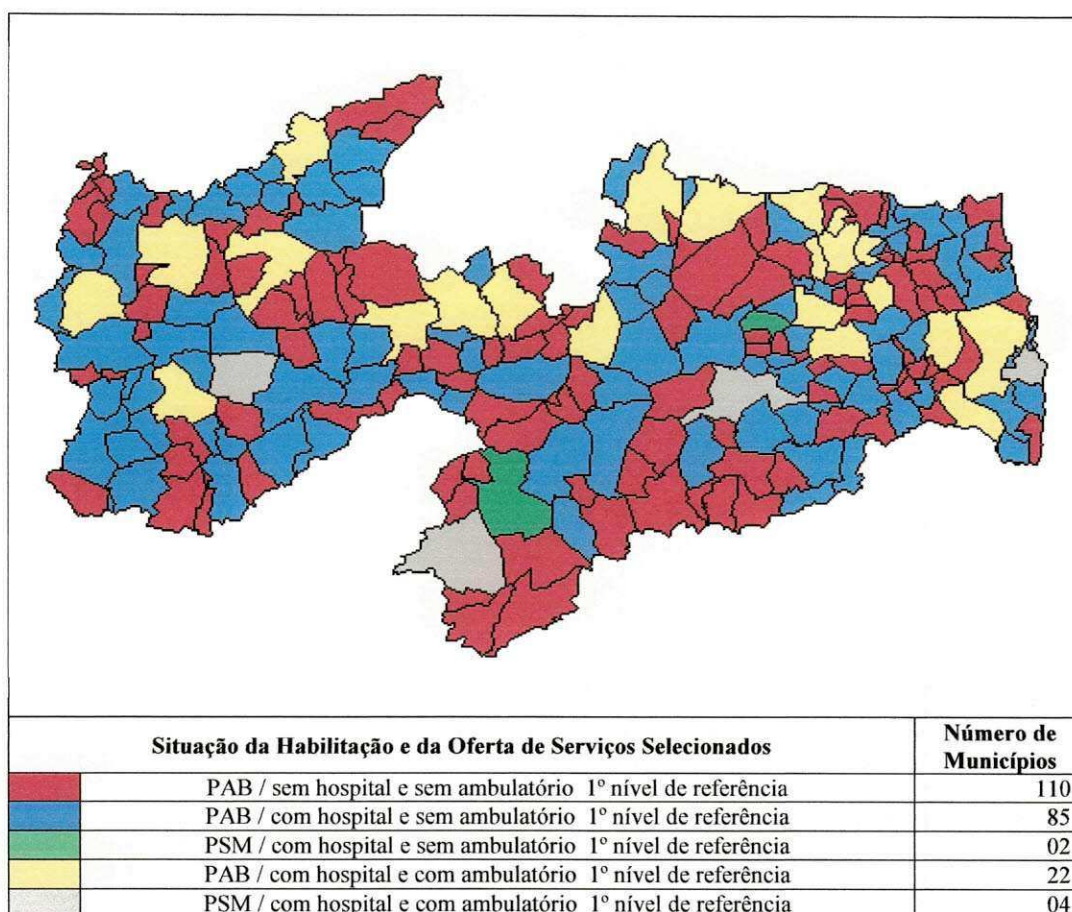
Na Paraíba, seguindo o que preconiza a NOAS 2002 a Secretaria de Saúde formulou um Plano Diretor de Regionalização (Paraíba, 2003) para adequar sua estrutura administrativa aos preceitos da legislação em vigor, tendo como objetivo “promover a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades, o mais próximo possível do seu domicílio” (Paraíba, 2003: 10). A seguir analisaremos esse plano, pois as medidas de descentralização e regionalização da saúde têm uma estreita relação com o “controle social” que deve emanar dos Conselhos Municipais de Saúde.

---

<sup>34</sup> Cf. Portaria nº 373/MS, de 27 de fevereiro de 2002.

### 5.2.1 Os Serviços de Saúde nos Municípios

Todos os municípios da Paraíba são habilitados conforme a NOB 96, sendo 215 municípios na Gestão Plena de Atenção Básica e 8 na Gestão Plena do Sistema Municipal. Em relação à situação da oferta de serviços hospitalar e ambulatorial preconizados pela NOAS 2002 para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, observe-se o mapa abaixo:



De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) da Paraíba, a habilitação dos municípios a uma das formas de gestão proposta pela NOB/96 “contribuiu para a adequação da Política Estadual de Saúde às condições estabelecidas pela legislação orgânica do SUS, constituindo-se num movimento decisivo na direção da descentralização das ações e serviços de saúde, exigindo a explicitação de vontades políticas dos gestores estadual e municipais” (Paraíba, 2003: 6).

Entretanto, ao observarmos o mapa acima, podemos verificar que 88,34% dos municípios (197) não possuem ambulatório e 49,32% (110) não possuem hospital e nem ambulatório, indicando, portanto, que seus habitantes na verdade têm um acesso bastante limitado à assistência à saúde.

De fato, os pesquisadores observaram a grande afluência de cidadãos desses municípios aos centros maiores do Estado, o que causa uma sobrecarga sensível na capacidade ambulatorial e hospitalar instalada, e, evidentemente, uma precarização no atendimento à população.

Um indicador importante desse processo é o papel das ambulâncias na cultura política local e de seu uso intenso para a “resolução” de problemas de saúde dos cidadãos com a transferência dos enfermos para os grandes centros. Em geral adquiridas com recursos públicos, elas tornam-se um símbolo de suposta benemerência de prefeitos e vereadores na medida em que são “apropriadas” pelos chefes políticos locais, alimentando, através de operações no imaginário dos cidadãos, uma prática recorrente na cultura cívica brasileira: as relações de patronagem<sup>35</sup>. Com efeito, usadas para resolver problemas dos munícipes em momentos críticos, o uso do equipamento público é visto como um “favor” dos políticos e colocados num plano de reciprocidade em que a “dádiva” transforma-se numa “dívida” (Cf. Lanna, 1995).

### **5.2.2 *Descentralização e Regionalização***

Seja como for, a gestão da saúde na Paraíba a partir do Plano Diretor de Regionalização passou a ser organizada da seguinte maneira: os 223 municípios do

---

<sup>35</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre a teoria das relações de patronagem, cf. Caniello, 1990; para uma análise do processo de recorrência desse tipo de comportamento político no Brasil, cf. Caniello, 1993 e, na Paraíba, cf. Justino Filho, 1997.

Estado estão agrupados 4 macrorregiões<sup>36</sup> (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa), 12 microrregiões<sup>37</sup>, 44 módulos assistenciais<sup>38</sup> e 179 municípios satélites<sup>39</sup>. Dos municípios selecionados para realização da pesquisa, um faz parte da macroregião de João Pessoa (João Pessoa), um da macroregião de Patos (Patos) e um da macroregião de Sousa (Catolé do Rocha).

Apresentamos abaixo um mapa e uma tabela representando o modelo de regionalização e hierarquização da assistência à saúde na Paraíba e número de habitantes em cada nível definido pelo Plano Diretor de Regionalização (Paraíba, 2003):

---

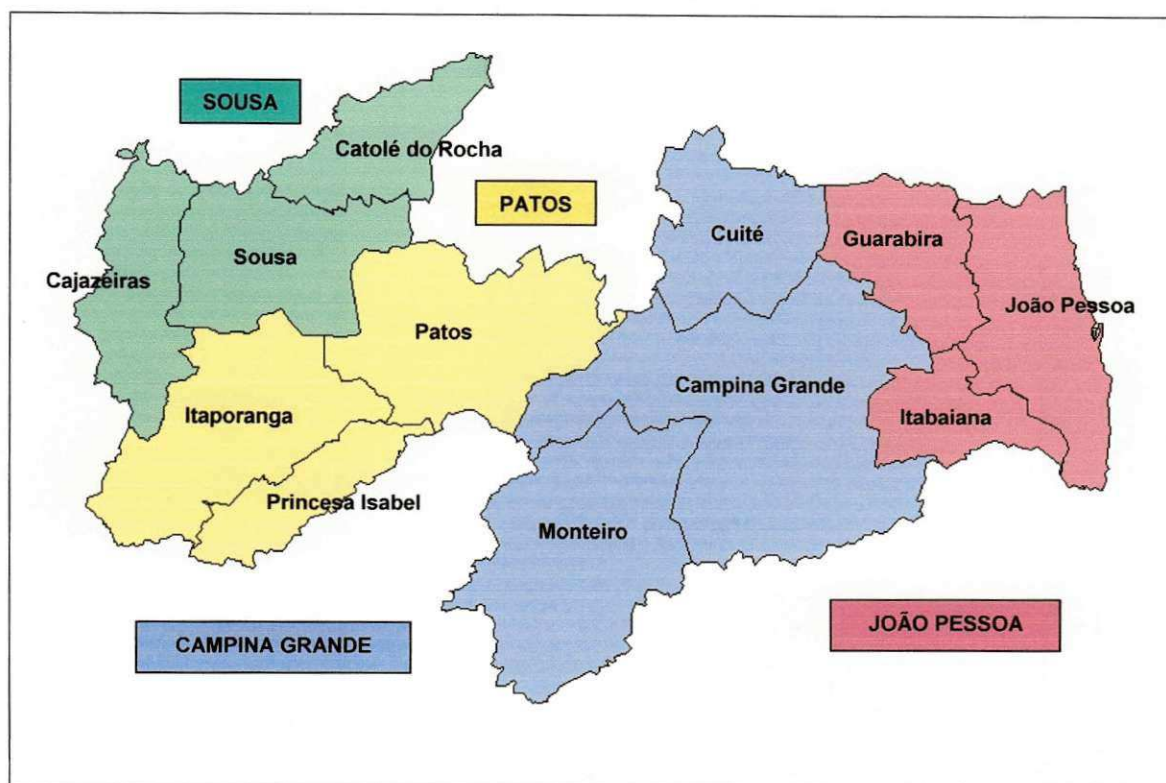
<sup>36</sup> “Macrorregião Assistencial: base territorial de planejamento da atenção à saúde, definida de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações intermunicipal” (Paraíba, 2003: 11).

<sup>37</sup> “Microrregião Assistencial: base territorial, de qualificação na assistência à saúde, constituída por um conjunto de um ou mais módulos que realizam um conjunto de serviços de média complexidade compreendendo as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. Caracteriza-se como primeiro nível de referência intermunicipal com acesso garantido a toda população no âmbito Microrregional. Tem complexidade assistencial acima do módulo assistencial” (Paraíba, 2003: 11).

<sup>38</sup> “Módulo Assistencial: conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em GPMS ou em GPAB-A com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos” (Paraíba, 2003: 11).

<sup>39</sup> “Município satélite: representa a base territorial mínima, onde são realizados os serviços de responsabilidade da Atenção Básica, com resolutividade nesse nível assistencial e garantia de referência para os diversos níveis de assistência. Configura-se como a porta de entrada do sistema” (Paraíba, 2003: 11).





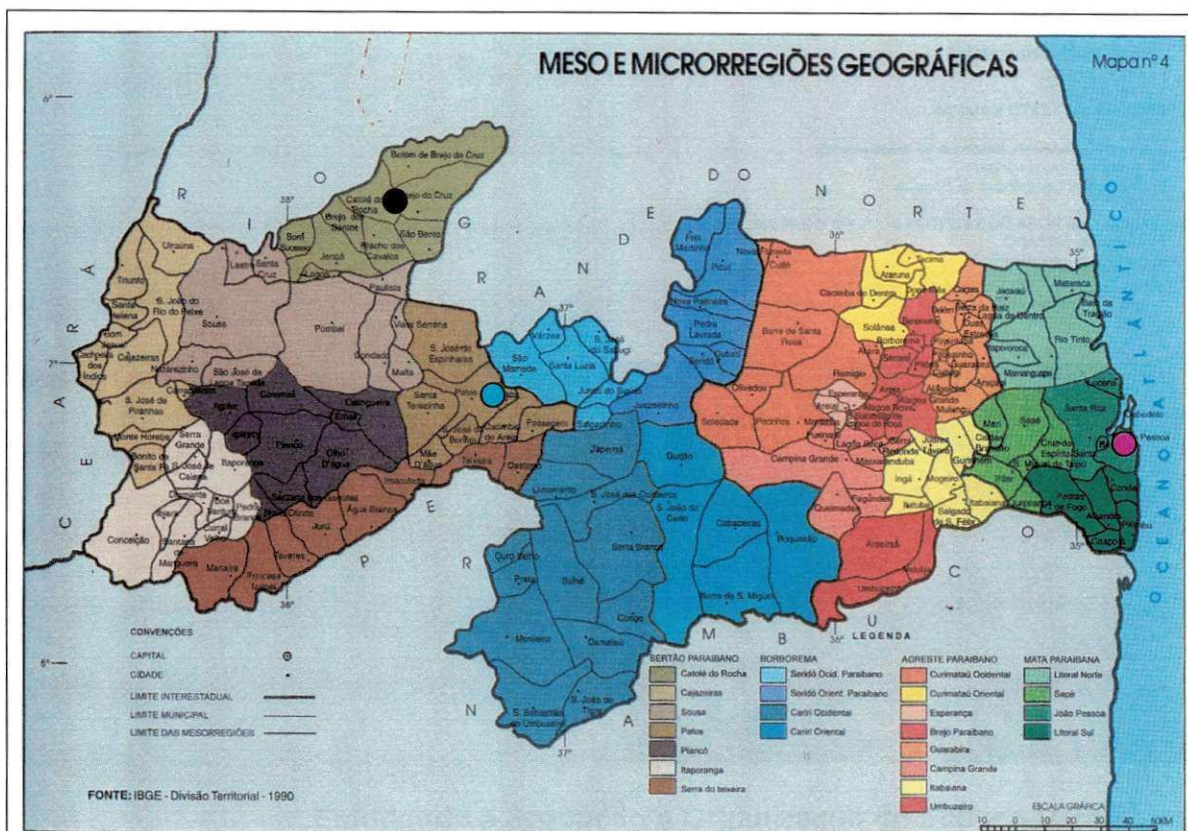
### Macrorregiões e Microrregiões Assistenciais

Macrorregião	Microrregião	Nº de Municípios	Habitantes
<b>João Pessoa</b>		<b>65</b>	<b>1.596.794</b>
	João Pessoa	26	1.141.897
	Guarabira	26	296.659
	Itabaiana	13	158.238
<b>Campina Grande</b>		<b>70</b>	<b>989.994</b>
	Campina Grande	43	796.681
	Cuité	10	88.229
	Monteiro	17	105.084
<b>Patos</b>		<b>44</b>	<b>396.100</b>
	Patos	25	228.461
	Piancó	12	90.406
	Princesa Isabel	07	77.233
<b>Sousa</b>		<b>54</b>	<b>456.456</b>
	Sousa	15	163.197
	Catolé do Rocha	10	102.325
	Cajazeiras	19	190.934

### 5.3 OS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA

Com base na divisão regional da Paraíba e no processo de regionalização da saúde no Estado, uma amostra de oito municípios foi selecionada para a realização da

pesquisa “O Controle Social nos Conselhos Municipais da Paraíba” (Caniello, 2002; Caniello & Justino Filho, 2004) dos quais, selecionamos três para a elaboração desta tese, conforme indicado abaixo:



MUNICÍPIOS DA AMOSTRA

Município	Mesorregião Geográfica	Macro-região Assistencial	Microrregião Assistencial	Módulo Assistencial
<b>João Pessoa</b>	Mata	João Pessoa	João Pessoa	João Pessoa
<b>Patos</b>	Sertão	Patos	Patos	Patos
<b>Catolé do Rocha</b>	Sertão	Sousa	Catolé do Rocha	Catolé do Rocha

### 5.3.1 Demografia, Renda e Desenvolvimento Humano

#### João Pessoa

O município de João Pessoa é a capital do estado da Paraíba e está localizado na microrregião de João Pessoa, a qual faz parte da mesorregião da Mata Paraibana. Com

uma área de 210,8 km<sup>2</sup> e 597.934 habitantes (17,36% da população do estado), o município apresenta uma densidade demográfica de 2.822,2 hab/km<sup>2</sup>. No período de 1991 a 2000, a população de João Pessoa teve uma taxa média de crescimento anual de 2,14%, enquanto a taxa de urbanização permaneceu estável, uma vez que 100% da população residem no espaço urbano (Cf. IBGE, 2002).

A renda *per capita* média do município cresceu 35,2%, passando de R\$ 247,55 em 1991 para R\$ 334,69 em 2000. A pobreza diminuiu 25,2%, passando de 36,9% em 1991 para 27,6% em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini passou de 0,62 em 1991 para 0,63 em 2000.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), aponta o mesmo estudo, houve um crescimento de 8,9%, passando de 0,719 em 1991 para 0,783 em 2000, o que, segundo a classificação do PNUD, coloca o município entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano. A dimensão que mais contribuiu para esse crescimento foi a educação com 42,7%, seguida pela longevidade, com 31,2% e pela renda, com 26 %.

## **Patos**

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

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

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

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

### **Catolé do Rocha**

O município de Catolé do Rocha dista 329,6 km da capital do estado da Paraíba e está localizado na microrregião de Catolé do Rocha, a qual faz parte da mesorregião do Sertão Paraibano. Com uma área de 466,2 km<sup>2</sup> e 26.641 habitantes (0,77% da população do estado), o município apresenta uma densidade demográfica de 57,1 hab/km<sup>2</sup>. No período de 1991 a 2000, a população de Catolé do Rocha teve uma taxa

média de crescimento anual de 0,39%, enquanto a taxa de urbanização cresceu 22,08, passando de 56,38% em 1991 para 68,83% em 2000 (Cf. IBGE, 2002).

A população urbana do município apresenta problemas de infra-estrutura decorrentes da concentração populacional na cidade, entre eles destacamos: falta de moradias, especialmente para as camadas mais pobres da população, o que possibilita a existência de moradias precárias na periferia; falta de saneamento básico nas áreas onde as construções são mais recentes; faltam calçamento e rede de esgotos, inclusive nas áreas centrais da cidade.

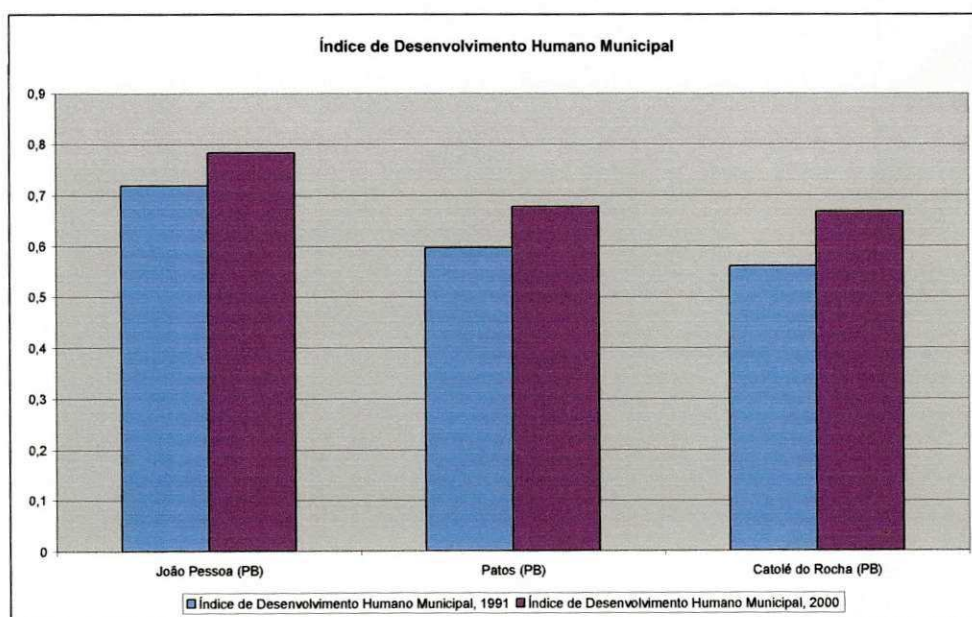
A renda *per capita* média do município cresceu 67,08%, passando de R\$ 66,67 em 1991 para R\$ 111,39 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 21,00%, passando de 74,9% em 1991 para 59,1% em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini passou de 0,53 em 1991 para 0,55 em 2000.

A economia do município é dominada pela pecuária e agricultura de subsistência. As atividades comerciais de pequeno e médio porte também se destacam no município. Por esta ser uma cidade pólo, vários municípios da circunvizinhança dependem de suas atividades comerciais, entre outras, proporcionando uma movimentação financeira superior às demais na localidade.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, aponta o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 2003, houve um crescimento de 19,07%, passando de 0,561 em 1991 para 0,668 em 2000, o que, segundo a classificação do PNUD, coloca o município entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano. A dimensão que mais contribuiu para esse crescimento foi a educação com 41,9%, seguida pela longevidade, com 31,4% e pela renda, com 26,7%.

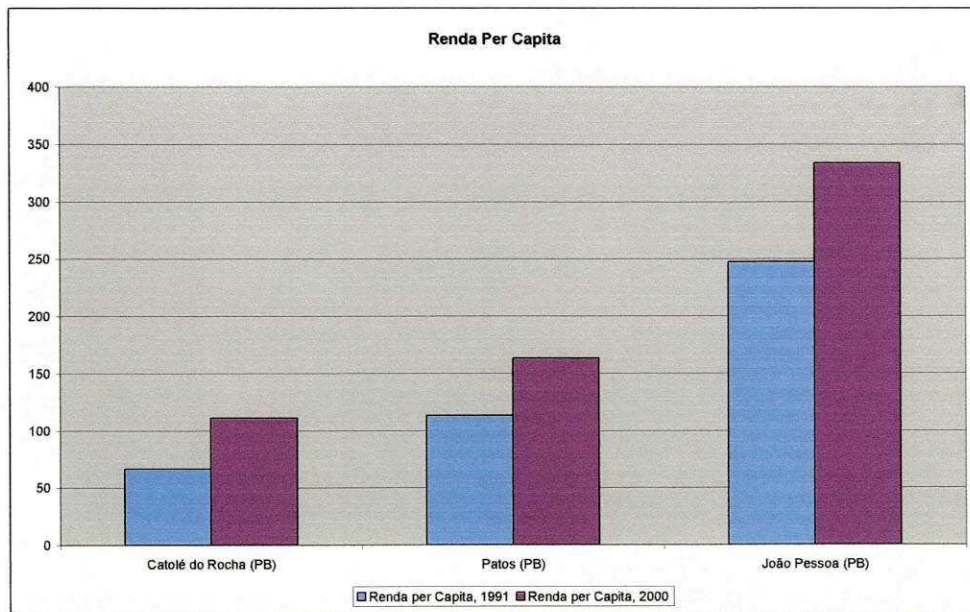
## Resumo comparativo: análise de uma tendência

De acordo com os dados relacionados acima, verifica-se que houve uma evolução geral no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) nos municípios da amostra entre 1991 e 2000. O município que teve o maior crescimento foi Catolé do Rocha, que, entretanto, permaneceu numa posição absoluta bastante desfavorável; por outro lado, João Pessoa, que teve o menor crescimento no IDH-M, permaneceu como o município com o maior IDH-M do Estado.



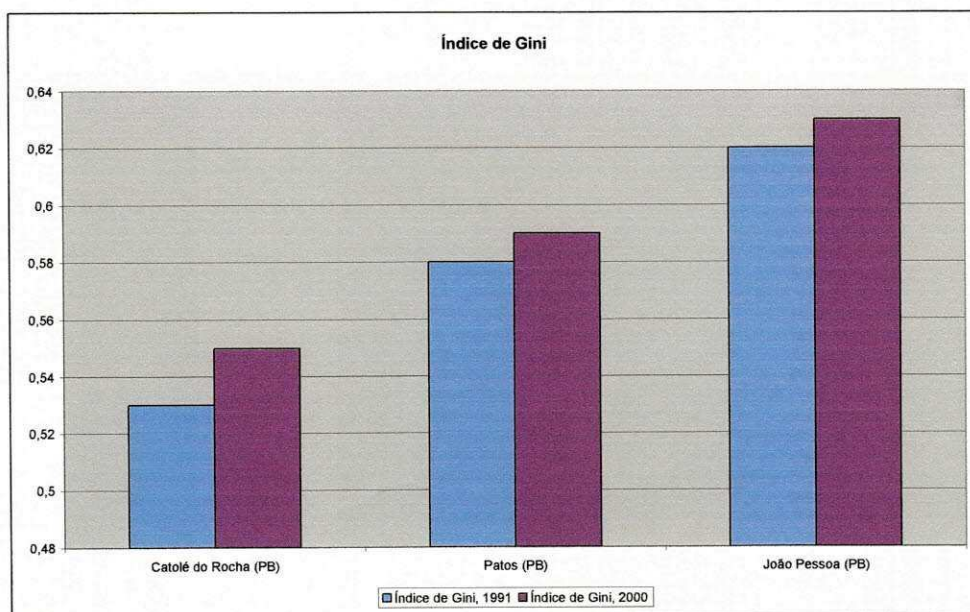
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Com relação à renda *per capita* também houve uma evolução positiva em todos os municípios da amostra, todavia João Pessoa permanece no primeiro posto nesse quesito.



**Fonte:** *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*

Embora apresentando uma evolução importante na renda *per capita* e no IDH-M, houve uma piora geral em termos de distribuição de renda nos municípios da amostra entre os anos de 1991 e 2000, como se pode verificar no gráfico abaixo:

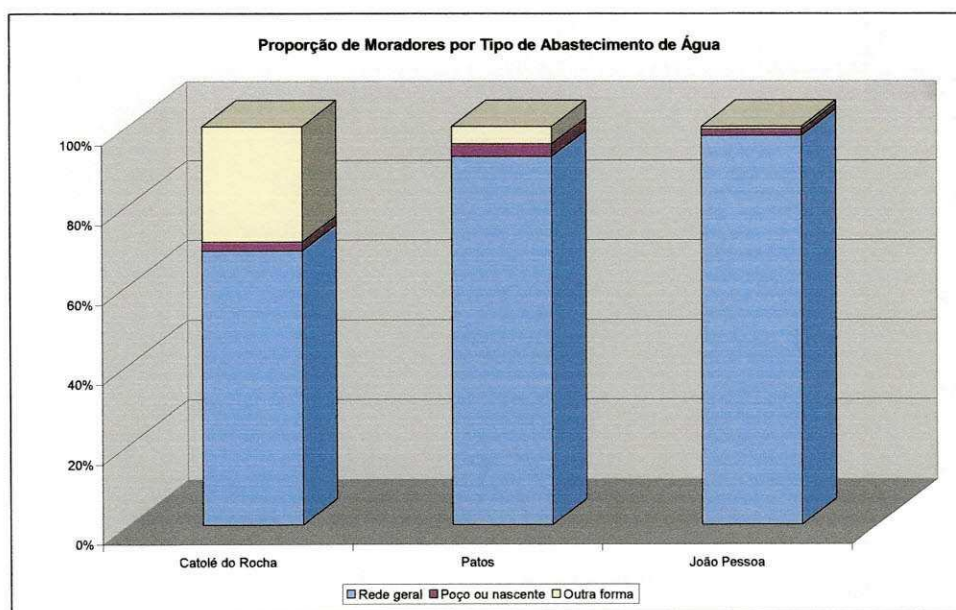


**Fonte:** *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*

Comparando-se a evolução da renda *per capita* com a evolução do Índice de Gini, constata-se que, entre os municípios da amostra verifica-se uma tendência geral observada na sociedade brasileira como um todo: embora a quantidade de riqueza aumente, a sua concentração é altíssima. Como já foi afirmado alhures (Caniello, 2001: 255) essa equação paradoxal é a fonte do maior problema brasileiro: a exclusão social. De fato, segundo os últimos levantamentos feitos pelo PNUD e pelo IPEA, enquanto os 10% mais ricos detêm metade da renda nacional, 34% da população brasileira é de pobres e miseráveis.

### 5.3.2 Condições de Vida

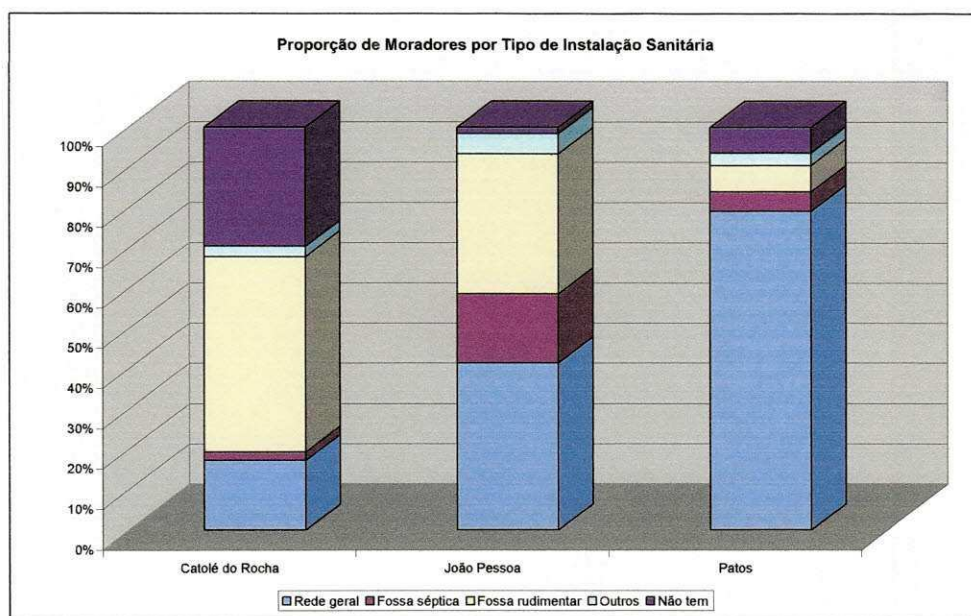
De acordo com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, dentre os municípios da amostra, João Pessoa e Patos têm mais de 90% dos moradores servidos pela rede geral de abastecimento de água, enquanto Catolé do Rocha apresenta a pior proporção de moradores atendidos por esse serviço (68,67%). O que se pode inferir é que os municípios mais populosos têm um melhor acesso à água tratada, enquanto os municípios menores apresentam taxas que atingem, no máximo 70% da população.



Fonte: IBGE; Censo Demográfico 2000



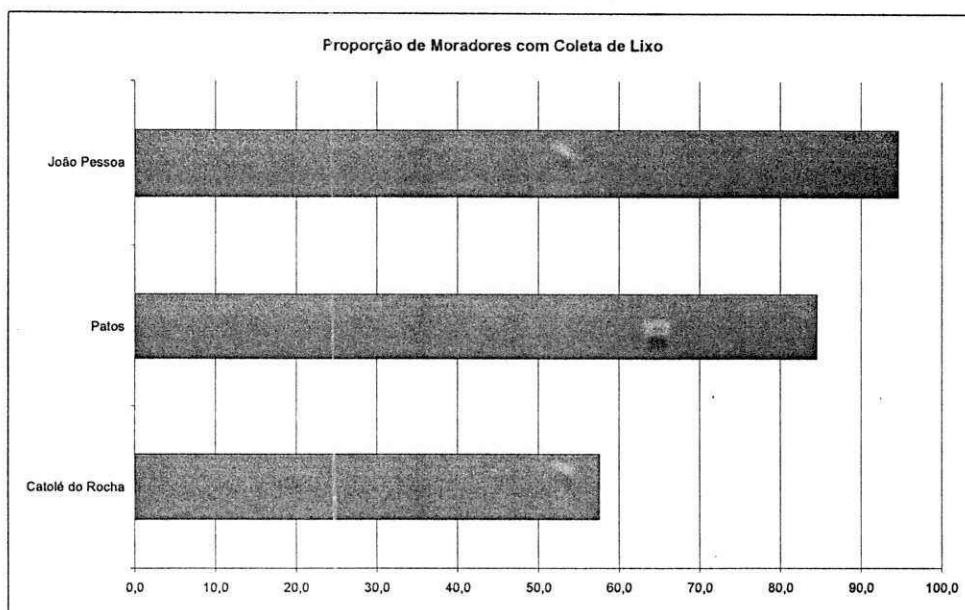
No que se refere às instalações sanitárias, a situação da população dos municípios da amostra é bem pior, pois, à exceção do município de Patos, que apresenta um escore de 79,3% dos moradores atendidos pela rede geral de esgotos, as taxas são bastante baixas, a saber: 17,2% em Catolé do Rocha e 41,5% em João Pessoa. Se, por outro lado, em João Pessoa 17,3% dos moradores usam fossa séptica, Catolé do Rocha 30% da população, em média, não têm nenhum tipo de instalação sanitária. A frequência do uso da fossa rudimentar é também bastante preocupante, pois atinge níveis significativos em alguns dos municípios pesquisados – Catolé do Rocha (48,5%) e João Pessoa (34,7%).



Fonte: IBGE; Censo Demográfico 2000

O quadro adverso das condições de saneamento da população dos municípios pesquisados se completa quando analisamos a proporção de moradores atendidos pela coleta de lixo. Embora atinja patamares de 84,5% e 94,6% nos municípios de Patos e João Pessoa, respectivamente, em Catolé do Rocha, este escore é de apenas 58%. Quando se considera que, mesmo nos municípios com uma maior taxa de coleta

domiciliar de lixo, o destino freqüente dos dejetos são os “lixões”, esse é mais um fator agravante nas condições de saúde pública dos municípios pesquisados.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

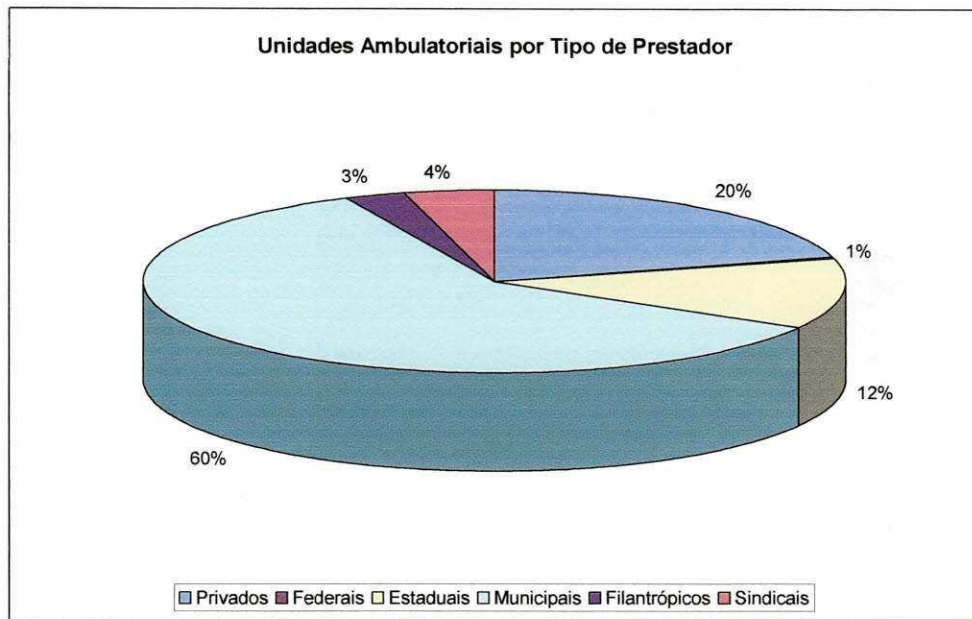
Em face dos dados arrolados acima, conclui-se que as condições de vida da população são bastante precárias no aspecto do saneamento básico, especialmente nas pequenas cidades do interior.

### 5.3.3 Saúde

#### Serviços de Saúde

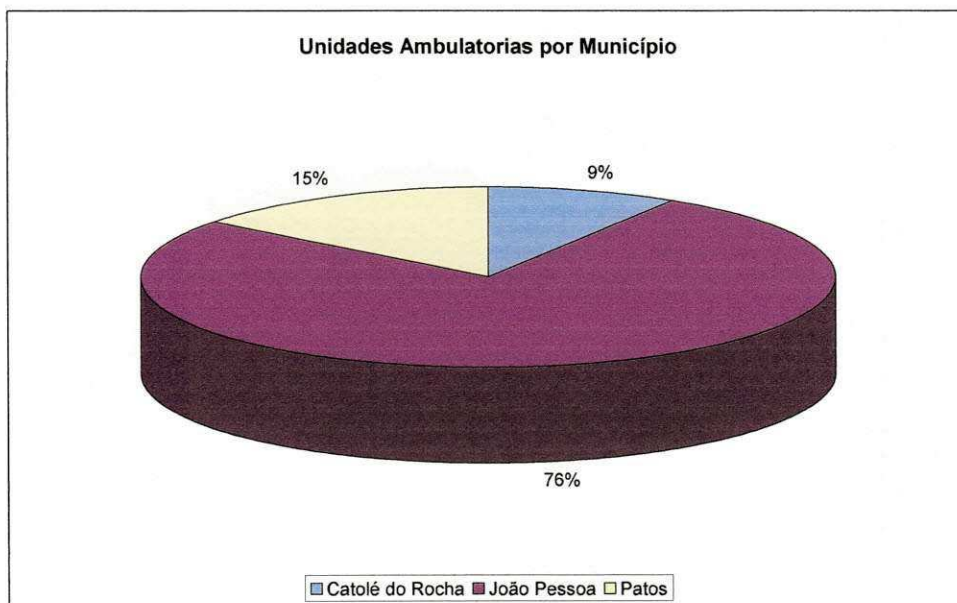
Nos municípios pesquisados no âmbito do projeto “O Controle Social nos Conselhos Municipais da Paraíba” (Caniello & Justino Filho, 2004) há um total de 341 unidades ambulatoriais credenciadas pelo SUS. Desse total, 60% são municipais, 20% particulares e 12% estaduais, escores que indicam que o processo de municipalização da saúde está bem avançado no Estado e que, portanto, essas unidades estão no escopo de atuação mais imediata dos Conselhos Municipais de Saúde. Por outro lado, como veremos mais à frente, o peso dos representantes dos gestores municipais nesses

Conselhos é bastante grande, o que redundando numa espécie de “atrelamento” das deliberações, desfavorecendo a efetivação do “controle social” nessas arenas deliberativas participativas.



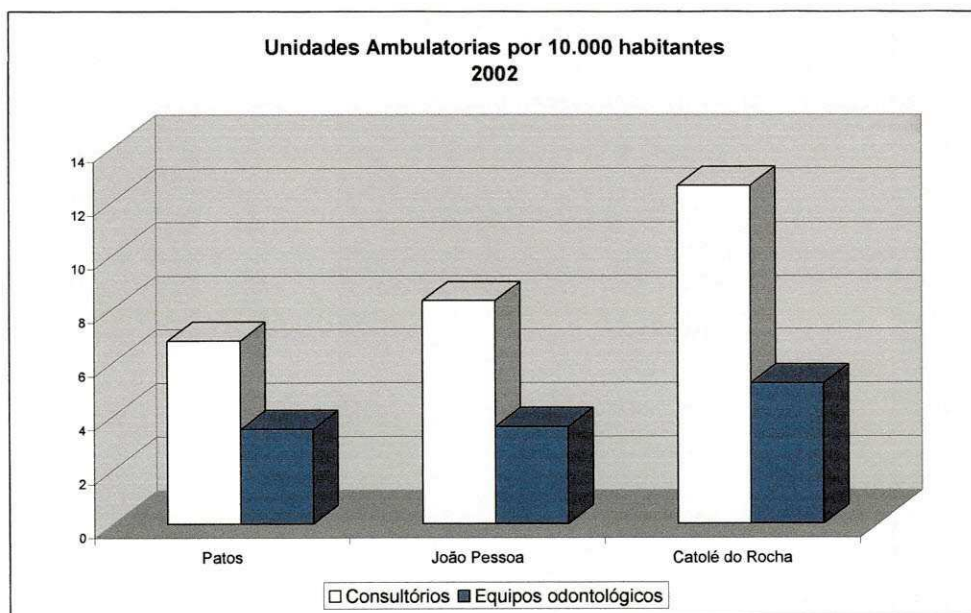
Fonte: SIA/SUS

Quanto à distribuição desses equipamentos nos municípios pesquisados, verificou-se uma grande concentração na capital do Estado, que detém 57% das unidades ambulatoriais na amostra.



Fonte: SIA/SUS

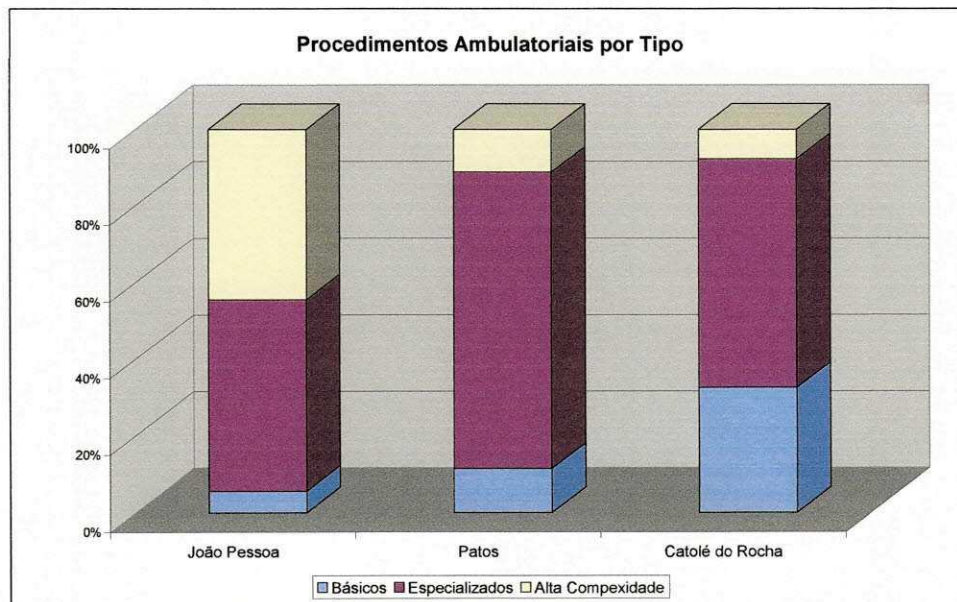
Entretanto, quando se observa a relação entre o número de consultórios médicos credenciados e a população dos municípios, percebe-se que João Pessoa apresenta um escore de 8 consultórios por 10.000 habitantes, Catolé do Rocha, 12 consultórios por 10.000 habitantes e Patos cerca de 6 consultórios por 10.000 habitantes. Como foi apurado na pesquisa que deu origem a estes dados (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004), os piores escores apresentados foram os de Cabedelo, com 4,8% e Caaporã, com 5,7%. Como esses municípios estão localizados na microrregião de João Pessoa, isso indica que o atendimento ambulatorial na capital inclui pacientes dessas cidades, com conseqüências deletérias importantes, como já apontamos acima.



Fonte: SIA/SUS

Quando se trata de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, a concentração de atendimento nos centros maiores é ainda maior, como se pode observar no gráfico abaixo. Somente João Pessoa e Patos e, em menor medida, Catolé do Rocha oferecem esse tipo de procedimento. Quanto aos procedimentos especializados, a

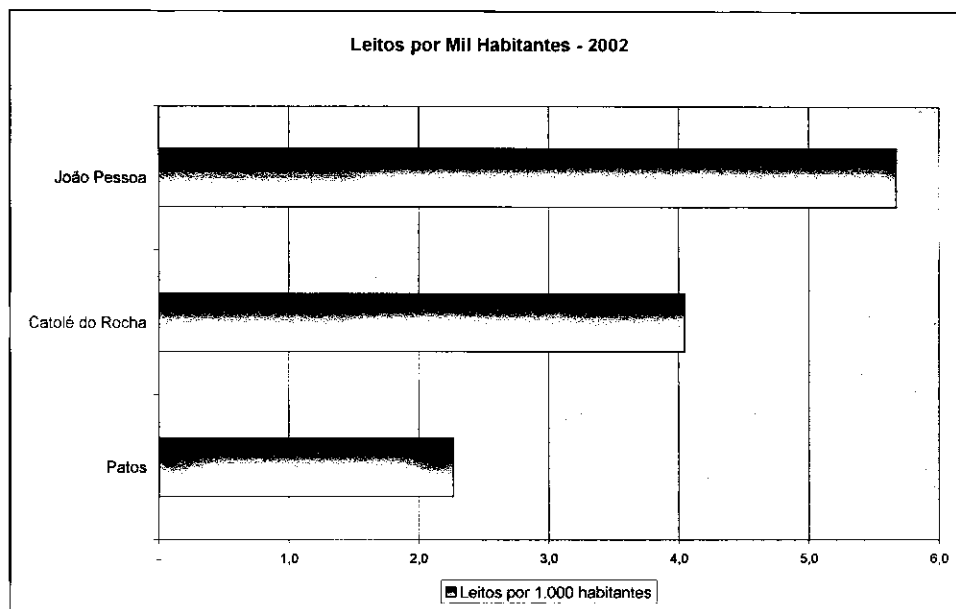
situação se repete. Por outro lado, há municípios em que o atendimento ambulatorial se resume praticamente a procedimentos básicos. O que podemos inferir dessa constatação é que a propalada “descentralização” dos serviços de saúde, um dos princípios fundamentais da política de democratização da saúde inscrita já na Constituição de 1988 e regulamentada por diversos instrumentos legais emanados do Ministério da Saúde, é bastante relativa, se resumindo, em muitos casos, ao atendimento básico obrigatório.



Fonte: SIA/SUS

Quanto à disponibilidade de leitos hospitalares nos municípios da amostra, observa-se a mesma tendência de concentração nos municípios maiores, especialmente João Pessoa.

De qualquer maneira, a relação entre o número de leitos e a população é bastante baixa, uma vez que em termos absolutos, ela está bem abaixo do que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

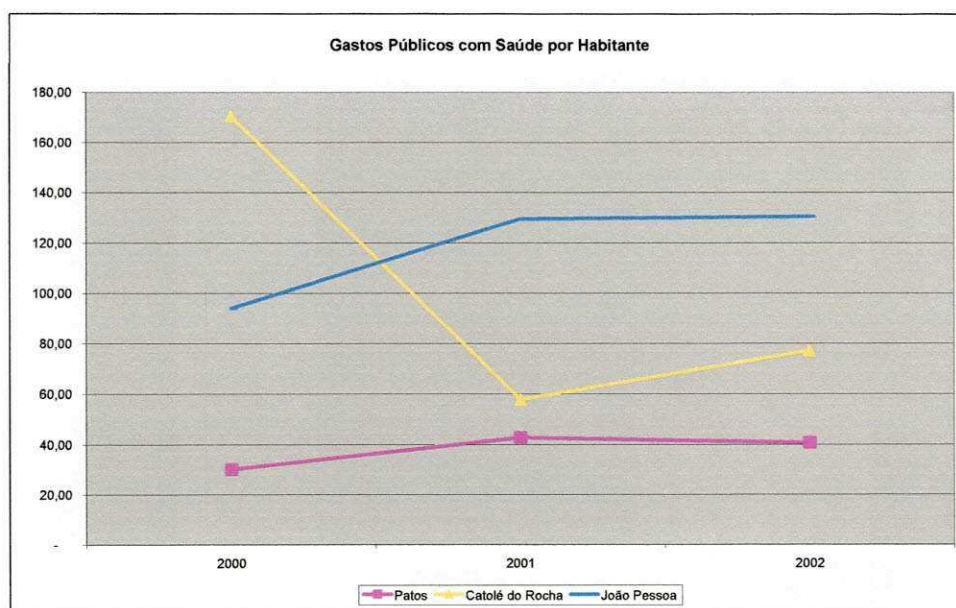


Fonte: SIA/SUS

Os dados do SIAB sobre os Programas de Atendimento Básico apresentam muitas discrepâncias, mas é importante apresentá-los para posterior comparação. No geral, a cobertura do Programa Saúde na Família (PSF) nos municípios da amostra do projeto de pesquisa financiado pelo Ministério da Saúde (Caniello & Justino Filho, 2004) é muito baixa, pois, no ano de 2000, a percentagem varia de 0,0% a 6,1%. Nos anos anteriores, a situação era ainda mais adversa, pois, em 1998, o melhor escore é o de Caaporã, que tinha 7,1% da população do município coberta pelo Programa, ao passo que em quatro municípios o PSF não apresentava nenhuma cobertura; os três municípios remanescentes apresentavam percentagens em torno de 3%. Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a cobertura nos municípios da amostra é mais abrangente, pois, no ano de 2000, 4 municípios apresentavam taxas entre 60% e 90%.

Entretanto, há uma grande variabilidade quando comparamos a evolução das taxas de cobertura, pois, ao compararmos essas taxas com as taxas do ano de 1999, verificamos que em João Pessoa e Catolé do Rocha houve uma queda e apenas em Patos a cobertura melhorou.

No que se refere aos gastos públicos com saúde por habitante, desprezando-se dados discrepantes, provavelmente influenciados por vícios de coleta, verifica-se uma evolução positiva em todos os municípios da amostra.



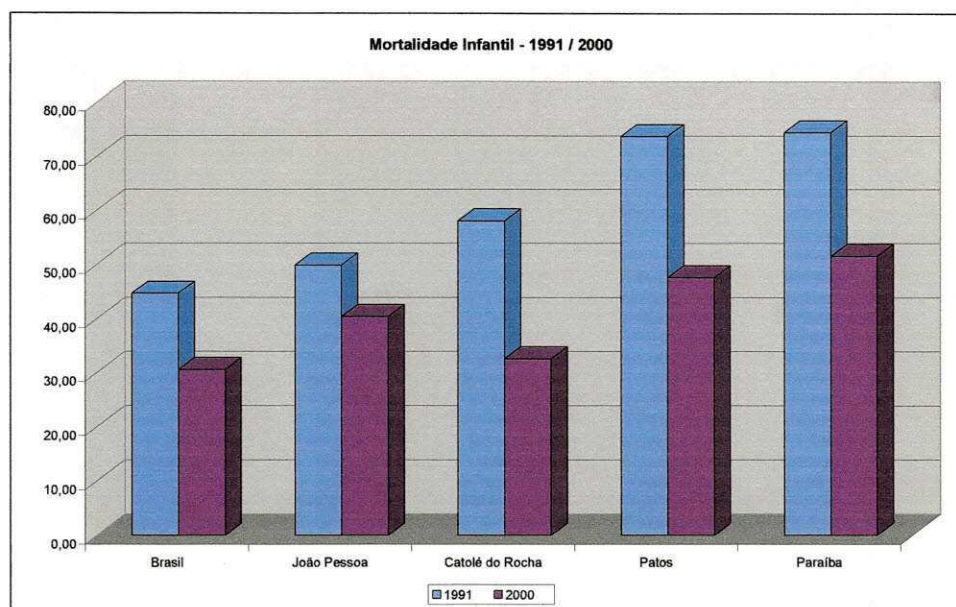
Fonte: SIOPS

### Indicadores do Estado de Saúde da População

Um dos principais indicadores do estado de saúde de uma população é a taxa de mortalidade infantil, pois sua variação está em geral relacionada com a melhoria de condições de vida, com o declínio da fecundidade e com o efeito das políticas públicas implementadas pelo Estado.

De maneira geral, a taxa de mortalidade infantil tem decrescido sensivelmente no Brasil, pois, segundo o IBGE, em 1991, ela era de 44,68 óbitos por mil nascidos vivos e em 2002, 30,57. A Paraíba acompanhou essa tendência, pois, no mesmo intervalo a taxa caiu de 74,47 para 51,49 óbitos por mil nascidos vivos. Entretanto, em termos absolutos, a situação do Estado é bastante adversa, pois a taxa está acima de 50 óbitos por mil nascidos vivos, considerada “alta” pela Organização Mundial de Saúde.

Nos municípios da amostra, verifica-se a mesma tendência de queda, entretanto em termos absolutos temos variações importantes, pois, se alguns municípios se aproximam da média nacional, como Catolé do Rocha (32,57), os demais estão bem próximos da média estadual.

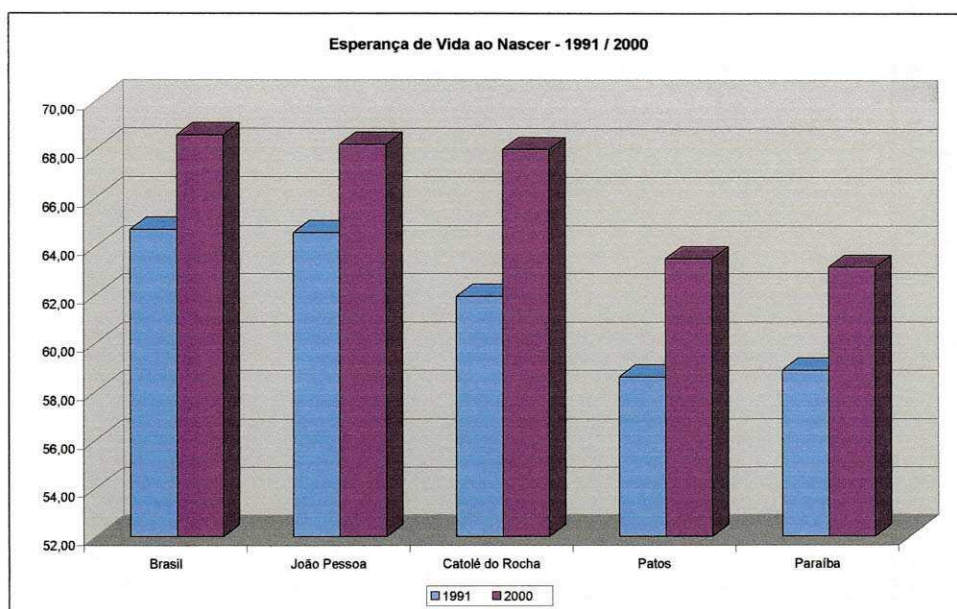


Fonte: IBGE

No que tange à esperança de vida ao nascer, outro indicador importante das condições de saúde da população, a tendência de melhora é também uma regra para o Brasil e para a Paraíba, pois as taxas subiram de 1991 e 2000, respectivamente, de 64,73 anos para 68,61, e de 58,88 para 63,16. Também nesse caso, em termos absolutos a Paraíba tem um desempenho que deixa muito a desejar, pois no quadro nacional fica apenas à frente do Estado do Maranhão, que apresenta uma esperança de vida de 61,74 anos.

Dos municípios da amostra analisada na pesquisa que deu origem aos dados aqui analisados (Cf. Caniello & Justino Filho, 2004), Monteiro (59,11), Caaporã (62,49) e Teixeira (62,59) estão abaixo da média estadual, enquanto os demais estão acima da média estadual, permanecendo abaixo da média nacional.





Fonte: IBGE

### **O município de Patos: um caso típico**

O município de Patos tipifica, em termos gerais, as condições de saúde da população nos municípios da amostra. Com efeito, os depoimentos colhidos apontam para uma melhora dos serviços de saúde nos últimos anos:

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

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

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

Quanto aos indicadores sanitários, de acordo com os dados fornecidos pela CAGEPA, apenas uma parte do centro da cidade de Patos é atendida pela rede de esgotamento sanitário. Apesar de existir uma rede coletora com 11,06 km, é muito pequeno o percentual da população atendida por esse serviço (7,2% apenas).

Todo o esgoto coletado (1.114 m<sup>3</sup>/dia) é tratado em duas lagoas de estabilização. Ainda há na cidade alguns trechos de rede de águas pluviais que funcionam como rede unitária - galerias que são usadas para coletar águas pluviais e esgoto sanitário. Estas redes unitárias são executadas e mantidas pela Prefeitura, porém, não há informação sobre sua extensão nem qual o percentual da população atendida. O esgoto coletado por essa rede unitária é lançado em canais cujos efluentes são lançados, sem nenhum tratamento, nos córregos do rio Espinharas.(Cf. CAGEPA).

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

compactador e basculante) e mais 10 a 12 carradas/dia (caminhões tipo poliguindaste).(Cf. Secretaria de serviços urbanos).

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

#### **Resumo Comparativo: análise de uma tendência**

Diante dos dados apresentados, podemos concluir, em primeiro lugar, que se verifica uma tendência de melhoria geral nos indicadores do estado de saúde da população dos municípios da amostra entre os anos de 1991 e 2000, embora eles estejam bem aquém do ideal, se comparados com as médias nacionais, cujo desempenho, no quadro mundial, não é dos melhores.

Em segundo lugar, embora os gestores públicos apresentem indicadores favoráveis quanto à gestão da saúde pública nos municípios (por exemplo, a evolução dos gastos), fica bastante claro que o acesso das pessoas aos serviços de saúde é bastante restrito, principalmente nas pequenas cidades, como pudemos verificar quando analisamos, por exemplo, os procedimentos ambulatoriais por tipo: os atendimentos especializados e de alta complexidade são restritos a três municípios da amostra, destacando-se a capital do Estado.

## 6. OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA

### 6.1 AMBIENTE POLÍTICO-INSTITUCIONAL

#### 6.1.1 *O Poder Local*

A organização política dos municípios da amostra apresenta características diversificadas, pois neste universo se encontra uma cidade de grande porte, uma de porte médio e uma de pequeno porte.

O ambiente político-institucional de João Pessoa, capital do estado, se diferencia dos demais por apresentar uma tradição cívica mais consolidada, uma vez que os movimentos sociais têm uma certa influência na participação de seus representantes nos conselheiros deliberativos de políticas públicas, como é o caso do Conselho Municipal de Saúde.

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

A nossa pesquisa não tem por objetivo fazer uma análise minuciosa do ambiente político-institucional dos municípios da amostra, mas elaborar uma abordagem descritiva da organização política a nível local, na medida em que consideramos que o

funcionamento dos conselhos encontra-se condicionado às forças que atuam nesse ambiente. Assim, considerando a teoria produzida sobre o desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas, procuramos identificar a existência ou ausência de ingerências político-partidárias dos gestores municipais e/ou das organizações da sociedade civil com acento no conselho. Isto é, procuraremos avaliar se o poder político local é capaz de propiciar um bom ou mau desempenho institucional do conselho.

Em **Catolé do Rocha**, a dinâmica do ambiente político institucional tem uma perenidade que remonta à própria origem do município, por isso se faz necessário um breve resgate de sua formação histórica.

O município de Catolé do Rocha tem sua origem no final do século XVII, período em que aproximadamente um terço das terras do Estado pertenciam à família de sesmeiros, como os Garcia D'Ávilla, da Casa da Torre da Bahia, os Rocha Pita e os Oliveira Ledo. Eram grandes famílias que através das "entradas e bandeiras" formaram extensas fazendas na região, expulsando violentamente os seus habitantes primitivos, os índios Cariris. Tudo isso com o aval da Coroa Portuguesa, que em seguida lhes concedia as Cartas de Sesmarias das terras ocupadas.

No início da segunda metade do século XVIII, o Tenente-Coronel Francisco de Assis Rocha Oliveira, descendente dos Rocha Pita, fixou-se na região, e, em 1773 doou parte de sua propriedade para a constituição do patrimônio de Nossa Senhora dos Remédios, mandando erguer um templo em honra à Santa. Pronta a Capela em 1774, à sua volta surgiu um aglomerado populacional que inicialmente ficou sendo chamado de *Catolé*, face à abundância dessa palmeira na região; a agregação do designativo *do Rocha* ao epônimo é uma referência, evidentemente, à família do fundador. Inicialmente pertencente à Comarca de Pombal, o povoado foi emancipado por iniciativa do

Deputado Provincial José de Sá Cavalcanti em 26 de maio de 1835, quando foi promulgada a Lei Provincial nº 05, criando o Município de Catolé do Rocha.

A família Maia chegou à região antes mesmo de Francisco da Rocha Oliveira, no início do século XVIII, quando o casal Francisco Alves Maia e Theodosia Ferreira da Silva fixaram-se na Data de Sesmaria Bom Jesus da Cachoeira. Desde então, a vida política de Catolé do Rocha foi dominada pelos Maia.

O marco inicial foi a adesão dos filhos do casal – os irmãos Manuel e Francisco Alves Maia – à “Confederação do Equador”, vindo este último a falecer em combate, por volta de 1824. Mas foi após 1840, com os Liberais no poder, que o Major José Lobo dos Santos Maia passou a exercer a liderança incontestada até o seu falecimento em 1871. A partir daí a família dividiu-se em dois grupos: do lado do Partido Liberal o Coronel Valdevino Lobo Ferreira Maia; do lado do Partido Conservador os Coronéis Francisco Hermenegildo e João Agripino Maia de Vasconcellos.

Atualmente há um fracionamento na família Maia, fato comprovado no processo eleitoral último, quando o Prefeito Leomar Benício Maia apoiou o Candidato Cássio da Cunha Lima para Governador, enquanto que Gervásio Maia era candidato a vice-governador na chapa de Roberto Paulino para o governo do Estado. Portanto, atualmente há na cidade de Catolé do Rocha um faccionalismo político na família Maia, o que demonstra a perenidade da política de oligarquias na dinâmica política do município.

Em João Pessoa, capital do Estado, a nossa análise será voltada para o período pós-regime militar. Durante essa fase, o município foi considerado como “área de segurança nacional” e seus administradores eram escolhidos de forma indireta, sem o voto popular. A conquista do voto direto para as áreas de segurança nacional contou com uma forte mobilização popular, tendo à frente setores democráticos e de esquerda e

culminou com o fim do regime político imposto e a instituição de uma nova constituição para o País em 1988, com a realização de eleições livres e diretas em todos os níveis.

Historicamente, o município de João Pessoa apresenta uma certa tradição cívica, com movimentos sociais organizados e existência de várias agremiações de esquerda, ambos com relevante papel nos destinos políticos do país. No entanto, até há pouco tempo os prefeitos eleitos geralmente eram representantes de amplas coalizões tipicamente conservadoras, fato que torna João Pessoa uma das poucas capitais que não tinha sido administrada por político de esquerda. Só recentemente, com a eleição de Ricardo Coutinho pelo Partido Socialista Brasileiro - PSB, através de uma ampla coalizão incluindo partidos conservadores, como é o caso do PMDB, é que João Pessoa passou a ser administrada por representante de esquerda.

O prefeito anterior, Cícero de Lucena Filho, foi eleito em 1996 pelo PMDB e reeleito em 2002 pelo PSDB. Entre os motivos que levaram o prefeito a trocar de partido foi a divisão ocorrida na agremiação no ano de 2000, quando a direção estadual do PMDB paraibano não chegou a um consenso sobre quem sairia candidato a governador no Estado pelo partido. A disputa interna propiciou a saída da família Cunha Lima do PMDB para o PSDB, redefinindo o quadro partidário em todo o Estado da Paraíba, como veremos no município de Patos<sup>40</sup>.

O município de Patos, também apresenta uma história de disputa política entre duas famílias que se alternam no poder político local, sendo que atualmente

---

<sup>40</sup> Aliás, o "racha" no PMDB foi precipitado por um episódio patético protagonizado por um Senador da República e suas repercussões ilustram muito bem a dinâmica político-partidária que prevalece no Estado: um faccionalismo à moda da República Velha, em que dois grupos políticos programaticamente idênticos e outrora aliados, mas divididos a partir de vínculos e interesses pessoais e familiares divergentes, se digladiam na luta pelo poder utilizando-se de estratégias espúrias, que vão desde a instrumentalização de estruturas administrativas e governamentais até a própria *vendetta*, passando por cooptação econômica de eleitores e aliados, empreguismo, nepotismo e outras práticas recorrentes nas chamadas "relações de patronagem" (Cf. Caniello, 1990).

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

Em 1994, Geralda Medeiros foi eleita deputada estadual, sendo reeleita por duas legislaturas consecutivas. Em 1993, o candidato apoiado pela família Medeiros, Ivânio Ramalho Lacerda, do PMDB, foi eleito prefeito para o mandato 1993 a 1996. Em 1996, foi a vez de Dinaldo Wanderley, sobrinho de Rivaldo e Geralda Medeiros, filiado ao PFL, ser eleito prefeito de Patos. Em 2000 foi reeleito e, nas eleições de 2002, sua esposa, Edna Wanderley, foi eleita deputada estadual. Nas eleições de 2004, seguindo uma tendência estadual, onde nas principais cidades foram eleitos prefeitos da oposição, Patos elegeu um candidato do PMDB.

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

O "racha" do PMDB paraibano em 2000 teve reflexos importantes na dinâmica política do município, pois o prefeito Dinaldo Wanderley, do PFL ingressa no PSDB e apóia a candidatura de Cássio Cunha Lima para o governo do estado. Surgindo assim um faccionalismo político de base familiar<sup>41</sup>.

Em síntese, portanto, podemos afirmar que o poder político em Patos é constituído de comportamentos em que antigas práticas políticas se adaptam,

---

<sup>41</sup> "O racha no PMDB estadual entre os grupos do ex-governador José Maranhão e o deputado federal Ronaldo Cunha Lima refletiu na política de Patos, causou uma divisão na família Wanderley. Nabor Wanderley com o apoio da deputada Francisca Mota, sua sogra, vai disputar as eleições pelo PMDB contra Dinaldo Wanderley, hoje filiado ao PSDB" (Presidente do PC do B).



permanecendo "ressignificadas" ou "moduladas" na vida social. Os grupos políticos que disputam o poder político conseguem se adaptar a diversas situações políticas permanecendo do lado de quem está exercendo o poder, seja na esfera regional ou nacional (Cf. Bursztyn 1990: 115).

### 6.1.2 A "*Cultura Cívica*"

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

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

“o clima de abertura política favoreceu e intensificou a organização dos movimentos sociais, pautados pelo descontentamento em relação às péssimas condições de existência: Baixos salários e precárias condições de trabalho, falta extrema de acesso à habitação, saúde, educação e transporte etc.” Doimo (1995: 111).

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

A nossa análise sobre a cultura cívica dos municípios da pesquisa trata de descrever as principais organizações associativas existentes a nível local, especialmente as que se fazem representar nos Conselhos Municipais de Saúde.

No município de Catolé do Rocha as principais organizações da sociedade civil são as seguintes: Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Associação dos Produtores da Comunidade Cajueiro; Associação Comunitária do Trapiá; Associação Comunitária da Cajazeirinha; Associação Comunitária dos Pequenos Produtores de Coronel Maia; Associação Comunitária do Riacho do Povo; Sindicato dos Bancários; Igreja Evangélica; Igreja Católica.

Estas organizações estão estruturadas em um ambiente institucional com fraca tradição cívica. São organizações que surgiram com o objetivo de favorecer interesses privados ou, na melhor das hipóteses, para obter benefícios públicos para fins de desenvolvimento local, como é o caso da maioria das associações comunitárias rurais<sup>42</sup>, de modo que não são organizações surgidas pela mobilização dos movimentos sociais.

Entre as organizações com assento no CMS, está o sindicato dos trabalhadores rurais, a mais antiga das entidades. A sua atuação está voltada para o assistencialismo, com a assistência médico-odontológica ou através da burocracia fornecendo declarações

---

<sup>42</sup> O Banco do Brasil e o Banco do Nordeste têm algumas linhas de créditos destinadas às associações de pequenos produtores.

para fins de aposentadoria rural. O sindicato não se posiciona politicamente sobre os conflitos que envolvem a luta pela posse de terras.

Outro sindicato com representação no CMS, o sindicato dos bancários, foi criado por influência do então presidente do sindicato dos bancários da Paraíba, Fernando Vilar, que tinha como objetivo criar uma federação dos bancários no Estado. Entretanto, o município conta atualmente com apenas duas agências bancárias e um número muito pequeno de funcionários. Sem atuação, o sindicato tem servido apenas para manter a estabilidade no emprego de alguns dirigentes, além de votar na escolha de representantes para a federação.

A representação religiosa católica se mostra totalmente ausente dos conflitos sociais, não se posicionando politicamente, no entanto, constatamos que é a representação evangélica no CMS a que mais se destaca em relação às demais. De acordo com a grande maioria dos entrevistados a representação evangélica é a única que apresenta sugestões e solicita explicações sobre determinadas políticas do gestor.

De maneira geral, as organizações da sociedade civil estão ligadas aos grupos políticos oligárquicos. No CMS, geralmente as entidades que não concordam com a política do gestor se ausentam por temer perseguições. De acordo com os levantamentos de dados da pesquisa, o funcionamento do conselho ocorre sem conflitos. As propostas políticas dos gestores, em sua grande maioria, são de trabalhos a serem implementados e já definidos, restando ao conselho a sua aprovação ou não. De acordo com os conselheiros entrevistados e as atas das reuniões do conselho, não há registro de conflitos envolvendo conselheiros e gestor. As propostas políticas do gestor são sempre aprovadas por unanimidade.

O interesse pela participação nas entidades, na maioria das vezes, se dá por achar que poderá contribuir para a melhoria daqueles que fazem parte da comunidade que representam ou mesmo para obter benefícios próprios, como afirma um conselheiro:

“Aqui a gente não tem muito o que fazer, as coisas hoje em dia está muito difícil, sempre que eu posso eu tento melhorar a minha vida e de outros que me apóiam, primeiro agente tem que pensar na gente, se vêm um financiamento do Banco pra cá, eu vou ficar de fora? Se alguém tem que ficar eu não sou.” (Conselheiro usuário do CMS).

Portanto, de acordo com os dados obtidos, constatamos que não há mobilização da sociedade/comunidade, fato que possibilita as relações mediadas pelo favor e propicia continuidades da política clientelista.

Já João Pessoa apresenta uma sociedade civil que contempla diversas organizações sociais abrangendo vários setores da sociedade. Desde o período monárquico que se fala de conflitos entre a sociedade civil organizada e poder político instituído, com participação importante no cenário político brasileiro, como é o caso da participação na “Revolução Praieira”, na “Confederação do Equador” e na “Revolução de 1930” entre outros acontecimentos importantes da história. A participação da sociedade civil frente aos problemas sociais surgidos com o processo de industrialização possibilitou o surgimento de associações, sindicatos e partidos políticos comprometidos com a luta pelos direitos sociais.

Os movimentos sociais organizados contribuíram na resistência às ditaduras do Estrado Novo (1937-1945) e Militar em (1964-1985), na defesa do Estado democrático e de direito e no movimento pelo *impeachment* do presidente Collor. Isso nos leva a considerar João Pessoa como uma cidade que possui uma tradição associativa e uma cultura cívica.

Isso se reflete numa boa participação dos movimentos sociais no CMS, a saber: Associação dos Diabéticos de João Pessoa; Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN\*<sup>43</sup>; Federação dos Trabalhadores da Agricultura – FETAG\*; Associação Comunitária dos Moradores de Mangabeira; União Comunitária de Mangabeira; Sociedade dos Hemofílicos\*; Movimento Popular de Saúde de Mangabeira; Sindicato dos Motoristas e Trabalhadores em Transportes Rodoviários de Passageiros e Cargas do Estado\*; Secretaria Municipal de Saúde – SESAU; Associação de Portadores de Deficiência – ASPADEF\*; Sindicato dos Odontólogos da Paraíba – SINODONTO\*; Sindicato dos Médicos\*; Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho/PB\*; Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência/PB – SINDSPREV\*; Federação das Entidades Filantrópicas e de Misericórdia/PB\*; Universidade Federal da Paraíba; Associação Paraibana dos Hospitais\*; Federação Paraibana de Associações Comunitárias – FEPAC\*; Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes de João Pessoa; Sindicato dos Farmacêuticos\*; Associação dos Agentes Comunitários de Saúde – AACS-João Pessoa; Sindicato dos Trabalhadores em saúde/PB – SINDSAÚDE\*; Ministério da Saúde\*; União Pessoaense das Associações Comunitárias – UPAC; Secretaria de Estado da Saúde - SES/PB.

No município de Patos, através dos arquivos de alguns órgãos públicos, pudemos constatar a existência de várias organizações da sociedade civil com atuação no Município. Entre elas destacamos: AMEP - Associação dos Municípios das Espinharas; ASES - Associação Sertaneja de Estudantes Secundaristas; Associação Comercial de Patos; CAMPAL - Cooperativa Agrícola de Patos; e, a FETAG -

---

<sup>43</sup> As entidades marcadas com asterisco são de abrangência Estadual. Algumas fazem parte do Conselho Estadual de Saúde. A Resolução 333/03, diz que as entidades de abrangência estadual de vem ocupar vaga no conselho estadual de saúde e só quando trata-se de município sede de núcleo é importante a presença do núcleo regional de saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde. Essas entidades acabam por ocupar vagas que poderiam destinar-se as demais entidades de abrangência municipal. No caso de João Pessoa, por ser sede do 1º Núcleo Regional de Saúde, contempla a representação da SES/PB.

Federação dos Trabalhadores na Agricultura. Além destas existem 14 sindicatos: Sindicato dos Professores da rede privada; Sindicato dos Comerciantes; o Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Sindicato dos Eletricistas; Sindicato dos Professores do Município; Sindicato dos Empregados em Comércio e Serviços de Patos; Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Patos; Sindicato dos Moto-Taxistas; Sindicato dos Professores Estaduais; Sindicato dos Taxistas e Caminhoneiros; Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Purificação e Destilação de Água e Serviços de Esgotos da Paraíba; Sindicato Patronal do Comércio Varejista; Sindicato Rural; e, o Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais de Patos e Região.

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

Registramos ainda 28 Associações Comunitárias existentes nos bairros da cidade do município, além de uma Associação dos Sapateiros; organizações religiosas protestantes, espíritas, testemunhas de Jeová e católicas. Estas últimas têm atuação mais expressiva nas pastorais. Entre elas se destacam, em nível de organização e mobilização: a Pastoral da Criança, que desenvolve ações para reduzir a mortalidade infantil nas periferias, envolvendo centenas de famílias; a Pastoral da Criança que se articula com a Secretária Municipal de Saúde – SMS, encaminhando as crianças que precisam de medicamentos. Algumas de suas coordenadoras tornaram-se agentes comunitárias de saúde, ao serem aprovadas no concurso realizado pela SMS e aproveitadas pela experiência acumulada na área.

Por fim, o município ainda conta com o GIAASP - Grupo Independente de Análise Ação Social e Política, que é uma organização não governamental, que funciona desde 1991 e foi criada por pessoas da própria comunidade com o intuito de unir forças

em prol de benefícios para o município. As ações realizadas são oriundas de pesquisas efetuadas pelos participantes, de forma a detectar problemas existentes no município, formular soluções e levar ao conhecimento das autoridades competentes para que sejam colocadas em prática.

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

Com 28 associações comunitárias filiadas, a UAC atua junto às associações comunitárias na elaboração de projetos, tais como: construção de casas, alfabetização de adultos, construção de sedes próprias para as entidades associadas, cursos profissionalizantes e outras atividades. Também atua junto aos governos federal, estadual e municipal no sentido de obter benefícios, por exemplo: cestas básicas, assistências aos flagelados nos períodos de seca e construção de habitação para os “sem casa”.

A UAC funciona como uma espécie de “Central Sindical Única” local, pois congrega praticamente todo o movimento comunitário de Patos. Além disso, constatamos através de vários depoimentos que ela tem realizado algumas conquistas importantes para a comunidade, como posto médico para bairro, pavimentação de ruas, eletrificação, iluminação pública e esgotamento sanitário em áreas carentes do município. Cada associação define as necessidades de sua comunidade e a UAC analisa junto com o Conselho Escolar, Comissão de Emprego e Renda, Conselho Municipal de

Saúde. Depois de definidos os projetos e ações, são levados à discussão das autoridades competentes para viabilização.

Em depoimento, citado abaixo, o presidente do Sindicato dos Professores de Patos, nos deu um perfil da estrutura e funcionamento da UAC:

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

A origem da UAC está ligada aos movimentos sociais surgidos com o apoio da Igreja Católica, por intermédio da Comissão de Justiça e Paz (CJP) da diocese local. Segundo alguns entrevistados, a CJP funcionava a serviço dos que não tinham voz. A Igreja servia de escudo com a sua influência e assessoria, de modo que facilitava o surgimento de organizações populares combativas no município. Desta forma, parcelas da população de Patos começaram a ser organizadas para reivindicar melhores condições de vida, ampliação de equipamentos sociais (educação, saúde, saneamento, segurança, etc.). Neste contexto, foram criadas as condições necessárias para o fortalecimento do movimento popular, sendo coroado com a criação da UAC, cuja pretensão, desde o início, era unificar as associações comunitárias de bairro do município, conforme atesta depoimento:



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

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

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

Procuramos a Diocese de Patos para levantarmos informações sobre a atuação da Igreja nos dias de hoje. De acordo com a secretária da Paróquia de Nossa Senhora da Guia, a ação social que a Diocese desenvolve hoje abrange os 38 Municípios da Diocese. Isso se dá através de assistência às comunidades rurais e urbanas, assistindo agricultores, crianças, adolescentes, famílias, idosos, apoio às iniciativas associativas, fortalecimento da produção familiar, capacitação de lideranças comunitárias e de cidadãos para o exercício da cidadania e a integração das pastorais sociais da Diocese.

Além destas, outras atividades complementares são desenvolvidas no campo da Educação Musical, Reforço Escolar, Alfabetização, Curso de Pintura e Arte-Educação, Iniciação à Informática, Palestras Informativas, Formação Pessoal e Social, Formação

Religiosa, Hábitos de Higiene, Reciclagem de Papel, latas e plásticos. Através da Pastoral da Criança são realizados trabalhos com crianças e gestantes de famílias carentes, das periferias e bolsões de miséria, tanto no meio urbano quanto no meio rural.

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

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

Quanto à participação das entidades no CMS, o segmento dos usuários vem ocupando o cargo de presidência do Conselho desde a sua origem, apesar de várias tentativas, frustradas, do gestor local em eleger seus representantes, seja através das eleições regimentais ou tentativas de golpe com a publicação de decretos do executivo.

Dos municípios da pesquisa este é o único em que a presidência do conselho não está nas mãos do gestor.

Como se vê, a cultura cívica apresentada nos municípios da pesquisa demonstra que os processos recentes e alternativos de democratização possuem como um dos elementos principais para sua consolidação a idéia de participação. A possibilidade de participar junto à esfera pública das decisões e uma maior consciência participativa cidadã são um dos pré-requisitos mínimos na construção de um projeto de democracia não-hegemônica.

Ammann (1980) observa que as organizações civis assumem um papel importante dentro da sociedade na medida em que se tornam veículos de participação social. Ela conclui que é através da participação nas associações que diversas camadas sociais podem compartilhar seus problemas e interesses, adquirir poder reivindicatório e indiretamente ter acesso à gestão da sociedade.

Podemos constatar que mesmo nos pequenos municípios da pesquisa, onde as práticas do clientelismo e a dependência pessoal são um empecilho para uma prática democrática, consideramos que uma cultura cívica está sendo construída e proporcionando uma nova ordem democrática. O caso de Patos, por exemplo, ilustra uma situação em que convivem, lado a lado, a política tradicional e um número elevado de associação da sociedade civil.

## **6.2 A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS**

Garantir que o Estado possa prover condições essenciais para o exercício da cidadania é uma tarefa que cabe ao conjunto da sociedade. Entre aqueles que estão mais próximos dessa realidade, especialmente, aos servidores públicos, cabe o dever de cumprir à risca essa tarefa por adquirir um imperativo ético, moral e legal, ou seja, "a

própria sociedade precisa ser democratizada e assumir uma cultura de participação e também de ética de responsabilidade pública” (Cf. Teixeira, 2000:108).

Sabemos que a nossa história foi marcada pela presença de um Estado autoritário que conduziu a política distante das demandas sociais, e que foi responsável pelo quadro de deterioração do aparelho administrativo, entre outros. Isso tudo possibilitou o aparecimento de uma cultura de serviços que não revela os interesses-fim da Administração Pública, desarticulando a sociedade civil e dificultando a construção da cidadania (Cf. Braga, 2002:09).

Portanto, existe um espaço intermediário entre o Estado e a Sociedade que precisa ser ocupado por condições ideais para a prática da cidadania. Entendemos que um dos caminhos possíveis é via a política dos conselhos, por estes possibilitarem o debate sobre os dilemas enfrentados pela gestão municipal nos diferentes municípios e a sociedade. Isto se constitui hoje mais que um desafio, uma verdadeira imposição a todos os que possuem compromisso com a ampliação da cidadania.

A Constituição de 1988 garantiu a todos os cidadãos a participação popular. As leis Orgânicas criadas pós 1988 possibilitaram o surgimento de poderosos instrumentos de pressão, principalmente nos municípios das grandes cidades, capazes de garantir que o espaço de atuação dos cidadãos no conselho fosse ocupado de maneira efetiva e, desse modo, estava suplantada a concepção de que a gestão pública era prerrogativa da classe política. A institucionalização de mecanismos de descentralização administrativa e de participação popular nas administrações municipais possibilitou que decisões importantes do governo fossem tomadas após discussões com representantes da sociedade civil, ou seja, com conselheiros municipais. Por esta razão nosso trabalho procura focalizar questões cruciais no que diz respeito à gestão pública da saúde em cada município da pesquisa.

Como verificamos no levantamento estatístico de nossa pesquisa, há uma grande discrepância entre o que preconiza a lei e o que é colocado em prática pelos gestores municipais e estadual. Verificaremos, através da análise de alguns documentos oficiais obtidos, que essa é uma realidade concreta nos municípios da amostra.

No município de **Catolé do Rocha** a análise sobre a gestão da saúde teve como empecilho a ausência de relatórios de gestão. Mediante esta impossibilidade nossa análise foi feita a partir de entrevistas com conselheiros e de atas de reunião do CMS.

Uma das funções do conselho de saúde é aprovar o relatório de gestão municipal, pois este deveria ser portador de informações sobre custos, estratégias e atuação da secretária de saúde no combate a problemas para melhoria de saúde da população. Constatamos que não é de conhecimento dos conselheiros a existência de um Plano Municipal de Saúde - PMS, embora tenhamos podido constatar nas atas de reunião do conselho que anualmente é aprovado um PMS.

De acordo com entrevistas colhidas junto aos conselheiros nos foi possível constatar que as políticas de saúde chegam ao conhecimento dos conselheiros através de informes da secretária de saúde de maneira superficial. Os informes geralmente tratam de campanhas públicas desenvolvidas pela secretaria, como é o caso da política de combate ao mosquito da dengue, do cólera etc., sem que haja uma discussão prévia sobre a estrutura de funcionamento destas políticas, principalmente na questão da origem dos recursos e dos gastos nestas políticas. Conforme depoimento do conselheiro:

“Aqui a doutora sempre fala nas reuniões das campanhas de saúde, às vezes vem médico fazer palestras com a gente sobre as campanhas, e agente se quiser, pode perguntar e pedir pra que uma rua que não foi atingida na campanha seja incluída. Teve uma vez que um agente de saúde não tava indo trabalhar no combate a dengue o povo daquela rua e um conselheiro falou e foi atendido, mais é só isso, agente não sabe nada sobre dinheiro. Quando pedem pra

gente aprovar as contas agente aprova, mais mostram nenhuma conta não (conselheiro usuário).

As informações do conselheiro sobre as campanhas de saúde batem com as atas das reuniões do conselho, ou seja, a presidente do conselho que também é a secretária de saúde, vereadora e esposa do prefeito, não demonstra interesse em discutir questões referentes à aplicação de recursos ou a modalidades de contratação de funcionários para as políticas de saúde. Essa questão é vista como de responsabilidade apenas do gestor.

### **6.2.1 O Fundo Municipal de Saúde**

Outro instrumento importante do processo de democratização dessa nova institucionalidade é o Fundo Municipal de Saúde – FMS.

No município de **Catolé do Rocha**, o FMS foi criado para financiar as atividades de saúde. O Fundo deve ser de conhecimento obrigatório dos membros do Conselho Municipal de Saúde, no entanto, de acordo com entrevistas e leitura de atas das reuniões do conselho, não há conhecimento sobre a origem dos valores e aplicação dos recursos, caracterizando ausência de transparência da Secretaria de Saúde do Município.

Dos conselheiros entrevistados, apenas a presidente do conselho e a secretária executiva demonstraram conhecer o Fundo Municipal de Saúde, mas os entrevistados avaliam que o poder público municipal acata e cumpre as determinações e resoluções do CMS e que nunca houve problemas entre conselheiros e o gestor.

Já no município de **João Pessoa** o Fundo Municipal de Saúde está vinculado à Secretaria de Saúde do Município e foi criado através do Artigo 217 da Lei Orgânica para o Município, de 02/04/1990, estando disciplinado pela Lei 6.643, de 25 de abril de 1991. O FMS tem por finalidade: criar as condições financeiras e de gerência dos

recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas, no âmbito do município, pela respectiva secretaria de saúde, compreendendo, especialmente: o atendimento à saúde universalizado, de forma integral e hierarquizado; a vigilância sanitária e epidemiológica e ações de interesse individual e coletivo correspondentes; a elaboração no controle e na fiscalização das agressões ao meio ambiente, nela compreendido, o ambiente de trabalho, em articulação com as entidades competentes das esferas federal, estadual e municipal.

O FMS é subordinado ao Secretário Municipal de Saúde que tem como algumas de suas atribuições: gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação dos seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde; acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde; submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias bem como demonstrações mensais da receita e despesas do fundo; firmar convênios e contratos, inclusive de empréstimos, quando autorizados pelo prefeito, referente a recursos que serão administrados pelo Fundo.

As principais receitas do Fundo Municipal de Saúde são as transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Artigo 30 da Constituição da República; os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras; o produto de convênios firmados com outras entidades e doações em espécie feitas diretamente para este fundo; arrecadação das taxas de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao código sanitário municipal; parcelas de arrecadação de outras taxas já incluídas e daquelas que o município vier a criar; as parcelas de produto de arrecadação de outras receitas próprias

oriundas das atividades econômicas de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força da Lei e de convênios no setor.

Duas das atribuições do gestor do Fundo Municipal de Saúde, assegurado na Lei 6. 643/1991 são: gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação dos seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde e submeter a este último o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias bem como demonstrações mensais da receita e despesas do Fundo.

Apuramos, a partir das entrevistas realizadas junto aos conselheiros sobre o conhecimento do funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, que a grande maioria diz ter conhecimento da sua existência. Alguns afirmam apenas ter conhecimento, outros conhecer melhor, mas todos afirmam que a Secretaria de Saúde envia a prestação de Contas para apreciação dos conselheiros, conforme relatos dos conselheiros:

“Olha, eu sei que existe o Fundo Municipal de Saúde, mas não tenho informação sobre como funciona” (Conselheiro usuário).

“Tenho conhecimento porque eles mandam pra gente” (Conselheira usuária).

“a gente sempre tem acesso sobre o que foi pago. Eles mandam o relatório, mas na verdade falta os conselheiros ter mais cuidado com a fiscalização” (Conselheiro prestador).

“o Fundo Municipal de Saúde é primordial para que o SUS caminhe – Os conselheiros tem que acompanhar, fiscalizar e deliberar sobre os recursos a ser investido na saúde. Esse é um processo que o conselho tem que fazer como obrigação, mas eu acredito que 80% ainda não assume seu papel” (Conselheiro usuário).



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

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

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

“Assinar cheques com o responsável pela Tesouraria; Ordenar empenhos e pagamentos das despesas do Fundo; e, Firmar convênio e contratos, inclusive de empréstimos, referentes a recursos que serão administrados pelo Fundo. Ao Secretário Municipal de Saúde compete: Acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde; Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o Plano de Aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias; Submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo; Encaminhar à Contabilidade Geral do Município as demonstrações mencionadas; e, subdelegar competências aos responsáveis pelos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que integram a rede municipal (Lei Municipal 1.849, de 21 de junho de 1991).”

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

“A descentralização da saúde de Patos ainda não está efetuada totalmente. Hoje, toda conta de receita e despesa ainda está atrelada a Secretaria de Finanças do Município, inclusive o Fundo Municipal de Saúde” (Secretária de Saúde do Município).

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

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

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

Procuramos tanto a secretária de saúde como o presidente do conselho a fim de esclarecermos o impasse em relação ao prazo que as prestações de contas devem ser

enviadas ao conselho, mas estes demonstraram desconhecimento da Lei que instituiu o Fundo Municipal Saúde.

Segundo a Secretária de Saúde, “a secretaria não dispõe de recursos humanos para fazer a prestação de contas mensalmente” e afirma que a elaboração da prestação de contas da Secretaria de Saúde do Município não é da sua competência, uma vez que a gestão do FMS tem sido uma responsabilidade da Secretaria de Finanças. Em outros termos, a Secretaria de Saúde do Município não tem autonomia na gestão dos recursos concernentes ao FMS.

Pudemos observar que a ingerência da Secretaria de Finanças do município sobre o FMS tem dificultado tanto o desenvolvimento das ações por parte da Secretaria de Saúde, como por parte do CMS, no que se refere à fiscalização da execução orçamentária do FMS. De acordo com o presidente do conselho,

“a Secretaria Municipal de Saúde tinha que ter autonomia financeira, gerir os recursos relativos ao FMS, e a prefeitura depositar mensalmente a contrapartida numa conta da Secretaria de Saúde, o que, segundo ele, não acontece. Ainda segundo o Presidente do Conselho, o poder público não deposita a sua contrapartida, mas computa como contrapartida despesas com combustível, pagamento de pessoal, material de expediente, complemento de salários dos ACS's, que são pagos pela administração direta” (Presidente do CMS).

Em depoimento, a Secretária de Saúde fala sobre o problema da contrapartida da prefeitura para a constituição do Fundo. Ela nos informou que

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

O fato é que, concretamente, não há cumprimento da contrapartida do município na conformação do Fundo, comprometendo o desenvolvimento de ações por parte da Secretaria de Saúde do Município. Por outro lado, como ficou evidenciado também, essa “descentralização relativa” tem gerado alguns problemas no que diz respeito à efetivação do controle social. O que podemos observar na fala do presidente do CMS:

“O gestor está enviando a prestação de contas para o conselho anualmente, ao invés de mandar trimestralmente. Isso dificulta demais para o conselho fazer sua apreciação, porque o conselho não tem dinheiro para contratar um contador para fazer a apreciação, haja vista que se trata de uma peça orçamentária extensa e que exige conhecimentos especializados” (Presidente do CMS).

Na mesma entrevista, o presidente do conselho nos informou que a última prestação de contas que foi apreciada pelo conselho tinha sido a de 1999, faltando apreciar a de 2002, 2003 e 2004. Ele ainda nos adiantou que a prestação de contas de 2001 só foi possível ser apreciada porque o conselho conseguiu firmar um contrato de assessoria com um professor da universidade, que é contador e advogado.

Portanto, a partir do exposto nos depoimentos e da análise do conteúdo das atas das reuniões do conselho, é possível perceber limites ao real poder político do conselho no sentido de assumir uma de suas funções básicas, qual seja, a fiscalização dos gastos em saúde.

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

O montante de recursos provenientes da prefeitura para a saúde não está definido na lei municipal de criação do fundo, nem existe lei federal que defina a contrapartida de cada esfera de governo. No caso de Patos, como já vimos, a prefeitura tem computado como contrapartida despesas com pagamento de folha de pessoal da secretaria municipal de saúde e outras despesas como compra de medicamentos, manutenção de veículos, combustível etc., mas, que na realidade se tratam de despesas da administração direta.

Os recursos da Secretaria Municipal de Saúde, obtidos por meio de convênios firmados com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Programa de Planejamento Familiar, Programa de Controle das Carências Nutricionais, Programa de Vigilância de Menor de 01 ano em situação de risco, Programa de Promoção e Diagnóstico de Tuberculose, Programa de Saúde Mental, Programa de Controle e Diagnose da Diabete, Programa de Vigilância Epidemiológica são utilizados de acordo com a definição da fonte financiadora, que especifica onde estes devem ser aplicados.

### **6.3 OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

#### **6.3.1 Origem**

Os atuais Conselhos de Saúde foram criados por lei em 1990. Esta lei tem importantes características de participação, pois envolve representações da sociedade civil e do Estado, constituindo-se o CMS, assim, em uma instância pluralista. Estes conselhos são compostos de representantes eleitos por cada segmento da sociedade de modo que a metade dos componentes é obrigatoriamente de entidades que representam os usuários do sistema de saúde adquirindo, assim, uma configuração paritária:

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

Nos municípios da amostra identificamos que, na maioria dos casos, os CMS foram criados através de lei municipal, como é o caso Conselho Municipal de Saúde de **Catolé do Rocha**, criado em 17 de dezembro de 1993, através da aprovação da lei nº 056/93, pela Câmara Municipal. A lei que cria o Conselho é de caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde-SUS, no âmbito municipal.

Em 14 de março de 1997 a lei nº 709/97 alterou a redação do artigo 3º da lei que criou o Conselho, dando nova composição. Através de entrevistas e das atas pudemos constatar que na nova composição do conselho algumas entidades foram substituídas. A alegação do gestor é de que existia um número grande de entidades e que estas pouco participavam das reuniões do conselho, sendo esta uma das causas da falta de quorum em algumas reuniões. No entanto, constatamos que, pelo menos em uma das entidades substituídas, o motivo não era o alegado, pois a substituição deveu-se, na realidade, em função da militância política da representante da entidade, pois era declaradamente de oposição à política do gestor.

O CMS de **João Pessoa** foi criado em 1989, através do Decreto nº 1770 de 10/01/1989. Posteriormente, a legislação do CMS foi modificada pelos decretos de nº 1810 de 12/07/1989 e 2522 de 13/09/1993, passando a ser regido pela Lei nº 8.301 de 31/10/1997.

Como se trata de um conselho de uma cidade com uma certa tradição cívica podemos perceber que a composição do conselho é bastante abrangente, contemplando uma grande quantidade de entidades representativas da sociedade civil.

Já o CMS de Patos foi criado pela Lei 2.107/94, que orientou a formação dos Conselhos com indicação popular. A organização do conselho ganhou forma a partir da municipalização da saúde e da implantação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Para que o município de Patos aderisse ao PACS, fazia-se necessário que o CMS aprovasse o programa no município de forma a constar em ata que o mesmo era desejo dos conselheiros, e que estes assumiriam seu papel de fiscalizar o exercício do programa dentro do município como uma política local de saúde.

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

Mesmo considerando que os conselhos são essenciais para construção de um espaço público, que são instrumentos de participação, não podemos deixar de considerar que muitos foram criados apenas para cumprir uma exigência legal, em função dos recebimentos de recursos. Na maioria dos casos há uma vinculação direta entre a data da criação do conselho e a promulgação de leis estaduais e federais que normatizam o repasse de verbas para os municípios. Esta é uma realidade que se aplica aos três Conselhos Municipais de Saúde analisados nesta pesquisa.

### **6.3.2 Natureza**

Quanto à natureza dos conselhos em geral, estes podem ser consultivos, de opinião ou deliberativos. No caso dos Conselhos Municipais de Saúde, estes apresentam uma importante conquista legal, pois, como determina a lei, eles devem ter caráter

deliberativo. Neste sentido, suas decisões ganham força de ato de Estado à medida que é garantida a capacidade de interlocução entre os segmentos que os compõem, principalmente quando os representantes da sociedade civil têm força para garantir sua deliberação negociando com competência e construindo consensos. A deliberação do Conselho torna-se um ato de governo quando é homologado pelo poder público e publicada no Diário Oficial. Ao intervir nesta dinâmica, o Conselho atua como Estado e seu ato é mais forte do que uma portaria governamental.

De fato, os Conselhos Municipais de Saúde possuem caráter deliberativo e permanente e as deliberações da plenária devem ser transformadas em resoluções e, devendo as mesmas, de acordo com a Lei 8.142 de 28/12/2004, serem homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Apesar de todos os conselhos analisados na pesquisa serem de natureza deliberativa, em muitos casos, a distância entre o que está estabelecido na lei e o que ocorre na prática indica que sequer podemos considerá-los como consultivos ou de opinião.

Em **Catolé do Rocha**, a natureza do Conselho também deveria ser de caráter deliberativo como manda a lei. No entanto, a fraca atuação do conselho acarreta que o seu caráter adquira um comportamento de um conselho apenas consultivo, ou seja, o conselho está mais para aprovar as mensagens do gestor e atenuar as pressões vindas da população do que discutir, de forma independente, os problemas da população e apontar soluções.

No que se refere ao Conselho Municipal de Saúde de **João Pessoa**, segundo os relatos dos entrevistados algumas deliberações são homologadas, mas há dificuldades nas negociações entre conselho e gestor, com contradições nas falas dos entrevistados como:



“Os assuntos entram em pauta, mas, não temos retorno, solução sobre o problema ou assunto colocado em pauta”.

“O prefeito, os vereadores, eles não acatam as decisões do conselho”.

Dessa forma, há momentos em que o conselho é deliberativo, mesmo diante da falta de homologação por parte do gestor, o que desencadeia uma disputa de correlação de forças norteadas pelos interesses dos atores. Em outros momentos, ele assume caráter consultivo porque discute e analisa os assuntos/denúncias em pauta, buscando soluções e por fim assume o caráter de planejamento quando participa da elaboração de uma determinada ação ou quando ao analisar um projeto ou programa, propõe alterações, sugestões. Segue depoimentos de alguns entrevistados:

“Há muita discussão. Muitas vezes tem que haver um trabalho de convencimento, de articulação de apoio para votação de um assunto – muita coisa não tem resolutividade, depende do prefeito”

“Olha, quando as coisas estão de acordo com os interesses do prefeito não tem problema, agora, quando é o contrário, aí a coisa pega”

“Temos discussões, assuntos que entram em pauta, mas não temos retorno, as pautas são sobrepostas uma as outras mas não solucionamos as questões. Acho que a culpa é dos conselheiros, não acompanhamos, não cobramos do conselho, os problemas são levados para discussão mas não são resolvidos. Acho que é porque vão de encontro a interesses de algumas pessoas, eu acho que o conselho deveria ser mais independente”.

Ao analisarmos os depoimentos é possível identificar transferências de culpas e responsabilidades na resolutividade das deliberações, como também o jogo de interesses e a sensação de falta de autonomia por parte dos conselheiros.

No CMS de Patos há, além de uma vasta relação de competências prevista no regimento interno, a Lei 2.107/94 que prevê o caráter deliberativo do conselho quanto

“ao estabelecimento, o acompanhamento e avaliação da política e diretrizes municipais de saúde”, bem como sua responsabilidade para “aprovar, acompanhar e avaliar a execução do plano municipal de saúde”. (Incisos I, II e III do Art. 1º da Lei 2.107/94).

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

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

Diante do exposto, observamos que todos os conselhos analisados nesta pesquisa são de natureza deliberativa, no entanto suas deliberações são fortemente condicionadas à ingerência política dos gestores municipais, o que indica uma clara falta de autonomia. Normalmente, constituem-se em meras instâncias de "legitimação" de políticas elaboradas pelo executivo municipal e seu poder de interferência na gestão da saúde pública é obnubilado ora pela falta de vontade política dos prefeitos e secretários, ora

pela própria inoperância dos conselheiros, ora pela falta de instrumentos legais que o garantam. Como observa Maria da Glória Gohn,

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

Contudo, segundo Santos há uma tendência cada vez maior das deliberações do conselho serem homologadas, mas ainda é necessário um processo de luta muito grande para garantir a sua prática deliberativa (Cf. Santos 2000:18).

### 6.3.3 *Infra-Estrutura*

Para que os conselhos funcionem de maneira regular é necessário que tenham uma infra-estrutura e um suporte administrativo, que garantam que suas atividades tenham um caráter permanente. Nos conselhos pesquisados vamos encontrar diversas situações, mas todos os casos apresentam problemas para efetivar seu funcionamento como veremos a seguir.

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

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

"4ª Diretriz: os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. Item 1 – O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de

Recursos Humanos do SUS (...). Item III –A secretaria executiva é subordinada ao plenário do conselho de saúde, que definirá sua estrutura e dimensão”.

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

O CMS de **Catolé do Rocha** não possui local próprio para realizar suas atividades de funcionamento. As reuniões ocorrem em uma sala da vigilância bacteriológica na Secretaria Municipal de Saúde. As reuniões são geralmente coordenadas pela presidente do conselho e contam com uma secretária executiva responsável pela organização e encaminhamento das decisões.

Em **João Pessoa**, desde sua criação e até o ano de 1993, o Conselho Municipal de Saúde funcionava numa pequena sala localizada no prédio da Secretaria de Saúde do município. Não havia estrutura adequada e os conselheiros reuniam-se em outro local. O controle das freqüências e as atas eram efetuados por um conselheiro eleito para desempenhar o papel de uma secretária executiva.

A partir de 1993, o conselho passou a contar com uma secretária executiva (que não era conselheira de saúde)<sup>44</sup>, porém ainda funcionava de forma precária. No final de 2002, o conselho ganhou uma nova estrutura para seu funcionamento: um espaço, com quatro salas, instalado ainda no prédio da Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente, possui uma sala bem equipada para a Secretaria Executiva e de apoio administrativo; uma sala para o presidente do conselho, onde o mesmo comparece

---

<sup>44</sup> A secretária executiva e o apoio administrativo fazem parte do quadro de servidores da prefeitura municipal.

todas as tardes para receber a população e auxiliar no encaminhamento das deliberações; outra sala para as reuniões do conselho; há ainda uma sala que está sendo preparada para acolher uma biblioteca. Quando há necessidade de um espaço maior, o conselho reúne-se no auditório da Secretaria de Saúde ou na Câmara de Vereadores do Município.

A secretária executiva elabora as atas e pautas, as quais são enviadas com antecedência aos conselheiros de saúde. Os assuntos em pauta dependem da demanda, sejam denúncias da comunidade, interesse dos conselheiros e/ou da secretaria de saúde, através de seu gestor. A secretária zela pelo arquivo da documentação do conselho, controla as frequências dos conselheiros, elabora calendários e agendas de atividades construídas e aprovadas pelo plenário do conselho, entre outras atribuições competentes. Aliás, todos os entrevistados relataram que a secretária executiva desempenha bem suas funções.

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

Atualmente o conselho funciona na Casa dos Conselhos, localizada no centro da cidade, onde funciona também o Conselho da Criança e do Adolescente. A Casa dos Conselhos tem três salas. Na primeira sala, funciona o CMS, que divide o espaço da sala de 20 m<sup>2</sup>, com a Associação dos ACS's e com a Federação Paraibana dos ACS's, e na segunda sala funciona o Conselho da Criança do Adolescente. A terceira sala funciona como um mini-auditório improvisado.

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

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

A infra-estrutura necessária para um funcionamento regular de um conselho deveria constar de atividades de caráter permanente, como propõe Teixeira:

“definição de planos de trabalho e cronogramas de reunião; produção de diagnósticos e identificação de problemas; conhecimento de estruturas burocráticas e de mecanismos legais do setor; cadastramento de entidades governamentais e não governamentais; discussão e análise de leis orçamentárias e elaboração de proposições; acompanhamento de ações governamentais através não apenas de relatórios como também de visitas de campo e entrevistas com os dirigentes e usuários dos serviços” (Teixeira, 2000: 112).

Diante do exposto podemos constatar que os conselhos pesquisados não dispõem dos elementos citados acima, na maioria dos casos as ações dos conselhos se restringem a reuniões ou atividades burocráticas.

Além do mais, à exceção do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, os demais Conselhos Municipais de Saúde não possuem um bom nível de infra-estrutura física e funcional. Em geral funcionam numa sala cedida pela respectiva secretaria de saúde apenas para realização de reuniões. Não possuem arquivos, calendários e agendas de trabalho, apenas os documentos básicos. A elaboração de atas, pautas e freqüência é

feita um membro do conselho ou alguém do quadro de servidores da secretaria de saúde que não é exclusivo, mas é colocado á disposição para contribuições eventuais.

#### **6.3.4 Orçamento Próprio**

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

Entretanto, na prática os conselhos municipais de saúde não têm orçamento próprio por não serem um órgão executor, o que torna as atividades desenvolvidas pelo conselho dependentes da aprovação e financiamento do gestor. Quando há o interesse do gestor em financiar determinada atividade do conselho, este proporciona alocação de verbas do Fundo Municipal de Saúde para as atividades pretendidas. Portanto, a grande maioria dos Conselhos apresenta uma fraca tradição associativa e isso faz com que o conselho se torne um órgão totalmente dependente do gestor, não respondendo aos reclames da população.

Com efeito, o caso do CMS de João Pessoa demonstra que quando há uma ação mais incisiva da sociedade civil, o gestor municipal se vê na contingência de prover o conselho de uma dotação orçamentária que garanta minimamente sua autonomia.

Segundo Martim Laurindo, presidente do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, ao assumir o colegiado já havia dotação orçamentária para o conselho. Mas foi na sua gestão que houve um aumento considerável nesses recursos. No ano de 2001 foi orçado para 2002 um total de R\$ 56.800,00, destinados a: realização de eventos, oficinas, seminários e Conferência Municipal de Saúde (despesas com diárias, passagens e transportes dos convidados e dos conselheiros de saúde para participar de

eventos em locais fora do Estado); materiais de consumo, expediente, permanentes e equipamentos; remuneração dos serviços de natureza eventual, prestado por pessoas, sem vínculo empregatício como: assessorias, jurídica e contábil e comunicação. Esse recurso assegura uma estrutura física adequada para o funcionamento do referido colegiado, bem como viabiliza a realização das atividades anuais agendadas em plenário desse conselho. No entanto a autonomia financeira não garante a autonomia política, no que se refere à efetivação das deliberações de um conselho de saúde.

### **6.3.5 Regimento Interno**

No tocante à existência de um regimento interno, constatamos que em alguns dos Conselhos da pesquisa, os conselheiros não têm conhecimento da existência de um regimento interno de funcionamento.

O regimento interno do CMS de **Catolé do Rocha**, de acordo com a presidente é o próprio estatuto. Nele estão definidas as normas de funcionamento que se resumem em:

- Definir as prioridades de Saúde; estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde;
- Propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos;
- Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde, prestada à população pelos órgãos e entidades pública e privada integrantes do SUS no município;



- Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- Definir critérios para a celebração dos contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços de saúde;
- Apreciar previamente os contratos convênios;
- Estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de unidade prestadora de serviço de saúde pública e privada no âmbito do SUS;
- Elaborar regimento interno;
- Outras atribuições estabelecidas em normas complementares.

Em 30 de abril de 2003 foi criado um regimento interno do Conselho. Chamamos a atenção para o fato de que até esta data o conselho funcionou baseado em estatuto que adquiria o status de regimento. No entanto, de acordo com a ata da reunião realizada em 27 de abril de 2005, há dúvidas quanto à data de criação do regimento interno, já que consta em ata a discussão quanto a necessidade de diminuir o número de conselheiros para dez, além de propor mudanças no regimento. Também consta em ata que a discussão teve a presença de titulares e suplentes. Nada anormal se os suplentes não tivessem os mesmos direitos de voto dos titulares de suas entidades presentes na mesma reunião, fato corriqueiro nas reuniões do conselho.

Em **João Pessoa**, há um bom encaminhamento no que se refere à discussão do regimento interno, pois, desde a criação do CMS, já foram elaborados três regimentos. O primeiro data de 24/03/1990, o segundo de 25/11/1993 e o terceiro e atual de 31/10/1997.

Entre as várias questões normatizadas pelo regimento, destacaremos, em primeiro lugar, algumas questões gerais que foram identificadas nas composições do conselho:

- Participação de entidades/instituições de abrangência estadual, ocupando vagas de entidades de abrangência municipal;
- Representantes das 03 esferas de governo;
- O bairro de mangabeira teve forte representação em alguns mandatos;

A composição do conselho não está de acordo com a Resolução 33, do Conselho Nacional de Saúde. Isto está claro principalmente nas primeiras composições;

- Desde a criação do conselho não foi identificada a representação das entidades religiosas;
- Entre os mandatos de 1991/ 1993 e 1993/1998, observa-se um longo período sem haver eleição para novos mandatos;
- A partir do 3º mandato o conselho passou a contar com uma secretária executiva.

Na lei de criação do conselho está contemplada a representação das 03 esferas de governo, uma vez que João Pessoa é sede de Núcleo Regional de Saúde. No entanto foram identificados alguns pontos que não estão assegurados no regimento interno:

- Representação das entidades religiosas;
- Participação do secretário de saúde como membro nato;
- Em seu Artigo 2º Inciso 1º está colocado o termo membros efetivos e não titular;

- Ainda no Artigo 2º, Inciso 4º, está colocado o termo designar e não nomear ou homologar;
- Período de recondução dos membros (Art. 6º que trata do tempo de mandato);
- A plenária como órgão máximo de deliberação;
- Cada conselheiro titular terá um voto por matéria;
- Que as decisões serão homologadas pelo chefe do poder executivo;
- Que as decisões do conselho devem ser consubstanciadas em resoluções.

A lei de criação de um conselho é o instrumento legal que legitima o colegiado, dispõe sobre seu funcionamento, composição e competências. Deve ser elaborada com clareza e objetividade, de forma a contemplar todo o conteúdo de que trata o referido documento para não dar margem a equívocos, interpretações divergentes que impliquem na organização e funcionamento do órgão. Segue abaixo um resumo dos itens assegurados em Lei:

- Artigo 1º: determina que o conselho municipal de saúde é órgão permanente e de deliberação coletiva, integrante da estrutura administrativa da secretaria de saúde;
- Artigo 2º: determina a participação de 24 membros titulares com seus respectivos suplentes distribuídos pelos segmentos da seguinte forma: 03 representantes do governo nas 03 esferas (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde); 03 dos prestadores de serviços do SUS; 06 dos trabalhadores de saúde e 12 dos usuários do SUS, eleitos em fórum próprio, exceto os representantes do governo que são indicados pelos gestores do poder executivo;
- Artigo 3º: determina as competências do conselho;

- Artigo 4º: trata da participação do conselheiro como membro efetivo ou suplente, de forma voluntária e honorífica, não gerando direito a qualquer remuneração;
- Artigo 5º: determina que o presidente deve ser eleito pelo plenário do conselho;
- Em seu Artigo 6º diz que o mandato será de 02 anos;
- O Artigo 7º trata da perda do mandato mediante faltas não justificadas;
- O Artigo 8º assegura o funcionamento da secretaria executiva, com atribuições especificadas no regimento interno;
- Em seu Parágrafo Único diz que o apoio técnico administrativo será requisitado à secretaria municipal de saúde;
- No Artigo 9º está assegurada a dotação orçamentária.

Há algumas divergências entre os dois instrumentos que legitimam o conselho e isso se deve ao fato de que alguns pontos já citados que não estão assegurados na lei encontram-se contemplados no regimento interno. No entanto este último é elaborado após a aprovação da Lei que cria o conselho. Destacamos os pontos contemplados no regimento interno:

- A recondução do mandato é por igual período;
- A participação do público nas reuniões ordinárias;
- Cada conselheiro terá um voto por matéria.

A partir de 1999, de acordo com o regimento interno, o conselho passa a ter em sua estrutura comissões de trabalho, constituídas para atividades específicas, o que não está contemplado na Lei.

Já no CMS de Patos, após levantamentos realizados no livro de atas das reuniões do conselho, constatamos que em reunião realizada em 22 de novembro de 1994, foi lido e aprovado o regimento interno do Conselho.

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

No seu artigo 2º, o regimento diz que o conselho está organizado através do Plenário, órgão de deliberação, da Secretaria de Apoio, como órgão de apoio administrativo ao Conselho, e pela Secretaria Executiva, que também dá suporte administrativo e de representação à presidência do Conselho.

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

- Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e gerência técnico-administrativa;
- Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- Traçar diretrizes e elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS;

- Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito da deliberação do colegiado;
- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- Propor a convocação e estruturar a Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde;
- Fiscalizar a movimentação e recursos repassados à Secretaria Municipal de Saúde e ou do Fundo Municipal de Saúde;
- Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema Único da Saúde;
- Propor critérios para programação e para execuções financeiras e orçamentárias dos fundos de saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos;
- Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e funcionamento de unidades prestadoras de serviço da saúde pública e privada no âmbito do SUS;
- Estimular, apoiar ou promover estudo e pesquisa sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS.

À Secretaria de Apoio compete:

- Assessorar e apoiar administrativamente o Conselho Municipal de Saúde;
- Organizar a documentação e movimentar o expediente;
- Providenciar as diligências aprovadas pelo plenário ou solicitadas pelos conselheiros;
- Controlar a frequência dos membros do Conselho;
- Fornecer cópias das resoluções e extratos das publicações no Diário Oficial do Município;
- Providenciar a guarda e tramitação dos processos;

- E elaborar as atas das reuniões.

À Secretaria Executiva compete:

- Coordenar, controlar, planejar e supervisionar as atividades da Secretaria de Apoio;
- Elaborar o relatório anual do Conselho;
- Levar a decisão do Conselho quaisquer incidentes processuais, inclusive desistência quando os processos não tiverem sido concluídos;
- Distribuir cópias das pautas e Atas aos membros, com antecedência mínima de 48 horas das reuniões etc.

Por último, destacamos duas questões postas no regimento interno. Primeira, o regimento reza que toda proposição deve ser encaminhada de forma expressa, sendo formalizado o processo e designado relator. Segunda, as decisões do Conselho serão expressas na forma de resoluções e serão publicadas por extrato no Diário Oficial do Município.

### **6.3.6 Composição**

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

Nos municípios da pesquisa constatamos que a composição dos conselhos apresenta características distintas e, para comprovarmos suas repercussões, procuramos destacar a composição de cada um para termos uma real compreensão do seu funcionamento.

Em **Catolé do Rocha**, a primeira composição do Conselho não se enquadrava nas normas da LOS, pois a representação dos usuários, com nove conselheiros, era maior do que a dos prestadores, com sete conselheiros, o que feria o sistema de paridade exigida por lei. A primeira composição do Conselho era a seguinte:

- Representação do Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
  - ◆ Núcleo Regional de Saúde
  - ◆ EMATER
  - ◆ Secretaria Municipal de Educação
- Representação dos Profissionais de Saúde
  - ◆ Trabalhadores da Área Saúde
- Representação dos Prestadores de Serviço
  - ◆ Fundação Hospital e Maternidade Silva Mariz
  - ◆ Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS
- Representação dos Usuários
  - ◆ Igreja Católica
  - ◆ Clube de Mães
  - ◆ Igreja Evangélica
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores Rurais
  - ◆ Associação dos Produtores da Comunidade Cajueiro



- ◆ Associação Comunitária do Trapiá
- ◆ Associação Comunitária Cajazeirinha
- ◆ Associação Comunitária dos pequenos Produtores de Coronel Maia
- ◆ Associação Comunitária do Riacho do Povo

A alteração do estatuto do Conselho, em 14 de março de 1997, pela lei municipal nº 709/97, modificou a composição do Conselho dando a seguinte formação:

- Representação do Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
  - ◆ Núcleo Regional de Saúde
  - ◆ EMATER
  - ◆ Secretaria Municipal de Educação
- Representação dos Prestadores de Serviços
  - ◆ Fundação Hospital e Maternidade Silva Mariz
  - ◆ Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS
- Representação dos Profissionais de Saúde:
  - ◆ Trabalhadores da Área de Saúde (03 membros)
- Representação dos Usuários:
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Catolé do Rocha
  - ◆ Igreja Católica
  - ◆ Igreja Evangélica
  - ◆ Clube de Mães
  - ◆ Associação dos Produtores da Comunidade Cajueiro
  - ◆ Associação Comunitária do Trapiá

- ◆ Associação Comunitária da Cajazeirinha
- ◆ Associação Comunitária dos Pequenos Produtores de Coronel Maia
- ◆ Associação Comunitária do Rancho do Povo

Portanto, de acordo com a formação acima, o CMS de Catolé do Rocha se enquadra nas normas da LOS, isto é, ele tem uma composição paritária (dez representantes dos usuários e dez representantes dos prestadores).

Em 30 de abril de 2003 foi alterado o regimento do Conselho modificando a composição do conselho, que passou a ter a seguinte configuração:

- Representação de Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde;
  - ◆ Secretaria Estadual de Saúde.
- Representação dos Profissionais em Saúde
  - ◆ Representação dos Trabalhadores de Nível Médio;
  - ◆ Representação dos Trabalhadores de Nível Superior;
  - ◆ Representação do Programa Saúde da Família.
- Representação dos Prestadores de Serviço
  - ◆ Representação dos Prestadores de Serviços de Saúde Filantrópicos ou Privados.
- Representação dos Usuários
  - ◆ Associação Clube da Maior Idade
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores Rurais
  - ◆ Igreja Católica
  - ◆ Igreja Evangélica
  - ◆ Conselho de Desenvolvimento Rural

De acordo com esta composição a alteração do regimento contempla a LOS. Nota-se que houve uma redução no número de participantes e também o surgimento de novas entidades. No caso específico da representação dos prestadores de serviço não há nome da entidade representada, fato esse que fere a resolução 33 de 23 de dezembro de 1992 do CNS que, no entanto, mantém a paridade.

O CMS de **João Pessoa** apresenta uma dinâmica diferente dos demais no que se refere à sua composição, pois ao longo da sua existência, ele foi regulado por nada menos do que sete instrumentos legais, cada qual estabelecendo modificações na representação.

Na sua 1ª composição, definida pela Portaria nº 11/90 de 16/01/90, o conselho era composto de 16 membros titulares e seus respectivos suplentes para o mandato de 01 ano, com recondução por igual período, distribuídos da seguinte forma:

- Representação do Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
  - ◆ Secretaria de Planejamento do Município
  - ◆ Secretaria de Saúde do Estado
  - ◆ Delegacia Regional do Trabalho
  - ◆ Escritório Regional do Inamps
  - ◆ Universidade Federal da Paraíba
  - ◆ Secretaria Municipal de Educação
  - ◆ Fundação Serviços de Saúde Pública – FSESP
  - ◆ Diretoria Regional da SUCAM
  - ◆ Representação dos Trabalhadores da Saúde (5 membros)

- Representação dos Usuários

- ◆ União Pessoaense de Associações Comunitárias (02 membros)

A composição acima descrita não contempla as normas da LOS, pois fere os princípios de paridade e pluralidade previstos em lei. Os trabalhadores da saúde ocupam duas vagas na representação do governo e a FETAG, que deveria estar no segmento dos usuários, ocupa uma vaga como titular representando os trabalhadores de saúde e ainda há entidades que ocupam duas vagas no segmento dos usuários, e duas entidades que deveriam estar inseridas no segmento dos prestadores de serviços do SUS estão representando os trabalhadores de saúde.

Portanto, não há clareza quanto à representação das entidades/instituições nos segmentos e, além do mais, a participação maior é de representantes do governo e prestadores de serviços do SUS. No que tange à representação dos trabalhadores de saúde, fica claro que as entidades que estão representando esse segmento são entidades que representam governo, prestadores de serviços e usuários, de forma que o referido segmento não está de fato representado. O mais grave, entretanto, é que a representação dos usuários é mínima. Também chamamos a atenção para o fato de que as secretarias de educação e planejamento não fazem parte diretamente da área de saúde, mas estão representadas no Conselho.

Em 22/08/91, através da portaria nº 576/91, o conselho adquire uma nova composição com 22 membros titulares e seus suplentes, para o mandato de um ano, e recondução do mandato por igual período.

- Representação dos Órgãos Públicos

- ◆ Secretaria Municipal de Saúde

- ◆ Fundação Nacional de Saúde

- ◆ Secretaria de Saúde do Estado
- ◆ Câmara Municipal
- ◆ Escritório Regional do INAMPS
- ◆ Universidade Federal da Paraíba
- ◆ Secretaria Municipal de Educação
- ◆ INSS
- Representação da Sociedade Civil
  - ◆ Representação dos Trabalhadores dos Serviços Municipais de Saúde
    - Secretaria Municipal de Saúde
    - Trabalhadores da Saúde
    - Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado da Paraíba - FETAG (2 membros)
    - Entidades Prestadoras de Serviços Filantrópicos de Saúde
    - Federação dos Trabalhadores nas Indústrias do Estado da Paraíba (2 membros)
  - ◆ Representação dos Usuários
    - Sindicato dos Empregados do Comércio (3 membros)
    - União Pessoaense de Associações Comunitárias (04 membros)

Nesta composição são considerados dois segmentos: órgãos públicos e representantes da sociedade civil. Neste último se encontram os trabalhadores de saúde e usuários. Na representação dos órgãos públicos, a Câmara de Vereadores ocupa uma vaga, enquanto a Secretaria Municipal de Saúde ocupa vagas nos segmentos dos trabalhadores de saúde, usuários e prestadores de serviços do SUS. Além disso, algumas

entidades ocupam duas ou mais vagas nos segmentos dos trabalhadores de saúde e usuários.

Em 15 de julho de 1993 é publicada portaria de nomeação que altera a composição do Conselho de 22 para 35 membros titulares e seus respectivos suplentes, com mandato de um ano, com recondução por igual período, adquirindo a seguinte composição:

- Representação do Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
  - ◆ Secretaria de Saúde do Estado
  - ◆ Secretaria Municipal de Educação e Cultura – SEDEC
  - ◆ Escritório Regional do INAMPS
  - ◆ Universidade Federal da Paraíba
  - ◆ Fundação Nacional de Saúde – FNS
  - ◆ Associação Paraibana de Hospitais
  - ◆ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS
  - ◆ Federação de Entidades Filantrópicas e de Misericórdias do Estado da Paraíba
- Representação dos Trabalhadores da Saúde
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde (02 membros)
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado da Paraíba - SINDSAÚDE
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores da Indústria, Construção Civil e do Mobiliário de João Pessoa
  - ◆ Associação Brasileira de Enfermagem – Abem

- ◆ Sindicato dos Farmacêuticos da Paraíba
  - ◆ Sindicato dos Médicos da Paraíba
  - ◆ Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde e Previdenciários – Sindsprev
  - ◆ Central Única dos Trabalhadores – CUT
  - ◆ Sindicato dos Odontologistas da Paraíba – SINDODONTO
  - ◆ Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde – SINDSEP
- Representação dos Usuários
    - ◆ União Pessoaense de Associações Comunitárias - UPAC (02 membros)
    - ◆ União Pessoaense de Associações Comunitárias
    - ◆ Sindicato dos Empregados do Comércio de João Pessoa (02 membro)
    - ◆ Sindicato do Comércio de Vendedores Ambulantes e Feirantes de João Pessoa (02 membros)
    - ◆ Federação Paraibana das Associações Comunitárias – FEPAC
    - ◆ Sociedade dos Hemofílicos da Paraíba – SH/PB
    - ◆ Fraternidade Cristã dos Doentes e Deficientes – FCD
    - ◆ Associação dos Amigos E Residentes No Jardim 13 De Maio (01 membro)
    - ◆ Assoc. dos Amigos e Moradores do Bairro dos Novais
    - ◆ Associação dos Moradores do Conjunto Padre Hildon Bandeira
    - ◆ Associação dos Moradores de Tambaú
    - ◆ Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE
    - ◆ Procon
    - ◆ Associação Paraibana dos Portadores de Deficiência Física – ASPADEF

- ◆ Associação Comunitária dos Moradores de Mangabeira

Na composição acima há um aumento do número de conselheiros nos segmentos dos usuários e trabalhadores de saúde, através da participação de associações de bairros. No entanto ainda há entidades ocupando duas ou mais vagas.

Em 26 de maio de 1998, nova portaria de nomeação é publicada alterando a composição anterior de 35 para 24 membros titulares e seus suplentes, para o mandato de dois anos, com recondução por igual período, distribuídos da seguinte forma:

- Representação do Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
  - ◆ Secretaria Municipal de Educação e Cultura
  - ◆ Escritório de Representação do Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde
  - ◆ Associação Paraibana de Hospitais
  - ◆ Universidade Federal da Paraíba
  - ◆ Federação das Entidades Filantrópicas e de Misericórdia do Estado da Paraíba
- Representação dos Trabalhadores da Saúde
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado da Paraíba – Sindsaúde
  - ◆ Sindicato dos Farmacêuticos da Paraíba
  - ◆ Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde
  - ◆ Sindicato dos Médicos da Paraíba
  - ◆ Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde e Previdenciários Sindsprev



- ◆ Sindicato dos Odontologistas da Paraíba – Sindodonto
- ◆ Sindicato dos Trabalhadores em Correios e Telégrafos na Paraíba – Sintert
- ◆ Sindicato dos Trabalhadores em Serviço Público Federal no Estado da Paraíba – Sintserf .
- Representação dos Usuários
  - ◆ União Pessoaense de Associações Comunitárias – Upac
  - ◆ Federação Paraíba das Associações Comunitárias – Fepac
  - ◆ Sociedade dos Hemofílicos da Paraíba – Sh/Pb
  - ◆ Fraternidade Cristã dos Doentes e Deficientes – Fcd
  - ◆ Associação dos Amigos e Moradores do Bairro dos Novais
  - ◆ Associação Paraibana dos Portadores de Deficiência Física – Aspafef
  - ◆ Associação Comunitária dos Moradores de Mangabeira – Acmm
  - ◆ Arquidiocese Pastoral da Saúde
  - ◆ Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado da Paraíba
  - ◆ Associação dos Diabéticos de João Pessoa
  - ◆ Sindicato dos Motoristas da Paraíba

Tanto quanto a composição anterior, esta composição não contempla os critérios de paridade previstos em lei, pois há uma redução do número de conselheiros titulares, mas continua uma participação maior dos usuários e trabalhadores de saúde e entidades ocupando duas ou mais vagas.

Em 2000, a composição do Conselho novamente é alterada através da portaria de nomeação publicada em 25 de maio de 2000. O Conselho mantém o mesmo número de membros titulares e seus suplentes, para o mandato de dois anos, com recondução por

igual período. A alteração se deve à substituição de entidades por outras, conforme podemos verificar abaixo:

- Representação do Governo
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
  - ◆ Secretaria de Saúde do Estado
  - ◆ Ministério da Saúde
- Representação dos Prestadores de Serviços
  - ◆ Universidade Federal da Paraíba
  - ◆ Associação Paraibana de Hospitais
  - ◆ Federação das Entidades Filantrópicas e de Misericórdia do Estado da Paraíba
- Representação dos Trabalhadores da Saúde
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado da Paraíba
  - ◆ Sindicato dos Trabalhadores em Serviços Público Federal no Estado da Paraíba – Sintserf
  - ◆ Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de João Pessoa –AACS
  - ◆ Sindicato dos Médicos da Paraíba
  - ◆ Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde e Previdenciários – Sindsprev
  - ◆ Sindicato dos Odontologistas de Paraíba – Sindodonto
- Representação dos Usuários
  - ◆ União Pessoaense de Associações Comunitárias – Upac
  - ◆ Federação Paraibana das Associações Comunitárias
  - ◆ Sociedade dos Hemofílicos da Paraíba – Sh/Pb

- ◆ Fraternidade Cristã dos Doentes e Deficientes
- ◆ Associação Paraibana dos Portadores de Deficiência Física – Aspafef
- ◆ União Comunitária de Mangabeira – UCM
- ◆ Associação Comunitária dos Moradores de Mangabeira – ACMM
- ◆ Cunha - Coletivo Feminista
- ◆ Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado da Paraíba - Fetag
- ◆ Associação dos Diabéticos de João Pessoa
- ◆ Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase
- ◆ Sindicato dos Motoristas da Paraíba
- ◆ Sindicato dos Empregados do Comércio Hoteleiro da Paraíba
- ◆ Sindicato dos Administradores da Paraíba – Sinap

A nossa análise sobre a 6ª Composição não leva em conta a publicação da Portaria de nomeação do mandato dos conselheiros para o período 2000/2002. Sem acesso à Portaria a nossa análise se baseou nas atas das reuniões do Conselho. A novidade nesta composição está na presidência do Conselho com um representante do segmento dos trabalhadores da Saúde, fato este que não consta na Portaria de maio de 2000, por isso, achamos que exista uma nova portaria de nomeação. Nesta composição também consta 24 membros titulares e seus suplentes para o mandato de dois anos, com recondução por igual período, distribuídos da seguinte forma:

- Representação do Governo
  - ◆ Ministério da Saúde
  - ◆ Secretaria de Estado de Saúde
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde

- Representação dos Prestadores de Serviços de Saúde
  - ◆ Universidade Federal da Paraíba
  - ◆ Entidades filantrópicas e de misericórdias do Estado (03 membros)
- Representação dos Trabalhadores da Saúde
  - ◆ Sindicato dos trabalhadores em serviço público federal no Estado da Paraíba – Sintserf.
  - ◆ Sindicato dos odontologistas da Paraíba – Sindodonto
  - ◆ Sindicato dos médicos da Paraíba – Simed
  - ◆ Sindicato dos trabalhadores em saúde do Estado da Paraíba – Sindsaúde.
  - ◆ Sindicato dos trabalhadores federais em saúde e previdência do Estado – Sindsprev.
  - ◆ Associação dos agentes comunitários de saúde de João Pessoa – Aacs/Jp.
- Representação dos Usuários
  - ◆ Entidades congregadas de trabalhadores urbanos. (02 membros)
  - ◆ Entidade congregada de sindicato de trabalhadores rurais.
  - ◆ Movimentos populares organizados na área de saúde.
  - ◆ Federações, uniões e associações de moradores ou entidades Equivalentes: (04 membros)
  - ◆ Associações de portadores de deficiência: (02 membros)
  - ◆ Associações de portadores de patologia (03 membros)

De acordo com a composição acima há paridade entre as diversas representações no CMS de João Pessoa, no entanto o número de membros está acima do previsto em lei, isto é, deveria ser 24 membros e não 26 membros.

A 7ª Composição é atual, embora exista de fato, não existe de direito. Os conselheiros indicados por suas entidades estiveram em plena atividade no Conselho

para o mandato de 2002/2004, no entanto, a portaria de nomeação só veio sair no final de 2004. Segundo a secretária executiva, o motivo foi a falta de informações de alguns conselheiros. Composto por 24 membros titulares e seus suplentes para o mandato de 02 anos. O presidente é um representante dos usuários com mandato de 02 anos, com recondução por igual período. Os membros estão distribuídos da seguinte maneira:

- Representação do Governo
  - ◆ Ministério da Saúde
  - ◆ Secretaria de Estado de Saúde
  - ◆ Secretaria Municipal de Saúde
- Representação dos Prestadores de Serviços
  - ◆ Universidade Federal da Paraíba
  - ◆ Entidades filantrópicas e de misericórdias da Paraíba (02 membros)
- Prestadores dos Trabalhadores da Saúde
  - ◆ Sindicato dos trabalhadores em serviço público federal no Estado da Paraíba – Sintserf
  - ◆ Sindicato dos odontologistas no Estado da Paraíba – Sindodonto
  - ◆ Sindicato dos médicos da Paraíba – Simed
  - ◆ Sindicato dos trabalhadores em saúde do Estado da Paraíba - Sindsaúde
  - ◆ Sindicato dos trabalhadores federais em Saúde e previdência do Estado da Paraíba- Sindsprev
  - ◆ Associação dos agentes comunitários de saúde de João Pessoa – Aacs/Jp
- Representação dos Usuários
  - ◆ Entidades congregadas de trabalhadores urbanos.(02 membros)
  - ◆ Entidade congregada de sindicato de trabalhadores rurais.

- ◆ Movimentos populares organizados na área de saúde
- ◆ Federações, uniões e associações de moradores ou entidades equivalentes (04 membros)
- ◆ Associações de portadores de deficiência (02 membros)
- ◆ Associações de portadores de patologia (02 membros).

A composição acima apresenta o mesmo número de membros da composição anterior, no entanto há ainda a participação de entidades/instituições de abrangência estadual ocupando vagas de entidades de abrangência municipal, ou seja, há representantes das três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

No geral, podemos concluir que composições CMS de João Pessoa não estão de acordo com a Resolução 33, do Conselho Nacional de Saúde. A ausência de paridade e pluralidade foi um dos principais problemas enfrentados nas composições do Conselho, pois entidades importantes ficaram fora, como é o caso das representações religiosas que só recentemente foram incorporadas.

Em **Patos** a composição do CMS é paritária, contando com 20 conselheiros distribuídos da seguinte maneira:

- Representação do Governo
  - ◆ Quatro membros
- Representação dos Prestadores de Serviço da Saúde
  - ◆ Clínica Santa Luzia
  - ◆ Laboratório de Saúde Pública do Estado
  - ◆ Pronto Socorro de Fraturas Ósseas de Patos
- Representação dos Trabalhadores da Saúde

- ◆ Associação Médica de Patos
- ◆ Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Patos
- ◆ Associação dos Cirurgiões Dentistas do Sertão da Paraíba
- Representação dos Usuários
  - ◆ União das Associações Comunitárias (dez membros)

### 6.3.7 *Perfil Institucional*

A composição dos conselhos deve contemplar os critérios de paridade e pluralidade previstos em lei. Para que haja paridade é necessário que haja 50% de representantes do segmento de governo, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, os outros 50% ao segmento dos usuários. Entretanto, chamamos a atenção, considerando a teoria produzida sobre o controle social nos conselhos gestores de políticas públicas (Cf. Gohn, 2001: 44-93; Teixeira, 2000: 110, *passim*), que a paridade e a pluralidade são critérios de suma importância para o desempenho institucional dos conselhos, mas não são suficientes para garantir o seu funcionamento democrático.

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

Na nossa análise sobre a composição dos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba, constatamos que geralmente nas primeiras composições, os critérios de paridade e pluralidade não eram levados em conta. No entanto, com o passar do tempo e por exigência da LOS, os Conselhos procuram se adaptar às exigências previstas em lei, maneira pela qual propiciou a prevalência, atualmente, de conselhos paritários e plurais, notadamente mais democráticos<sup>45</sup>.

#### 6.4 OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A representação da sociedade civil teve um grande incentivo com a regulamentação da Lei 8.142. No entanto, um dos grandes desafios para a participação reside na qualificação e capacitação dos conselheiros, especialmente na representação dos usuários já que os representantes dos prestadores de serviços privados e até mesmo dos prestadores dos serviços públicos têm melhores assessorias técnicas, o que facilita sobremaneira a sua atuação (Cf. Barbosa, 2000:51).

A qualificação técnica, política e institucional proporciona ao conselheiro um "saber fazer" que o habilita a exercer efetivamente suas funções *vis-à-vis* ao controle social, isto é, a desempenhar seus papéis de planejador, propositor, fiscalizador e mediador entre os cidadãos que representa e os poderes públicos que implementam as políticas públicas de saúde.

Os processos de capacitação são fundamentais ao preparo do conselheiro, pois eles fornecem a formação necessária para que ele se qualifique técnica, política e institucionalmente e tenha uma atuação com bons níveis de representatividade, credibilidade e legitimidade, o que é de fundamental importância para um efetivo

---

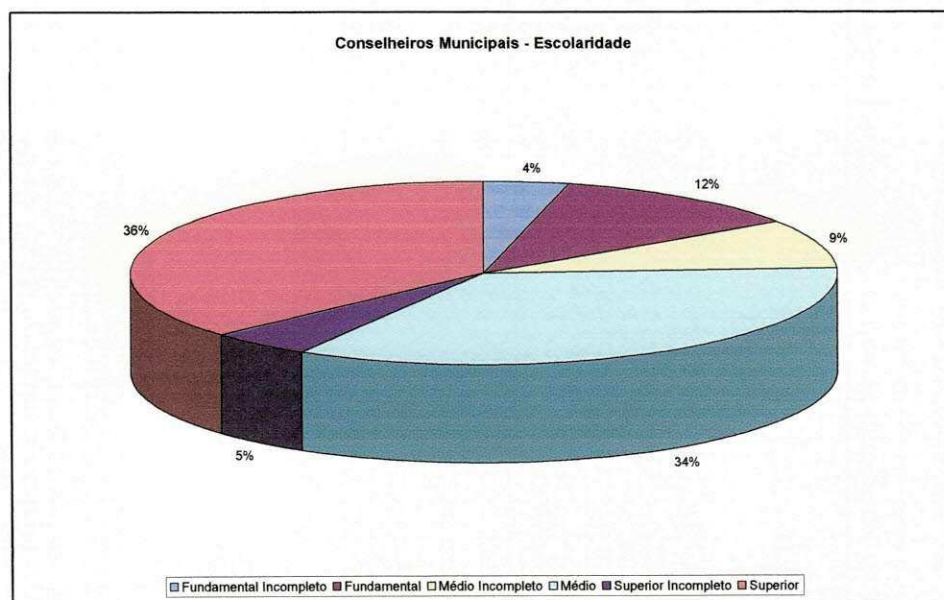
<sup>45</sup> O caso do CMS de João Pessoa é especialmente elucidativo quanto ao processo de ajuste dos critérios de paridade e pluralidade observados como regra geral nos conselhos pesquisados. Dois fatores devem ter influenciado na seqüência de reestruturações: a pressão da sociedade civil organizada e a própria necessidade de observação da LOS.



exercício do controle social. Sendo assim, a capacitação deve ser de boa qualidade e extensiva a todos os interessados para que possa garantir o monitoramento das prioridades definidas no conselho (Cf. Cruz, 2000:77).

#### 6.4.1 Perfil Sociológico

De uma maneira geral, os conselheiros municipais de saúde pesquisados estão, em sua grande maioria, situados numa faixa etária que vai dos 30 aos 50 anos, sendo 58% do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Quanto ao grau de escolaridade, observe-se o gráfico abaixo:



Há uma grande variabilidade quanto às profissões exercidas, mas observa-se uma frequência significativa de funcionários públicos e de profissionais ligados à área de saúde, especialmente entre os conselheiros que possuem o nível superior.

Quanto à filiação partidária, há também situações diversas, mas, entre aqueles que declinam seus vínculos políticos, há uma forte tendência a estarem vinculados ao grupo do prefeito local, especialmente nas pequenas cidades.

Como o perfil sociológico dos conselheiros varia bastante de município para município, é necessário descrever as diversas situações encontradas.

Iniciaremos com o CMS de **Catolé do Rocha**. Lá os 18 conselheiros estão concentrados numa faixa etária que varia entre 25 e 50 anos, sendo 11 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Com relação ao nível de escolaridade, o conselho é composto de 2 conselheiros com nível superior, 7 com nível médio completo, 5 com nível médio incompleto e 4 têm o ensino fundamental completo. Apuramos que os conselheiros exercem as seguintes profissões: 5 são funcionários públicos municipais, 7 funcionários públicos estaduais, 4 agricultores, 1 profissional liberal e 1 pastor.

Na relação com os partidos políticos, constatamos que dos 18 conselheiros, 7 são filiados ao mesmo partido político do atual prefeito, sendo que 2 deles não sabiam sequer declinar o nome do partido. Percebemos, ainda, que, por uma razão ou outra, os conselheiros têm dificuldade em relacionar o partido político com os líderes locais.

O CMS de **João Pessoa** é composto por 24 membros e tem uma particularidade interessante: possui a mais alta média de idade entre todos os conselhos analisados, visto que 10 conselheiros têm mais de 50 anos. A proporção de sexos é também bastante desequilibrada, pois nada menos do que 75% dos conselheiros (18) são homens.

Quanto à escolaridade, os dados também são bastante expressivos, pois, 59% dos conselheiros têm curso superior e 29% têm o nível médio, o que representa o melhor escore entre todos os conselhos analisados.

Entre os 19 conselheiros entrevistados, há 2 administradores de empresa, 2 advogados, 1 agente comunitário (única conselheira que tem apenas o nível fundamental), 1 agricultor, 1 cirurgião dentista, 2 enfermeiros, 1 farmacêutica, 4 funcionários públicos, 2 médicos e 2 professores.

Em função das características especiais do CMS de João Pessoa, o maior dos conselhos analisados e inserido num ambiente político-institucional bastante complexo, não podemos fornecer um quadro sintético das vinculações político-partidárias dos conselheiros, pois correríamos o risco de, na melhor das hipóteses, produzir uma visão superficial de um elemento tão importante para a análise.

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

Quanto ao nível de escolaridade, temos um quadro composto por 13% de conselheiros com o ensino fundamental incompleto, 4% com o ensino fundamental completo, 8% com o ensino médio incompleto, 42% com o nível médio completo, 4% com o ensino superior incompleto e 29% com o nível superior completo.

O perfil profissional dos conselheiros revela que 16% deles atuam na área de saúde, sendo que 12% são médicos, portanto, com formação específica na área da saúde. Entretanto, 54% dos conselheiros afirmaram que exercem profissões que não guardam relações diretas com a área de saúde e a maioria atua em profissões mais modestas, como: sapateiro; doméstica; auxiliar de serviços; aposentado etc.

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

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

No que tange à relação dos conselheiros com os partidos, 75% dos conselheiros disseram que não são filiados a nenhum partido político, enquanto apenas 25% responderam que sim. Os partidos políticos aos quais os conselheiros estão filiados são: PMDB, PSB, PC do B, PSDB e PT. Segundo dados da pesquisa, a maioria dos conselheiros tem uma participação ativa em outras organizações sociais, além do conselho municipal de saúde.

#### **6.4.2 Qualificação**

Um dos desafios encontrados para o bom funcionamento dos conselhos diz respeito à qualificação técnica, política e institucional dos conselheiros, que lhes proporcionam, respectivamente, o conhecimento do "estado de saúde" da população, o conhecimento crítico sobre a realidade de sua comunidade, e o conhecimento das normas e procedimentos do conselho e do poder público. A qualificação, assim, é um fator determinante para o pleno exercício do "controle social" pelos conselheiros e, conseqüentemente, para o bom "desempenho institucional" dos conselhos.

O que nos estarreceu a partir do levantamento de dados, de uma maneira geral, foi a constatação de que existe um despreparo muito grande nas representações da sociedade civil nos conselhos, especialmente no segmento dos usuários. Esse problema não é específico dos Conselhos de saúde da Paraíba, pois a mesma realidade parece caracterizar os conselhos gestores de políticas públicas do Brasil como um todo.

Conforme ressalta Bonfim, na sua análise sobre os movimentos, a atuação dos movimentos sociais:

"Chega a ser angustiante perceber a falta de preparo dos conselheiros para o desempenho de seu papel quando acompanhamos os relatos sobre o cotidiano das suas tarefas de representação". (Cf. Bonfim 2000:63).

Sem embargo, há uma certa variabilidade quanto à qualificação dos conselheiros pesquisados, fato que pretendemos demonstrar a partir da análise de algumas situações encontradas no trabalho de campo.

Em **Catolé do Rocha**, os conselheiros têm tanta consciência de suas limitações em termos de qualificação, que a reivindicação por cursos de capacitação é bastante recorrente nas reuniões do CMS.

De fato, as entrevistas feitas com os conselheiros demonstraram o despreparo para o efetivo exercício do cargo. Quando questionados sobre os problemas do "estado saúde" da população, estes apresentaram um quase total desconhecimento da matéria, fato que se repetiu no caso de questionamentos sobre temas políticos e institucionais. Já citamos, por exemplo, o fato de que, entre os 7 conselheiros que declararam ser filiados ao partido do atual prefeito, 2 sequer sabiam declinar a sigla partidária e que, de maneira geral, os conselheiros têm dificuldade de estabelecer relações entre os partidos e os militantes.

O positivo neste contexto é o reconhecimento dos conselheiros quanto às suas limitações e a reivindicação de cursos de capacitação, os quais, entretanto, são prometidos e as promessas recorrentemente não são cumpridas<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Inquirida sobre esse fato, a presidente do CMS culpou o Conselho Estadual pela falta, mas, durante o período de nossa pesquisa podemos ver a solicitação ser atendida diretamente pelo CES.

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

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

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

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

O problema se agrava mais ainda quando procuramos saber sobre o conhecimento de cada um dos conselheiros sobre o Fundo Municipal de Saúde. Com exceção do Presidente do Conselho e da representante da Secretaria Municipal de Saúde, nenhum dos conselheiros dispõe de alguma informação sobre o Fundo Municipal.

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

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

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

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

O que é pior é que, a partir do que verificamos *in loco*, a maioria dos conselheiros carece de uma assessoria técnica capaz de proporcionar-lhe o conhecimento das normas e procedimentos do conselho bem como clareza acerca do funcionamento da máquina pública. Tal qualificação, aliada ao conhecimento da realidade e das carências de sua comunidade – uma vez que os conselheiros atuam como porta-vozes dos seus representados conduzindo ao CMS suas reivindicações e expondo suas necessidades – poderá resultar num exercício mais efetivo e produtivo do seu papel de conselheiro.

Situação diferente parece caracterizar o CMS de **João Pessoa**. De fato, como demonstramos acima, muitos conselheiros possuem curso superior (59%) e exercem profissão na área médica, fato que os auxilia bastante no conhecimento do "estado de saúde" da população, fato verificado por nós através das entrevistas. Outros já estão há algum tempo atuando como conselheiros de saúde, o que lhes confere uma boa qualificação institucional.

É bom lembrar também que além de apresentar a melhor média de escolaridade entre os conselhos pesquisados, os conselheiros de João Pessoa apresentam a maior idade média de todos, o que lhes atribui uma boa "química" entre conhecimento e experiência. Além do mais, a capital do Estado tem uma rede mais sólida e madura de organizações da sociedade civil, o que confere aos conselheiros uma maior destreza política<sup>47</sup>.

No entanto, muitos conselheiros nos disseram que há determinados temas e assuntos de grande complexidade que eles não dominam, o que dificulta sobremaneira sua ação. É o caso, especialmente, da qualificação institucional:

“Existe outro problema que é o fato de que a maioria dos conselheiros muitas vezes desconhecer os assuntos que devem ser discutidos no conselho como PPA [Plano Plurianual], LDO [Lei de Diretrizes Orçamentárias], LOA [Lei Orgânica da Assistência], etc. São assuntos complexos e técnicos que muitas vezes o conselheiro não domina” (conselheira do CMS de João Pessoa).

Portanto, embora o CMS de João Pessoa apresente conselheiros um pouco melhor qualificados, a maioria dos Conselhos Municipais de Saúde analisados apresenta um quadro adverso para aqueles que vêem os conselhos como um arranjo institucional capaz de garantir um maior controle da sociedade civil sobre as decisões relativas às políticas públicas. Permitir que a sociedade possa planejar e fiscalizar com eficiência e eficácia a aplicação dos recursos destinados a tais políticas constitui-se numa alternativa que depende da qualificação dos conselheiros e do auxílio de assessores especializados.

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

---

<sup>47</sup> Essa melhor qualificação dos conselheiros de João Pessoa irá se refletir claramente na questão da efetividade de conselho que iremos tratar mais abaixo (Cf. item 5.5.4).



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

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

#### **6.4.3 Capacitação**

Com efeito, no que se refere aos estudos acerca dos mecanismos de controle social no Brasil, como os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, encontramos a conclusão unânime de que “a capacitação dos conselheiros é um grande desafio para a participação efetiva da sociedade civil” (Lima, 2000: 51).

Os Conselhos, de fato, têm procurado qualificar os conselheiros através de cursos de capacitação, entretanto, as organizações e movimentos sociais também têm a tarefa de construir os canais de participação popular e devem tomar a iniciativa de estabelecer um processo de formação que ajude a atuação dos conselheiros.

Seja como for, a questão da capacitação – seja no âmbito institucional, seja no âmbito organizacional – nos parece um elemento decisivo para a formação de conselheiros preparados, atuantes e críticos, única forma de lhes prover de instrumentos eficientes para o exercício do controle social, propósito central dos conselhos. Veremos, a seguir, como essa questão é tratada nos conselhos pesquisados.

Como já afirmamos, em **Catolé do Rocha** a necessidade de cursos de capacitação é considerada como importante instrumento de controle social nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Nas entrevistas com os conselheiros há uma unanimidade sobre a necessidade de realização de cursos de capacitação.

A nossa pesquisa teve dois momentos que possibilitaram uma análise comparativa sobre o desempenho dos conselheiros do CMS. O primeiro momento foi o da reivindicação de cursos de capacitação, o segundo foi o da realização do referido curso. Para nossa felicidade podemos acompanhar *in loco* a realização de um curso de capacitação oferecido pelo Conselho Estadual de Saúde, fato este que nos qualifica para termos uma melhor compreensão do seu resultado.

As entrevistas obtidas junto aos conselheiros, após realização do curso de capacitação, indicam que houve por parte dos conselheiros a assimilação do curso, pelo menos de forma parcial. Demonstram que a partir da capacitação passaram a ter conhecimento de vários direitos que até então eram desconhecidos por eles, como é o caso da obrigação da prestação de contas por parte do gestor, fato que comprovamos quando entrevistamos conselheiros após a realização da primeira reunião pós-capacitação. De fato, o conselheiro representante dos usuários, solicitou à presidente do conselho informações sobre a prestação de contas da saúde no município, mas a resposta obtida foi a seguinte:

“Quem quiser saber sobre a prestação de contas, a gente traz o contador ou secretário de finanças para dar as informações” (presidente do CMS de Catolé do Rocha).

A resposta da presidente do conselho demonstra que não há, por parte do gestor, interesse em uma política de transparência na gestão de saúde local. Por outro lado, o

conselheiro não levou à frente a solicitação, ficando uma impressão de imobilismo por parte dele frente à possibilidade de ser uma real prestação de contas.

Em outra entrevista realizada logo após o curso de capacitação, indagamos a um conselheiro sobre o que havia mudado a partir da capacitação. A resposta do conselheiro, representante dos usuários, foi a seguinte:

“Aquilo ali tudo fica no papel, passou esse curso tudo volta ao normal, quem manda é a mulher [presidente do conselho]”. (conselheiro representante dos usuários no CMS de Catolé do Rocha)

Diante do exposto, consideramos que houve um certo avanço após a capacitação dos conselheiros do CMS de Catolé do Rocha, pois observamos algumas alterações no comportamento dos conselheiros nas reuniões seguintes em função da aquisição de um conhecimento institucional que antes não existia.

Entretanto, nada parece se alterar quanto à qualificação política dos conselheiros "capacitados". De fato, frente à comunidade e ao gestor, se nota que romper com uma cultura política não é nada fácil, de modo que o conselheiro mesmo tendo conhecimento do seu papel junto ao conselho e a sociedade, não se confronta com os interesses do gestor.

De acordo com declarações do presidente do CMS de **João Pessoa**, a capacitação é uma meta que o conselho desenvolve constantemente através do incentivo a cursos, promovendo seminários, palestras e outros eventos, para que os conselheiros tenham uma melhor atuação. Segundo ele, ademais, sempre que é preciso o CMS solicita técnicos das Secretarias Municipal ou Estadual de Saúde para discorrerem sobre a execução dos serviços junto à população, bem como para explicarem projetos e programas a serem implantados ou implementados no município e que o conselho

disponibiliza amplo acesso aos conselheiros dos documentos que norteiam o SUS, inclusive os que são enviados pelo Ministério da Saúde.

De fato, pudemos apurar que realmente o conselho promove seminários, palestras e outros eventos, buscando qualificar a atuação dos conselheiros. Alguns conselheiros que já passaram por mais de um mandato, participaram de cursos de capacitações para conselheiros de saúde, inclusive o mais recente, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz e outras Instituições.

No entanto, as declarações do presidente do Conselho entram em contradição com alguns depoimentos colhidos junto aos conselheiros. Para a maioria deles, há determinados temas/assuntos de grande complexidade, o que dificulta o entendimento por parte dos conselheiros se não houver uma discussão aprofundada, o que não ocorre nos eventos promovidos pelo CMS.

Na questão da qualificação, é importante ressaltar que o conselheiro pode se qualificar participando de eventos os quais possibilitam troca de experiências e acúmulo de conhecimento. Neste sentido, listamos a participação de conselheiros do CMS de João Pessoa em conferências, congressos, plenárias e outros eventos no ano de 2002:

- Apresentação do Programa Nacional para Avaliação da Implantação do PSF no Brasil (Goiânia-GO, 14 a 16 de março de 2002);
- Seminário Macro-regional sobre violência urbana e segurança pública (Recife-PE, 27 e 28 de maio de 2002);
- VII Conferência Nacional de Direitos Humanos (Brasília-DF, 15 a 17 de maio de 2002);
- Seminário Nacional de Qualidade de Gestão e de Assistência Hospitalar (Brasília-DF, 21 a 27 de maio de 2002);

- II Congresso Nacional da Associação de Amigos e Familiares de Doentes Mentais do Brasil (Rio de Janeiro, 6 a 8 de setembro de 2002);
- Seminário Estratégias para o fortalecimento do Setor Hospitalar Filantrópico (Recife-PE, 22 de novembro de 2002);
- Avaliando o Controle Social das Políticas Públicas de Assistência Social e de Saúde (Brasília-DF, 25 a 28 de novembro de 2002);
- Encontro Nacional de Entidades Comunitárias (Goiânia-GO, 28 e 29 de novembro de 2002);
- XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (Brasília-DF, 1 a 3 de dezembro de 2002).

Em vista dos dados que levantamos, podemos afirmar que se a capacitação não resolve os problemas de qualificação dos conselheiros, pelo menos é uma luz no fim do túnel para o controle social, principalmente nos pequenos municípios em que o poder local é exercido tradicionalmente e a sociedade civil tem poucos instrumentos para exercer seus poderes e competências.

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

A participação formal da sociedade civil junto aos conselhos não é suficiente para garantir a participação real, é necessário se buscar conhecimento e legitimidade. É importante não a presença física dos representantes, mas a capacidade de influir, de contrapor, que significa ter informações, ter opinião na perspectiva de defesa de interesses coletivos. Sem dúvida o caminho é programar capacitações sistemáticas sobre

os mais diversos temas atinentes às questões técnica, política e institucional que envolvem os Conselhos Municipais de Saúde.

Neste sentido, buscando superar um modelo de sociedade hierarquizada e construir um novo modelo onde compromissos e responsabilidades façam parte de uma gestão compartilhada, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria 198 GM/MS de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de conselheiros para o setor. Constitui-se em mais um passo importante no processo de consolidação do SUS, fruto da reforma sanitária brasileira, que previu o fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões da política de saúde.

A Educação Permanente em Saúde propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas do cotidiano de profissionais de saúde na rede de serviços, permitindo-lhes aprender e ensinar de forma permanente, interagindo com o quadrilátero: Formação, Gestão, Atenção e Controle Social, adotando como metodologia a problematização do processo de trabalho.

A educação permanente em saúde na Paraíba encontra-se em construção. Foram realizadas 07 oficinas de trabalho no período 2003/2005, objetivando: a discussão conceitual sobre EPS; reflexão da realidade da saúde e seu processo de trabalho; construção de um plano estadual de EPS; instalação de um colegiado; formação das equipes matriciais e organização de uma secretaria executiva.

No que se refere à equipe matricial do controle social, durante o processo de sua formação foram realizadas reuniões de trabalho, com o objetivo de: avaliar o projeto de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social –2002/2004 – MS/ENSP/FIOCRUZ e a

construção de um novo processo de re-significação o controle social à luz da EPS. A equipe realizou, dentre várias atividades, duas grandes oficinas com o objetivo de construir coletivamente esse novo processo a partir das demandas dos atores participantes, bem como discutir a importância do trabalho em parceria com a Equipe Matricial do Desenvolvimento do Sistema Local de Educação Permanente em Saúde - DSLEPS.

O projeto se propõe a desencadear discussões e reflexões a partir do trabalho dos conselheiros de saúde em seus locais de atuação e das entidades organizadas da sociedade. Neste processo, pretende-se que os conselheiros identifiquem lacunas em sua formação e busquem articulações político-pedagógicas para superá-las no sentido de atuar de forma mais efetiva, consolidando espaços de participação da sociedade civil organizada no controle social em saúde, exercitando uma cidadania ativa.

Considerando a experiência do processo desencadeado a partir do projeto de fortalecimento do controle social, entendemos que a perspectiva de consolidação do controle social só se efetiva na medida em que se articula com os princípios da reforma sanitária, colocando, como eixo norteador, a saúde como direito do cidadão e o conceito ampliado de saúde, que se expressa na busca da qualidade de vida e na participação social nas decisões no campo das políticas públicas de saúde. Para nós, algumas questões devem ser levadas em consideração quando pensamos em um processo de construção permanente de educação para o controle social: incentivar a participação popular nas organizações da sociedade civil e nas instâncias do controle social.

A Educação Permanente deve ser norteada pelo entendimento de que agentes sociais para a gestão das políticas públicas não passa apenas pelos conselheiros de saúde, mas, para além dos espaços dos conselhos instituídos. Também se orienta pela

ética e princípios da educação popular, baseada nas lições pedagógicas de Paulo Freire, considerando a análise da realidade local, e das necessidades reais de sujeitos reais em seus processos de trabalho, no qual novos temas devem responder a estas necessidades. O conceito de saúde ampliado nos coloca frente à relação saúde e sociedade, portanto temas gerais que incidem sobre a saúde da população não devem ser relevados a posições secundárias, como poder local, relações de poder, financiamento da saúde e dívida externa, etc... É necessário envolver os conselheiros para terem uma noção do SUS enquanto sistema e o papel de cada segmento na definição de políticas e no fortalecimento do mesmo, entendendo o conselho como uma arena política de negociação, uma vez que tem interesses diferenciados e conflitantes, tornando-se fundamental motivar todos para que, imponderados, sejam agentes e lutadores da saúde pública.

Os conselheiros são expressões de necessidades de segmentos sociais. Porém, no cotidiano do conselho, acabam não materializando essas representações, isolando-se politicamente, levando-nos a considerar que um processo de capacitação deve incluir essa preocupação permanente.

#### **6.4.4 Atuação**

Quando analisamos o nível de qualificação e as medidas tomadas para a capacitação dos conselheiros municipais de saúde, estávamos voltados a estudar os pré-requisitos básicos para uma boa atuação desses conselheiros – isto é, o seu preparo técnico, político e institucional para o bom desempenho de seu papel de "agentes do controle social". Nesta seção iremos analisar elementos concretos dessa ação na prática observada nos conselhos.



Em primeiro lugar, iremos verificar o nível de representatividade, avaliando se o conselheiro atua em conjunto com entidade que faz parte, ou seja, se sua prática é fruto do vínculo que o conselheiro mantém com a comunidade que delega transferência de responsabilidade.

Em segundo lugar, iremos verificar o nível de credibilidade, observando se as propostas discutidas com a comunidade e referendadas pela entidade são levadas e defendidas junto ao conselho. Quando isso não ocorre poderá haver um distanciamento entre a proposta levada ao conselho e os interesses da comunidade, proporcionando fraca representatividade.

Em terceiro lugar, iremos verificar o nível de legitimidade avaliando se há um maior vínculo do conselheiro com a sua base que delega poderes para que ele possa representá-la, fato que proporciona maior legitimidade do conselho. Por outro lado, pode ocorrer por parte do conselheiro a “apropriação” do mandato através da individualização, ao atuar em benefício próprio e não em defesa da comunidade, ou da “profissionalização”, quando este participa de vários conselhos ao mesmo tempo, criando dificuldades operacionais não conseguindo ocupar os espaços a ser preenchidos. A "personalização" do mandato também é um fator de quebra de legitimidade.

Em **Catolé do Rocha**, as reuniões do conselho contam, em muitas ocasiões, com a participação de convidados, geralmente coordenadores de programas de saúde no município. Entretanto, de acordo com os dados obtidos não há registro da comunidade se manifestar frente à atuação do conselho. Entendemos que a distância do conselho em relação à comunidade se deve, em parte, à própria atuação do conselheiro. A falta de qualificação política e de assessoria faz com que o conselheiro muitas vezes atue de maneira independente da entidade que o representa. Além disso, as discussões no

conselho geralmente são mínimas, não proporcionando ao conselheiro um maior conhecimento das questões apresentadas pelo gestor, impedindo que este se manifeste.

A atuação do conselheiro, neste caso, está voltada mais para aprovar as propostas do gestor do que para questionar e propor soluções para os problemas de saúde da população. Os temas discutidos no conselho são sempre de interesse do gestor, pois não consta em nenhuma ata do conselho qualquer questionamento contrário às suas posições, de modo que o conselho funciona como um órgão legitimador das políticas do governo.

Para entendermos este estado de inoperância do conselho frente aos problemas enfrentados, procuramos no perfil dos conselheiros as respostas para esta situação. A composição do conselho, de forma paritária e plural não quer dizer que é composto de maneira democrática. Os conselheiros em sua maioria também são funcionários públicos, a cultura política do município está vinculada à política oligárquica, o que leva a práticas de clientelismo e à dependência pessoal.

Em entrevista concedida, uma ex-conselheira descreve a perseguição política quando o conselheiro não é de interesse do gestor:

“Eu fui conselheira desde a fundação do conselho. No início era aliada do atual prefeito. Ele era como se fosse da minha própria família. Fomos criados juntos, nós somos da família Maia. Quando foi nas últimas eleições não se chegou ao entendimento de quem seria o candidato a prefeito, houve uma divisão, e ele, o atual prefeito, traiu toda a família, recebeu apoio de gente de fora, que a gente não gostava, dessa forma chegou a ganhar as eleições. Eu era a representante da Emater no conselho e eles não me queriam lá. Chegou ao ponto que eles não podendo me tirar da Emater, fizeram com que a Emater não mais participasse do conselho. Foi assim, eu não saí, me tiraram” (Ex-conselheira usuária do CMS de Catolé do Rocha).

Observando a composição do CMS quanto à filiação partidária dos conselheiros, não podemos afirmar que há uma partidarização do conselho, no entanto, a questão da lealdade ao gestor é importante para a sobrevivência pessoal do indivíduo, enquanto conselheiro, como podemos constatar no depoimento abaixo:

“A gente aqui não discute política, tem gente aqui que vota contra o prefeito, quando não concorda com as coisas aqui acaba saindo do conselho, quem é doido pra complicar, eles saem por conta própria, ou então fica calado, aqui nunca houve discussão contra o Prefeito ou a Secretária” (Conselheira prestadora de serviços do CMS de Catolé do Rocha).

Esse depoimento demonstra um certo aparelhamento no conselho que muito se deve a uma cultura política que está enraizada nas práticas clientelistas, numa região ainda dominada pela política oligárquica. As conseqüências dessa cultura política podem ser vistas no comportamento dos conselheiros que, mesmo passando por cursos de capacitação, se submetem às relações de dependência junto ao gestor, comprometendo o bom desempenho do CMS.

Com relação à questão da posição dos conselheiros no panorama político local e de seus respectivos vínculos com o poder executivo, podemos inferir, a partir da descrição dos seus respectivos perfis sociológicos, que praticamente quase a totalidade dos membros do conselho têm vínculos significativos com o chefe político, o que, entretanto, na ótica dos próprios conselheiros, não significa dizer, necessariamente, que este fato ponha em cheque a legitimidade última do conselho, levando-se em consideração que os próprios conselheiros, quando do momento das entrevistas, postularam a autonomia do conselho, bem como o reconhecimento e acatamento, por parte do executivo local, das deliberações do conselho.

No CMS de João Pessoa, de acordo com depoimentos dos conselheiros entrevistados, existe a prática da articulação com sua entidade de base, pois todos os conselheiros entrevistados afirmaram que mantêm sua base informada sobre os assuntos que circulam nas reuniões do conselho, como exemplificam os depoimentos abaixo:

“Eu sempre mostro a toda direção do sindicato e eles repassam aos colegas de trabalho”.

“Olha, em cada reunião de diretoria, eu repasso tudo para os demais membros e também nas comunidades quando fazemos reuniões”. (representantes dos usuários no CMS de João Pessoa)

Assim, observa-se que há um repasse de informações, mas, como pudemos observar em algumas reuniões, na realidade não há uma discussão sobre um determinado tema em que seus representados possam opinar e avaliar. Por outro lado, as entidades só participam de alguma reunião quando se trata de um assunto de interesse específico delas.

Outro fator que dificulta uma relação mais estreita entre o conselheiro e seus representados é a própria demanda de assuntos nas pautas do conselho e o tempo em que são encaminhados, pois é muito freqüente que cheguem, por exemplo, projetos ministeriais que devem ser encaminhados com urgência, sob pena da perda dos recursos já alocados. Isso exige a convocação de reuniões extraordinárias, nas quais só a opinião e o julgamento particular dos conselheiros é que podem ser mobilizados no debate e na deliberação.

Por outro lado, observa-se na composição do conselho, que a maioria dos conselheiros já passaram por mais de um mandato. Alguns estão inclusive desde a criação do conselho. Há uma permuta entre a suplência e a titularidade, o que pode apontar para alguns questionamentos: estão no conselho há algum tempo porque as

entidades assim preferem mediante a responsabilidade da atuação de seu representante ou porque a entidade não percebe a importância de um conselho o que pode dificultar o interesse da participação em outros membros?

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

Entre os anos de 2001-2004, não existe nenhum registro, nas atas do conselho, de alguma denúncia, reivindicação, ou consulta feita pelos conselheiros em nome da entidade que cada um representa. Como ressalta um conselheiro entrevistado por nós,

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

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

Na realidade, existe uma total falta de informação por parte das entidades sobre a agenda de discussão do conselho. Isso implica dizer que as posições tomadas pelos conselheiros durante as reuniões do conselho raramente estão amparadas em deliberações tomadas anteriormente pelas entidades a que representam.

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

Em sua grande maioria, os conselheiros entrevistados afirmaram que além das obrigações com o conselho, assumem outras atividades com outras entidades que representam. Além do mais, entre 1994, data da criação do conselho, até 2004, o CMS de Patos continuou composto praticamente pelos mesmos atores desde a sua criação. Esses dois elementos demonstram o grau de "profissionalização" dos conselheiros de Patos.

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

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

Em vista dos dados apresentados, concluímos que há sérios problemas de representatividade na atuação dos conselheiros em todos os conselhos analisados. Essa é uma conclusão grave, pois a quebra da representatividade afeta sobremaneira a prática do controle social, uma vez que a credibilidade do conselho está definida a partir do estado da vinculação do conselheiro com a entidade a qual representa, na medida em que esse vínculo contribui, inclusive, para a retro-alimentação da relação representante/representado.

Quanto à legitimidade, também identificamos dilemas que afetam o controle social, pois consideramos que o conselho goza de legitimidade quando as agendas de discussões são previamente discutidas com as bases das organizações representadas e proposições podem ser elaboradas a partir de um processo de discussão. É importante que haja por parte do conselheiro prestação de contas à entidade que representa e avaliação das posições apresentadas por parte da entidade. Caso contrário, o processo torna-se ilegítimo porque passa a não incluir a sociedade no próprio processo de participação. Ora, a legitimidade do mandato do conselheiro se dá na medida em que o ele contribua para estimular a sociedade a assumir uma cultura de participação e também uma ética de responsabilidade pública (Cf. Santos, 2000: 20).

Com efeito, é necessário que o conselheiro tenha representatividade e, para isso, ele deve atuar em conjunto com entidade que faz parte, ou seja, ela é fruto do vínculo do conselheiro mantém com a comunidade que delega a transferência de responsabilidade. Além da representatividade também é necessário que o conselheiro tenha credibilidade, para isso se deve discutir propostas com a comunidade e com a entidade que faz parte para depois serem levadas e defendidas junto ao conselho. Quando isso não ocorre poderá haver um distanciamento entre a proposta levada ao conselho e os interesses da comunidade, proporcionando fraca representatividade.

Por outro lado, em determinadas situações, encontramos depoimentos que certos conselheiros se “apropriam” do mandato, através da individualização ou atuando em benefício próprio e não em defesa da comunidade. Outro empecilho identificado se deve à chamada “profissionalização”: é comum o conselheiro participar de vários conselhos ao mesmo tempo, criando dificuldades operacionais, não conseguindo ocupar os espaços a serem preenchidos, proporcionando pouca eficácia.

Assim, diante da análise da atuação dos conselheiros pesquisados, podemos concluir que dilemas de legitimidade, representatividade e credibilidade inibem sobremaneira a eficácia do controle social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba.

## **6.5 O FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS**

Para que o controle social possa ser exercido efetivamente num conselho gestor de políticas públicas, seu funcionamento deve ser planejado, regular e organizado. Neste sentido, deve haver planos de metas de curto, médio e longo prazo bem como uma agenda de atividades permanentes, pois o planejamento das ações é um fator organizativo que favorece a participação e o desempenho dos conselheiros.

Manter a regularidade das reuniões também é fundamental, pois ele cria uma disciplina participativa em todos os envolvidos - comunidade, conselheiros e poder público - e garante uma visibilidade permanente ao conselho.

No que se refere à organização do funcionamento, o conselho deverá convocar seus membros com antecedência prevista no regimento interno para realização de reuniões ordinárias e extraordinárias. Neste sentido, se torna necessário que seja elaborado um cronograma de reuniões e distribuído antecipadamente a todos os conselheiros para que não haja ausência. Por outro lado, as discussões realizadas no conselho devem ser registradas em ata e distribuídas previamente para que os conselheiros possam analisá-las antes da sua aprovação.

Além disso, é evidente que a democratização da plenária deve ser um fator perene. Para isso, é necessário observar o desenvolvimento dos debates, verificando se o encaminhamento das discussões é democrático, se há assiduidade dos conselheiros, como se opera a formação de blocos, o estabelecimento de negociações, articulações,



consensos e conchavos, a correlação de forças, a interferência de grupos políticos partidários etc.

Finalmente, para verificarmos se o controle social é efetivo num conselho gestor de políticas públicas é necessário verificarmos se, na prática, ele tem um caráter deliberativo, isto é, se a plenária decide sobre demandas da população ou se o conselho seria apenas um instrumento de acesso do gestor local a financiamentos federais e estaduais. Por outro lado, é necessário observar também se há a implementação das decisões do CMS por parte do executivo, ponto chave para analisar se o conselho tem, realmente, um bom desempenho institucional.

Outro elemento decisivo para a verificação da efetividade do conselho é a publicização das decisões, pois ela possibilita a compreensão das relações que o conselho mantém com a sociedade. Quando há resistência ou pouco empenho em relação à divulgação das decisões e atos do conselho, à transparência e à socialização das informações, há grande possibilidade de que o conselho tenha um baixo desempenho institucional.

#### *6.5.1 Planejamento das Atividades*

No CMS de **Catolé do Rocha** há planejamento das atividades do conselho, mas este se resume à existência de um calendário anual das reuniões. De fato, o regimento interno determina que as reuniões do CMS sejam realizadas sempre na última quarta-feira de cada mês, com exceção dos meses em que a quarta-feira cai numa data festiva ou em um feriado. Todos os conselheiros recebem um calendário anual das reuniões.

Entretanto, não há por parte do conselho planejamento de atividades visando inserir problemas da população na pauta das reuniões. As reuniões do conselho ocorrem sem que o conselheiro tenha acesso à pauta da reunião.

Em **João Pessoa**, há a elaboração do calendário anual de reuniões, o qual é distribuído para todos os conselheiros no início do ano. Pelo que pudemos observar, dentro do possível, as atividades previstas, em geral, são realizadas, mas existe a demanda espontânea como denúncias da comunidade, projetos que chegam para serem aprovados de última hora e convites para participar de algum evento. Como já ressaltamos anteriormente, isso gera uma improvisação na convocação das reuniões e nas deliberações tomadas, o que se reflete na inibição do controle social, pois nas reuniões extraordinárias convocadas para dar resposta a demandas de urgência, o conselheiro avalia e vota tomando em consideração simplesmente o seu entendimento individual sobre a pauta.

#### **6.5.2 Regularidade das Reuniões**

O livro de atas do CMS de **Catolé do Rocha** registra reuniões desde o ano 1991, embora o conselho tenha sido criado oficialmente em dezembro de 1993, conforme Lei Municipal. Outro fato que nos chamou a atenção foi o número de assinaturas nas atas das reuniões que, até 1993, apresentavam uma média de quatro assinaturas. Após dezembro de 1993 as atas demonstram um número maior de conselheiros assinando.

Observando-se o quadro resumo no Anexo 4, verificamos que há uma regularidade nas reuniões, tanto no que tange ao número de convocações – foram 12 reuniões em 2001, 10 em 2002 e 11 em 2003 – quanto à sua distribuição pelos meses do ano, uma vez que, em geral, apenas não são realizadas reuniões em dezembro e janeiro. A proporção entre reuniões ordinárias e extraordinárias também é boa, pois nos anos analisados ela ficou numa média de 79% pró reuniões ordinárias.

Em **João Pessoa**, as reuniões ocorrem com freqüência. No ano de 2001 os dados mostram que houve 10 reuniões ordinárias e 14 extraordinárias e 03 não

ocorreram por falta de quorum. Em 2002 foram realizadas 08 ordinárias, 05 extraordinárias e 04 não aconteceram por falta de quorum. A frequência dos conselheiros às reuniões é, em média, de 70 a 80 por cento do total.

De acordo com o regimento interno do CMS de Patos, o conselho deve reunir-se em caráter ordinário mensalmente. Entretanto, ao consultar as atas de reuniões, observamos que na realidade isso não acontece, pois verificamos que, no máximo, as reuniões acontecem bimestralmente. Essas reuniões ocorrem na sede da Casa dos Conselhos, localizada no centro da cidade, com data e horário previamente agendados (data e horário, daí o plural) e comunicados aos membros.

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

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

A primeira gestão do conselho após a Lei 2.107/94, teve início em 22 de novembro do mesmo ano, com as eleições para a mesa diretora do Conselho, e durou

até 4 de junho de 1996. Na primeira eleição da mesa, disputaram dois candidatos à presidência do Conselho: O Secretário de Saúde do município indicado pelo poder público municipal, e o representante da ASDAC, uma ONG ligada à Igreja Católica, apoiado pelos usuários. O representante dos usuários venceu as eleições. Na primeira gestão, o Conselho se reuniu 18 vezes, sendo 15 em reuniões ordinárias e 3 em reuniões extraordinárias (Cf. Livro de Atas do CMS de Patos).

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

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

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

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

Para o período delimitado para esta pesquisa (2001-2003), observamos que há uma certa regularidade das reuniões, com seis reuniões ordinárias anuais, como prevê o regimento (Cf. Tabela no final desta seção)

De maneira geral, o que pudemos observar quanto à regularidade das reuniões em seis dos oito conselhos pesquisados, é que formalmente ela é mantida, conforme demonstra a tabela abaixo:

Reuniões Convocadas										
	2001		2002		2003		2001-2003			
	ord	ext	ord	ext	ord	ext	ord	ext	tot	ord/tot
<b>Catolé do Rocha</b>	09	03	08	02	09	02	26	7	33	79%
<b>João Pessoa</b>	10	14	11	06	-	-	21	20	41	51%
<b>Patos</b>	07	02	07	01	06	00	20	3	23	87%

Fonte: Livros de Atas

### 6.5.3 *Dinâmica das Reuniões*

Em **Catolé do Rocha**, a dinâmica de funcionamento das reuniões do Conselho demonstra que existe uma apatia geral dos conselheiros, muitas vezes desmotivados pela ausência de uma pauta previamente divulgada. Embora tenha um caráter público, é flagrante a ausência de membros da comunidade interessados nas discussões.

As atas das reuniões são elaboradas pela Secretária Executiva do conselho e, no início de uma reunião, é lida a ata da reunião anterior, a qual é colocada à disposição dos conselheiros presentes para assinarem.

Presenciamos a realização de cinco reuniões do conselho e pudemos constatar a preocupação da secretária executiva em confirmar a data e horário das reuniões, embora estivessem previamente agendados. Mesmo diante do esforço para que a reunião acontecesse com quorum máximo, presenciamos uma dessas reuniões em que o quorum foi mínimo e irregular. Entre os conselheiros presentes estavam titular e suplente de uma mesma representação fazendo parte do quorum, fato não registrado em ata, como também grande parte das discussões.

Sobre o conteúdo das atas pudemos constatar que as mesmas não demonstram o ocorrido integralmente nas reuniões. De modo geral as atas do CMS de Catolé do Rocha apresentam as seguintes características:

- As atas são bastante resumidas e se limitam a reproduzir os informes e votações realizadas;
- As atas não indicam a existência de um debate efetivo acerca das questões discutidas;
- Não se percebe uma diversidade de opiniões; poucas são as manifestações de conselheiros, além da presidente.
- O número de conselheiros que assinam a ata não está de acordo com o regimento do conselho.
- Pessoas convidadas presentes à reunião que não são conselheiros assinam a ata da reunião.

Portanto, podemos concluir que as reuniões do conselho servem mais para cumprir um ritual de formalidade do que para discutir e apontar soluções para os problemas da comunidade.

Em **João Pessoa** podemos dizer, apoiados em nossas observações e em depoimentos colhidos, que há um bom envolvimento dos conselheiros nos debates, embora tenhamos que registrar os fatores deletérios apontados anteriormente. De acordo com alguns entrevistados as reuniões são acaloradas, mas sempre se chega a um consenso:

“Há muitas divergências porque são tantos conselheiros, mas sempre há consensos”.

“Há muita discussão, muitas vezes tem que haver um trabalho de convencimento, de articulação, de apoio para votação”.

“As discussões ocorrem de acordo com o nível dos conselheiros, falta capacitação os termos são técnicos de difícil assimilação para os conselheiros de representações populares”

Um fato importante a ressaltar quanto à dinâmica do CMS em João Pessoa, é a formação de comissões de trabalho, instrumento que favorece o desempenho institucional na medida em que estabelece uma divisão de tarefas entre os conselheiros, o que permite o aprofundamento de temas sem a sobrecarga de trabalho. Atualmente, as comissões instituídas são as seguintes:

- Comissão de Acompanhamento do Programa Saúde da Família;
- Comissão de Acompanhamento do Programa Epidemiológico de Vigilância Ambiental;
- Comissão de Acompanhamento das Ações Preventivas em Saúde;
- Comissão de Acompanhamento da Rede Hospitalar e Ambulatorial;

- Comissão de Acompanhamento da Implantação e Implementação do Centro de Referência de Assistência à Saúde da Mulher;
- Comissão Permanente de Órtese e Prótese;
- Comissão Permanente de Constituição e Justiça;
- Comissão Permanente de Gestão Administrativa e Financeira.

Estas comissões atuam de acordo com a demanda dos assuntos e deliberações da plenária do colegiado, mas há muitas dificuldades para realizarem alguns trabalhos, principalmente quando precisam se deslocar e solicitar transporte. Uma das conselheiras que entrevistamos nos afirmou, por exemplo, que a Comissão para Acompanhamento do Programa de Saúde da Família foi criada, mas ainda não havia visitado as Equipes de Saúde da Família por falta de transporte.

No entanto, a maioria dos entrevistados avalia que essas comissões funcionam, pois em geral realizam visitas, elaboram relatório e levam à plenária do conselho para discussão e aprovação. Arrolamos, abaixo, alguns resultados de visitas realizadas “in loco” pelas comissões às unidades de saúde da rede hospitalar e ambulatorial, com o objetivo de verificar possíveis irregularidades, colocadas em discussão no CMS de João Pessoa:

- Falta de acesso dos usuários aos serviços de assistência especializada, como tratamentos ortodônticos e próteses dentárias, tendo como causa possível a existência apenas do laboratório de prótese do estado, de pequeno porte, que não atende à demanda;
- Fiscalizações insuficientes e insatisfatórias da vigilância sanitária nas unidades de saúde pública;



- Condições precárias quanto à infra-estrutura física e de equipamentos nas unidades de saúde;
- Falta de capacitação para os recursos humanos da saúde;
- Escassez de insumos e medicamentos nas farmácias das unidades de saúde, tendo como principal causa a migração de usuários de outras cidades sendo atendidos na capital;
- Dificuldade na obtenção de órtese e prótese;
- Irregularidades na entrega de medicamentos, utilizando-se funcionários sem formação de farmacêutico, situação esta ocasionada pelo número insuficiente destes profissionais no quadro de servidores da secretaria de saúde;
- Falta de médico veterinário plantonista e infra-estrutura física inadequada no Centro de Controle das Zoonoses.

Em **Patos**, entre 2001 e 2003 o Conselho Municipal de Saúde foi presidido por João Bosco Eleotério, líder comunitário e fundador da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Patos. O secretário executivo foi o Sr. Paulo Lacerda, seu companheiro naquela associação. A Secretaria de Apoio foi ocupada pela Sra. Francisca Vasconcelos, representante da Associação de Apoio à Mulher.

Nesse período, foram realizadas 28 reuniões, sendo 25 reuniões ordinárias e apenas 3 extraordinárias, correspondendo a 90% e a 10% respectivamente.

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

Fizemos um levantamento das intervenções observando a quantidade e qualidade das intervenções de cada segmento, registradas ao longo dos três anos. A qualidade das intervenções foi avaliada após um levantamento que fizemos de todas as atas de reuniões do conselho, dos assuntos abordados por cada representação em cada reunião.

De acordo com o levantamento que fizemos, o segmento dos trabalhadores da saúde foi o que mais esteve presente, participando de 45% das reuniões realizadas no período da pesquisa. Seguido do segmento dos prestadores de serviços de saúde que esteve presente a 40% das reuniões. Por último, vem o segmento dos usuários tendo participado de 35% das reuniões do Conselho.

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

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

Entre as entidades que compõem o segmento dos usuários a frequência varia de entidade para entidade. O representante da Associação dos Moradores do Conjunto Noé Trajano esteve presente a todas as reuniões realizadas. A entidade campeã entre os faltosos nesse segmento foi o Rotary Clube, que representa os clubes de serviços junto ao conselho.

Dentre as demais entidades que compõem este segmento, a Pastoral Social teve uma boa frequência, atingindo a média de 60% das reuniões realizadas pelo Conselho.

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

Conforme a análise das intervenções dos conselheiros realizadas durante as reuniões do conselho, verificamos que o segmento dos usuários foi o mais atuante, sendo responsável por 75% das intervenções. Em seguida vem o segmento dos prestadores de serviços de saúde, respondendo por apenas 20% das intervenções realizadas. Por último fica a representação dos trabalhadores da saúde, que foram responsáveis por 5% das intervenções registradas nas atas das reuniões do Conselho no período de 2001 a 2003.

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

- Solicitação de prestações de contas, planos municipais de saúde, relatórios de gestão, agenda municipal de saúde;
- Propostas de projetos de ampliação de serviços de saúde;
- O problema da autonomia do Conselho;
- Capacitação dos conselheiros.

Os representantes dos trabalhadores da saúde entrevistaram sobre:

- O problema de infra-estrutura do Conselho e a falta de apoio por parte do poder público municipal;
- Questões salariais e contratuais;
- A ampliação e implantação de serviços de saúde.

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

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

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

O problema é que, segundo regimento interno, no mesmo Artigo 12, essa atividade é de competência da Secretaria Executiva do Conselho e não da Secretária de Apoio. O que nos remete a considerar que existe uma acumulação de tarefas por parte da Secretaria de Apoio, o que não é bom para o andamento dos trabalhos do Conselho.

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

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

Segundo conta nos registros das atas, os debates ocorridos nas reuniões consomem a maior parte do tempo das reuniões. Nos debates dois aspectos chamaram a nossa atenção. O primeiro, é que a participação nos debates é muito baixa, pois, em média, de 3 a 4 pessoas respondem por 70% dos debates. Geralmente, são as mesmas pessoas que participam dos debates fazendo intervenções. O segundo aspecto diz

respeito às posições assumidas por alguns representantes durante o debate: infelizmente, nos debates não é difícil presenciarmos posturas que não contribuem para o fortalecimento da democracia participativa, e nem estimulam o ânimo das pessoas à participação porque beiram ao radicalismo e à prepotência.

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

Um problema apontado pelos conselheiros, é em relação às atas. Para estes, da forma como estas estão sendo redigidas não representam com fidelidade as discussões ocorridas durante as reuniões. A propósito, participamos da 1ª Reunião Ordinária do Conselho em 2003, realizada no dia 6 de fevereiro de 2003, cujo tema de pauta foi o problema da falta de infra-estrutura do conselho. A reunião contou com a presença da Secretária de Saúde do Município.

No decorrer da reunião, a discussão terminou em acusações, sendo que o conselho acusava o poder público de ser negligente em relação ao conselho, e a secretária de saúde alegava que o problema do conselho era que muitos conselheiros eram radicais, que, na realidade, eles queriam mesmo era fazer política e prejudicar a imagem do prefeito. A secretária de Saúde finalizou sua intervenção dizendo que

“O problema do Conselho não era a falta de apoio por parte do poder público, e sim, era falta de compromisso dos conselheiros de vestir a camisa do Conselho, que o Conselho não deixa de funcionar por falta de dinheiro, e que ele pode até funcionar até debaixo de um pé de pau” (Secretária de Saúde do Município).

Após a fala da Secretária de Saúde, o Presidente do Conselho usando da palavra, em tom de ameaça dizendo que:

“Ou o prefeito toma uma posição em favor do conselho, ou, eu, juntamente com toda a mesa diretora, renunciaremos” (presidente do CMS de Patos).

Alguns dias depois, voltamos a Patos para dar continuidade ao nosso trabalho de campo, e ao consultarmos a ata da mesma reunião, observamos que os depoimentos da secretária de saúde, assim como o depoimento do Presidente do Conselho, não constavam na ata.

#### *6.5.4 A Efetividade*

Em **João Pessoa**, de acordo com alguns conselheiros entrevistados, as deliberações do conselho nem sempre são homologadas pelo gestor municipal, apenas aquelas que são do interesse da gestão. Alguns depoimentos são ilustrativos:

“Tem muitas dificuldades do prefeito e da Câmara em acatar as decisões do conselho. O conselho precisa chegar mais perto. A Câmara não divulga as discussões orçamentárias, o povo não tem acesso”.

“Olha, quando as coisas estão de acordo com os interesses do prefeito, não tem problema, agora, quando é o contrário, ai a coisa pega”.

“Os assuntos entram em pauta, mas não temos mais retorno. Eu acho que é porque vão de encontro a interesses de algumas pessoas. Eu acho que o conselho deveria ser mais independente, mais é muito difícil”.

Ao analisar as entrevistas, constatou-se que não há uma divulgação das deliberações do conselho junto à sociedade, a não ser quando se trata de assuntos de interesses de alguma entidade ou público. As atividades do conselho são consolidadas em relatório a cada final de ano. Segundo o relato do Presidente do conselho há uma

proposta de conselho itinerante junto às comunidades, bem como a criação de uma biblioteca para acesso da comunidade.

Em virtude de sua história particular no exercício do controle social nos CMS da Paraíba, daremos atenção especial à descrição e análise da questão da efetividade no CMS de Patos. Neste sentido, a nossa análise está dividida em duas partes. A primeira registra a dinâmica de formação do conselho e sua trajetória política, desde seu processo de criação, a inserção do conselho no quadro da saúde local, as conquistas, os limites, a relação com o poder político local etc. Na segunda, a partir da análise das atas das reuniões e de alguns depoimentos, procuramos avaliar desempenho institucional do conselho.

O Conselho Municipal de Saúde de Patos foi criado em 1989 pelo decreto 16/89, de 16 de junho de 1989. Depois foi alterado pelo decreto 37/91, de 2 de julho de 1991, e, em seguida, pelo decreto 42/91, de 18 de setembro de 1991. Segundo João Bosco Eleotério de Assis, atual presidente,

“Nessa época, só quem conhecia o Conselho era o prefeito e o secretário municipal de saúde, porque as pessoas eram indicadas por eles. Eles não queriam que a sociedade participasse”. (presidente do CMS de Patos)

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

“A luta pela formação de um conselho municipal de saúde democrático começou em 1992. Quando veio a implantação do programa dos ACS. Nesse tempo, as



pessoas que estavam engajadas em entidades não governamentais puderam participar dos treinamentos e, aos poucos, viram a necessidade de se ter o Conselho como critério para que o município integrasse o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Elas começaram a ouvir falar sobre o Conselho e, com isso, os ACS se mobilizaram juntamente com a Igreja para discutir sobre a necessidade de formação de um Conselho que não fosse formado no gabinete do prefeito, mas com a participação da população através dos seus representantes.” (presidente do CMS de Patos).

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

“O contexto da época era bastante favorável, os movimentos sociais passavam por uma fase interessante, nessa época foram realizadas a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Estadual, tinha sido aprovada a Lei n.º 8.080, começava-se a implantação do SUS, de forma que todos estavam querendo melhorar a saúde. Em Patos, a impressão era de que com o Conselho a população poderia finalmente fazer alguma coisa, mudar, melhorar a saúde, etc. Por outro lado, a importância da participação de entidades populares no conselho, representando as pessoas que madrugavam nas filas para conseguir uma vaga para serem atendidas, e que depois ficavam sabendo que não tinha médico. Esse movimento trouxe muita esperança que os problemas da saúde fossem de fato resolvidos. Por exemplo, a questão da educação sanitária, fundamental para a discussão no Conselho, especialmente, no que se refere ao uso dos medicamentos. Nesse sentido, o que se tinha em mente era como o Conselho Municipal de Saúde de Patos poderia contribuir para o melhoramento da saúde pública no Município, melhorando o atendimento, universalizando o atendimento, incentivando a medicina preventiva, e fazendo com que a medicina curativa chegasse mais próxima da sociedade.” (ex-presidente da Comissão de Justiça e Paz do CMS de Patos).

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

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

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

De fato, uma das questões que surgiram foi a respeito da presidência do conselho. Para os representantes dos usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços de saúde, o conselho não poderia ser presidido pelo secretário municipal de saúde, pois uma das principais atribuições do conselho é exatamente fiscalizar a aplicação dos recursos públicos destinados à saúde por parte daquela secretaria. Para o representante do sindicato dos professores do município, o conselho não poderia ser presidido pelo secretário municipal de saúde, porque,

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

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

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

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

“O bom dessa história é que o conselho continuou elegendo membros do meio comunitário para presidir o conselho. Isso foi muito bom porque passou a ser de direito e de fato um conselho com representação popular, autônomo. Na primeira gestão por exemplo, o presidente era de uma ONG, o secretário executivo era membro de uma Igreja Evangélica, um Pastor, Presidente da Cultura Inglesa de Patos, e o secretário de Apoio era o Presidente do Sindicato de Trabalhadores do Município. Depois, o presidente foi um membro da pastoral da Igreja Católica, e, em seguida, foi um presidente de uma associação comunitária”.

Outras questões diziam respeito ao papel do Conselho. O primeiro presidente do CMS nos esclarece sobre isso:

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

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

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

Houve muita resistência tanto da parte da direção das unidades como do poder público municipal. O Secretário de Saúde do Município pressionava o Conselho para que este avisasse com antecedência a direção das UBS's sobre as visitas. Mas o Conselho não acatou o pedido do Secretário e continuou realizando as visitas surpresas.

Os problemas começaram a aparecer. Segundo um conselheiro entrevistado, numa das visitas realizadas, um membro da comissão foi ameaçado e agredido por um médico<sup>48</sup>.

Segundo alguns depoimentos colhidos, do lado do gestor público não havia nenhum apoio em relação ao trabalho das comissões. Com efeito, na opinião do presidente,

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

Para os demais conselheiros que foram entrevistados, e de acordo com os registros da atas das reuniões do Conselho, apesar de todas as dificuldades da época, o trabalho do conselho foi importante porque levou a sociedade patoense a tomar conhecimento da sua existência e contribuiu para que a mesma começasse a discutir a realidade da saúde pública no município. Como avaliam dois conselheiros,

“Isso dava muita credibilidade ao Conselho. O Conselho funcionava como uma caixa de ressonância da sociedade. Trazia as questões discutidas com a comunidade, e conseguia traduzi-las em propostas concretas. Isso acontecia porque havia uma visão por parte dos membros de que o Conselho poderia ser um Conselho de alguns

---

<sup>48</sup> De acordo com as informações, ao chegar ao hospital, o conselheiro soube que o médico não estava atendendo porque se encontrava no alojamento assistindo a tv. Ao tomar conhecimento disso, o conselheiro foi até o alojamento, quando foi surpreendido pelo médico com atitudes agressivas, o qual, foi imediatamente contido por outros funcionários do hospital.

para não perder as referências” (representante dos Trabalhadores de Saúde no CMS de Patos).

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

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

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

No caso das mortes de recém-nascidos, o Conselho acionou o Ministério Público, o qual representou judicialmente a Maternidade. Neste caso, a entrada em cena

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para o Conselho, as unidades eram para as pessoas receber os primeiros atendimentos, onde se disporia de uma equipe composta com ginecologista, psicólogo, psiquiatra, oftalmologista etc. Além das unidades, o conselho propôs também a implantação de uma Unidade Central Referencial de tratamentos especializados,



traumatológicos. Como resultado dessa discussão, o conselho procurou o gestor municipal da saúde, mobilizou a sociedade local e, conforme nos informaram os conselheiros entrevistados, as UBS's existentes nos bairros de Patos passaram a funcionar em média de 6 (seis) horas por dia.

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

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

Para a maioria dos entrevistados, o setor de prestação de serviços de saúde privado de Patos, queria inverter o que dizia a Lei, quando esta determina que a distribuição das AIH'S deve priorizar os estabelecimentos públicos, segundo, os filantrópicos e, em terceiro, os particulares. A discussão acabou com ameaça de morte por parte da representante dos hospitais privados de Patos no CMS a um conselheiro, depois que este se posicionou contra a proposta de aumento das AIH'S para a clínica particular de propriedade daquele. Segundo o relato de alguns entrevistados, e conforme pudemos verificar em ata da reunião do conselho na qual foi discutido o fato,

“Logo após a uma das reuniões do CMS de Patos em que se tratou da distribuição das AIH's, a proprietária da Clínica Santa Luzia se dirigiu até a casa do Presidente do conselho. Lá chegando, pediu ao presidente do conselho que desse um recado ao conselheiro José Gonçalves, que

liderou a contra-positiva de não aumentar as AIH's dos hospitais privados. E disse o seguinte: Olha José Lacerda, diga pra Zé Gonçalves que Chico Mendes morreu, que seu sindicato não o ressuscitou, e que ninguém foi preso. Ele tome muito cuidado" (Ata da reunião do CMS de Patos de 15 de março de 1995).

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

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

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

"Antes do conselho, Patos não tinha uma política de saúde, depois não passou a ter, mas pelo menos começou a pensar. A saúde deixou de ser um favor político, objeto de

voto para ser encarada como um direito. A política pública de saúde mudou consideravelmente, porque, antes ela era feita nos gabinetes. Hoje, ela pode até ser feita nos gabinetes, mas precisa passar pela aprovação do conselho. A frequência nas reuniões era de 90%, 95% dos conselheiros. Nunca se deixou de se fazer uma reunião por falta de quorum. As atas das reuniões do conselho eram bastante detalhadas, e representavam as discussões ocorridas. Chegou-se a ponto de numa reunião um conselheiro reclamar das atas por achar que estas estavam detalhadas demais, o que o conselho não concordou. Havia treinamentos, estudos etc. Realizamos reuniões nos bairros com a comunidade, na Vila Cavalcante com 100 pessoas; no bairro do Jatobá, no CSU, com 150 pessoas; no morro com 200 pessoas, com o conselho de moradores do Morro; no Belo Horizonte com 100 pessoas, etc. As reuniões que eram denominadas de plenárias, aconteciam sempre antes das reuniões ordinárias do conselho, para que o conselho pudesse discutir sobre as mesmas.” (representante do GIAASP no CMS de Patos).

A partir de 1996, o prefeito eleito nas eleições municipais, endureceu a relação com o conselho. Segundo os registros das atas, além de não disponibilizar a infraestrutura necessária para o funcionamento do conselho, o prefeito procurou desestruturá-lo. Através do projeto de lei n.º 12/97, o prefeito eleito tentou alterar a composição do conselho excluindo algumas entidades que ele não tinha sob o seu controle político, substituindo-as até por entidades “fantasmas”.

Pelo que pudemos averiguar através da leitura do projeto de lei, o prefeito procurou excluir algumas entidades urbanas, como a ASDAC e o Círculo dos Trabalhadores de Patos, por exemplo, que, coincidentemente, eram as entidades que o presidente e o secretário de apoio representavam no conselho. Em contrapartida, incluiu algumas associações rurais que, segundo nossos entrevistados, estavam sob sua influência política. Ainda segundo o projeto de lei, uma Igreja Evangélica e uma Escola conhecida como “Nosso Lar Tio Juca” passavam a ter assento no conselho. Porém, segundo nos informou um entrevistado,

“Acontece que ele não contava que a maioria das associações não aceitasse essa manobra. Houve pressão por parte dos movimentos sociais, elaboraram um documento público protestando contra a atitude autoritária do Prefeito, que foi enviado ao Ministério da Saúde. Hoje as entidades que tem acento no conselho, foram as próprias associações que definiram em plenário” (Secretária Executiva do CMS de Patos).

No dia 28 de outubro de 1997, através de outro projeto de lei (n.º 64/97), o prefeito enviou à câmara de vereadores uma segunda proposta de reformulação da composição do Conselho Municipal de Saúde de Patos. Conforme pesquisamos, a proposta pretendeu, mais uma vez, fazer alterações na representação do segmento dos usuários.

Mais uma vez o CMS foi à imprensa denunciar à população a intenção do prefeito de modificar o CMS, e articulou os movimentos sociais organizados, as entidades civis, religiosas para pressionar a Câmara de Vereadores para não aprovar a lei. Nesse episódio, segundo o presidente do conselho, o apoio da imprensa foi decisivo para que o conselho não viesse a sofrer ingerência do poder público municipal:

“Pela segunda vez conseguimos derrotar o prefeito nas suas intenções politiquieras para com o CMS de Patos. O problema é que o prefeito quer que o conselho seja como a Câmara de Vereadores, submissa a ele” (Presidente do CMS de Patos).

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

Como se pode ver, não foi fácil a chegada do Conselho Municipal de Saúde em Patos, município este, marcado pela força política de duas oligarquias com longa trajetória de domínio local, haja vista que o conselho passou a representar um fator de desestabilização dos tradicionais nichos de mando. Sobre isso, Demo faz uma reflexão bastante interessante quando afirma que:

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

Sobre os mandatos da mesa diretora do conselho, de acordo com que pudemos levantar, merecem destaque os mandatos de José Lacerda (1994-1996), representante da ASDAC e o de José de Oliveira Pio (1997-1999), representante da PROPAC, ONG'S ligadas à Igreja Católica. Ambos os mandatos se destacam pela preocupação com a capacitação dos conselheiros, com o diagnóstico sobre a realidade da saúde do município, e com o planejamento de atividades do conselho (Livro de atas do CMS de Patos). Destacaremos algumas medidas tomadas por José de Oliveira Pio em favor do desempenho institucional do CMS de Patos e, principalmente, do exercício do controle social por parte dos conselheiros.

Na reunião do dia 29 de julho de 1999, José de Oliveira Pio apresentou a “Cartilha do Conselheiro”, contendo as leis que regulamentam o SUS (Lei n.º 8.080 /90 e a Lei n.º 8.142/90); a Lei n.º 2.107/90 que cria o CMS de Patos; o Decreto n.º 1.232/94 que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências; o manual do conselheiro e o Regimento

Interno do conselho. A Cartilha distribuída com todos os conselheiros foi doada pelo PROPAC, a entidade que o mesmo representava.

Por iniciativa também de Pio, como era assim chamado por todos, através de um convênio firmado entre o CMS de Patos e a Universidade Federal da Paraíba, foi realizada uma pesquisa junto ao gestor municipal, diretores de UBS's, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços de saúde e população usuária dos serviços de saúde, para se medir o nível de satisfação da população em geral com os serviços de saúde.

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

Segundo o atual presidente do CMS de Patos,

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

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

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

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

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

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

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

Para a representante da Pastoral da Criança no conselho e os demais entrevistados, o CMS de Patos não conseguiu avançar nesses dois projetos que, por um lado, pretendiam envolver o legislativo na discussão dos problemas de saúde que afligem a população local e, por outro, ampliar o leque de participação dos segmentos

da sociedade na luta pela melhoria dos serviços de saúde, porque, primeiramente, a câmara de vereadores do município não vê com bons olhos o conselho. Para os vereadores o conselho não passou por uma eleição e, sendo assim, não tem legitimidade nem poder para discutir ou propor políticas públicas de saúde para o município.

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

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

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

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

Contudo, segundo os entrevistados, o “conselho perdeu muito da ‘caixa de ressonância’ da sociedade nos últimos anos, o que coincide com a gestão do atual prefeito” (Presidente da Associação Comunitária do Mocambo de Baixo). Neste sentido, para a maioria dos conselheiros entrevistados, a preocupação que o conselho



tinha em avançar no controle social, melhorar a saúde, implantar os conselhos nas UBS, etc., passou a não existir mais.

Ora, além da vasta relação de competências prevista no regimento interno, a Lei 2.107/94 prevê o caráter deliberativo do Conselho quanto ao “estabelecimento, acompanhamento e avaliação da política e diretrizes municipais de saúde”, bem como sua responsabilidade para “aprovar, acompanhar e avaliar a execução do plano municipal de saúde” (Incisos I, II e III do Art. 1º da Lei 2.107/94).

No Inciso V do Artigo 8º da mesma Lei, assim como no Artigo 20 do Regimento Interno, está previsto que as deliberações do Conselho sejam formalizadas através de resoluções, assinadas pelo conjunto dos membros presentes, devendo ser acatadas por todos os demais conselheiros. No entanto, na análise destas, observou-se que nenhum tema originou resoluções, desde a criação do Conselho até a realização desta pesquisa.

Uma prova disso é a recorrência com que certas questões aparecem nas atas, ao longo dos oito anos de existência do Conselho, o que evidencia que muitas deliberações não recebem o devido encaminhamento. O fato de não formalizar suas decisões em resoluções, deixa o Conselho sem apoio e instrumental prático para os encaminhamentos e o seu controle. Para o representante do GIAASP,

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

## **6.6 CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS**

Para que o Conselho funcione de maneira eficaz é necessário que a sociedade civil esteja organizada o suficiente para atuar em parceria com ele no sentido da pressão

pela implementação das decisões tomadas por parte do poder público. Isto se dá através da mobilização. É preciso formular estratégia de políticas públicas, de articulação e de integração entre os conselhos, com agendas comuns e fóruns mais amplos com vistas a superar a segregação das políticas sociais. O conselho deverá identificar os problemas e produzir um diagnóstico para a solução dos mesmos.

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

Como verificamos na análise do ambiente político-institucional vigente nos municípios estudados, esta é uma realidade ainda em construção no Estado da Paraíba, o que impõe dilemas importantes ao desempenho institucional dos conselhos, especialmente no exercício do controle social. Isso fica claro quando analisamos de maneira global os dados levantados nos municípios da amostra desta pesquisa.

No CMS de **Catolé do Rocha**, pudemos constatar que a participação dos membros do conselho se limita mais a aprovar as propostas apresentadas pela presidente do conselho do que propriamente a fazer reivindicações.

Podemos destacar na fala dos entrevistados que apenas uma única vez houve uma reivindicação sobre uma melhoria para a comunidade: tratava-se de uma assistência por parte dos agentes de saúde em uma determinada rua que estava desassistida e que esta foi acatada.

Por outro lado, na composição do conselho não se verifica a existência de uma oposição real ao prefeito local, os entrevistados afirmaram que existem conselheiros que votam na oposição, mas não se manifestam. Afirmam também que o conselheiro que não concorda com o prefeito acaba saindo. No entanto, a presidente do conselho diz não

existir ingerência política partidária por parte do prefeito no conselho, o que não corresponde à verdade dos fatos, conforme depoimentos de conselheiros entrevistados.

Percebemos que em grande parte das entrevistas os conselheiros não se comportavam livremente para responder os questionamentos, fato comprovado principalmente nas primeiras entrevistas.

Portanto, o controle social sobre as políticas de saúde no município de Catolé do Rocha ainda deixa muito a desejar, mas há a possibilidade de que com uma capacitação continuada, a atuação dos conselheiros possa contribuir para, em um futuro próximo, termos um conselho atuando livre de pressões e democraticamente atuando em conjunto com a sociedade/comunidade.

Assim, no que se refere à questão do controle social, somos instados a concluir que há, por parte da população em relato, uma apatia coletiva generalizada, supostamente fruto do seu baixo índice de tradição cívica, bem como do seu próprio contexto político, caracterizado por uma alternância e continuidade de um verdadeiro círculo político vicioso. Por outro lado, pudemos verificar que a maioria dos conselheiros mantêm vínculos significativos com o chefe político, o que, entretanto, na ótica dos próprios conselheiros, não significa dizer, necessariamente, que este fato ponha em cheque a legitimidade última do conselho, levando-se em consideração que os próprios conselheiros, quando do momento das entrevistas, postularam a autonomia do conselho, bem como o reconhecimento e acatamento, por parte do executivo local, das deliberações do conselho.

Ora, se tomarmos como fundamento de nossas conclusões esses fatos, somos impelidos, sem o menor dos esforços, a concluir que há problemas no exercício do controle social no CMS de **Católé do Rocha**, seja em função da falta de estímulos por parte da sociedade civil, seja em função da manutenção de estruturas tradicionais de

poder local, seja em função da própria feição do conselho, imerso que está nessa teia de vetores adversos.

Em **Patos**, como já ressaltamos anteriormente, não se pode falar ainda de um espaço de fato democrático de gestão participativa na saúde, pois inexistente qualquer vontade política por parte do governo municipal em realizar o fortalecimento desta instância participativa, agravado ainda mais pela representação deficiente dos conselheiros por causa do despreparo político e pelas "fraquezas" da cultura cívica local.

Aqui decorre um dos problemas centrais para a democratização da política de saúde: o de perceber o Conselho Municipal de Saúde como instrumento básico de transformação de práticas tradicionais de gestão nos serviços de saúde. Apesar desses limites, não há como deixar de se reconhecer a importância do conselho como possível veículo de superação da distância entre o cidadão e a coisa pública, na tentativa de, com esta prática, contornar o esvaziamento das representações anteriores.

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

No entanto, para que haja um efetivo controle social se deve levar em conta a importância das "pequenas lutas diárias", enfatizada por Foucault como uma maneira de desvendar a amplitude do poder em suas extremidades. Para esse autor os poderes periféricos e moleculares não são necessariamente confiscados e absorvidos pelo

aparelho de Estado, mas sim que “os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e neste complexo os micro-poderes existem integrados ou não ao Estado” (Cf.Machado, 1982:XII). Assim, ao estarem imersos na complexa rede social, sofrem a repercussão de outras “pequenas lutas diárias”, como também influenciam e participam desta engrenagem, ativando potências cada vez mais impoderáveis na medida em que no fundo se amplia a complexidade das relações globalizadas.

Procurar as relações de poder, identificando a rede de micropoderes locais como parte de um sistema de poderes, indica um caminho de luta, articulado com outros instrumentos de luta, contra essas mesmas relações de poder. Luta enquanto movimento, deslocamentos que se exercem como uma multiplicidade de relações de força. É no exercício das negociações, reuniões, decisões que o poder é exercido, ou seja, é na relação mesma. E é esta condição de relação que determina que as lutas contra seu exercício tenham que se dar no próprio âmbito das relações de poder. Daí a importância de mecanismos coletivos de gestão, que se tornam assim arenas privilegiadas de exercícios de poder; de participação de representantes populares na gestão em saúde, historicamente afastados deste processo.

Enfim se tenta criar uma concepção de participação que procura colocar como alternativa – como contrapoder – novos modos de participação e de afirmação de novas dimensões da cidadania. Repensar as formas de participação em saúde, nos moldes delineados no decorrer desta investigação, vincula-se à luta por uma emancipação que visa transformar o cotidiano – que é, por excelência, o mundo da intersubjetividade – em termos de qualidade de vida e bem-estar (a partir de interesses coletivos) e que se pauta por formas organizativas inovadoras a partir do princípio da democracia

participativa, afirmativa de uma cidadania capaz de compatibilizar o desenvolvimento pessoal com o coletivo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A democracia participativa, instituída a partir da constituição de 1988, introduziu novas formas de relação entre o Estado e a sociedade civil propiciando o surgimento de novos campos de inter-relações. Neste percurso, os conselhos surgiram como espaços institucionais que se constituem em arenas de interação entre governo e a sociedade, nas quais os interesses oriundos do mercado, da sociedade e do poder público são expressos, mediados, criando, portanto, condições para o estabelecimento de processos consensuais de tomada de decisões e o aumento da eficácia e efetividade das políticas públicas locais.

No campo da saúde, a legislação do SUS precisa o papel dos atores no sistema e os aloca em termos das suas responsabilidades, diferindo gestão de gerência e colocando esta em sintonia com aquela. A gerência é exercida pelo dirigente estatal da esfera de governo correspondente, enquanto a gestão é partilhada entre os atores do sistema em conselhos com caráter deliberativo sobre agenda setorial. Configura-se então um organismo de política social referenciado pela ótica da democracia participativa. Assim, a avaliação da sua efetividade deve contemplar essa particularidade, que no caso específico do SUS é uma experiência de mais de uma década.

Os Conselhos Municipais de Saúde, enquanto instância de ação política que articula, no campo da saúde, as ações do município e interesses dos cidadãos, devem ser entendidas como uma das instâncias formais de exercício do controle público destas ações. Portanto, os Conselhos de Saúde são a expressão do alargamento da participação da sociedade civil organizada nas decisões políticas do setor, representando um relevante instrumento da consolidação da democracia participativa.

Contudo, os Conselhos de Saúde na Paraíba apresentam um quadro adverso para aqueles que vêem os conselhos como um arranjo institucional capaz de garantir um maior controle da sociedade civil sobre as decisões relativas às políticas públicas. Permitir que a sociedade possa planejar e fiscalizar com eficiência e eficácia a aplicação dos recursos, destinados a tais políticas, constitui-se numa alternativa que depende do ambiente político institucional e de uma tradição cívica mais consolidada, uma vez que os movimentos sociais têm certa influência na participação de seus representantes nos conselhos deliberativos de políticas públicas, como é o caso dos Conselhos Municipais de Saúde.

Com efeito, a nossa pesquisa procurou demonstrar o ambiente político institucional dos municípios da amostra elaborando uma abordagem descritiva da organização política e da cultura cívica a nível local, na medida em que consideramos que o funcionamento dos conselhos encontra-se condicionado às forças que atuam nesse ambiente. Procuramos, também, identificar a existência ou ausência de ingerências político-partidárias dos gestores municipais e/ou das organizações da sociedade civil com acento no conselho. Isto é, procuramos avaliar se o poder político local é capaz de propiciar um bom ou mau desempenho institucional do conselho.

Nesse sentido, a cultura cívica apresentada nos municípios da pesquisa demonstrou que os processos recentes e alternativos de democratização possuem como um dos elementos principais para sua consolidação a idéia de participação. A possibilidade de participar junto à esfera pública das decisões e uma maior consciência participativa cidadã são um dos pré-requisitos mínimos na construção de um projeto de democracia não-hegemônica. Também pudemos constatar que mesmo nos pequenos municípios, onde as práticas do clientelismo e da dependência pessoal são um empecilho para uma prática democrática, uma cultura cívica está sendo construída e



proporcionando uma nova ordem democrática. O caso de Patos, por exemplo, ilustra uma situação em que convivem, lado a lado, a política tradicional e número elevado de associações da sociedade civil.

Todos os conselhos analisados nesta pesquisa são de natureza deliberativa, no entanto suas deliberações são fortemente condicionadas à ingerência política dos gestores municipais, o que indica uma clara falta de autonomia. Normalmente, constituem-se em meras instâncias de “legitimação” de políticas elaboradas pelo executivo municipal e seu poder de interferência na gestão da saúde pública é obnubilado ora pela falta de vontade dos prefeitos e secretários, ora pela própria inoperância dos conselheiros, ora pela falta de instrumentos legais que o garantam. Contudo, percebemos que há uma tendência cada vez maior das deliberações do conselho serem homologadas, mas ainda é necessário um processo de luta muito grande para garantir a sua prática deliberativa.

Para que um conselho possa manter um funcionamento regular é necessário uma infra-estrutura mínima que possa contar com atividades de caráter permanente na definição de planos de trabalho e cronogramas de reunião; produção de diagnósticos e identificação de problemas; conhecimento de estruturas burocráticas e de mecanismos legais do setor; cadastramento de entidades governamentais e não governamentais; discussão e análise de leis orçamentárias e elaboração de proposições; acompanhamento de ações governamentais através não apenas de relatórios como também de visitas de campo e entrevistas com os dirigentes e usuários dos serviços.

No entanto, constatamos nos municípios da pesquisa que os conselhos não dispõem dos elementos citados acima, na maioria dos casos as ações dos conselhos se restringem a reuniões ou atividades burocráticas. Além do mais, à exceção do Conselho Municipal de João Pessoa, os demais não possuem um bom nível de infra-estrutura

física e funcional. Em geral funcionam numa sala cedida pela respectiva secretaria de saúde apenas para realização de reuniões. Não possuem arquivos, calendários e agendas de trabalho, apenas os documentos básicos. A elaboração de atas, pautas e frequência é feita por um membro do conselho ou alguém do quadro de servidores da secretaria de saúde que não é exclusivo, mas é colocado à disposição para contribuições eventuais.

Outra dificuldade encontrada para o bom funcionamento dos conselhos diz respeito à ausência de orçamento próprio. De acordo com a 4ª Diretriz da Resolução 333/03, os Governos deverão garantir o pleno funcionamento dos conselhos de saúde através de dotação orçamentária com recursos do tesouro. Em seu item IV fica estabelecido que o orçamento do conselho será gerenciado pelo próprio conselho de saúde. Entretanto, na prática os conselhos municipais de saúde não têm orçamento próprio por não serem órgão executor, fato que torna as atividades desenvolvidas pelo conselho dependentes da aprovação e financiamento do gestor. Quando não há interesse do gestor em financiar determinada atividade do conselho, este proporciona alocação de verbas do Fundo Municipal de Saúde para as atividades pretendidas. Portanto, a grande maioria dos Conselhos apresenta uma fraca tradição associativa e isso faz com que o conselho se torne um órgão totalmente dependente do gestor, não respondendo aos reclames da população.

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

Nos municípios da pesquisa, constatamos que as composições dos conselhos apresentam características distintas e, para comprovarmos suas repercussões, procuramos destacar a composição de cada um para termos uma real compreensão do seu funcionamento. Percebemos que geralmente nas primeiras composições, os critérios de paridade e pluralidade não eram levados em conta. No entanto, com o passar do tempo e por exigência da LOS, os Conselhos procuram se adaptar às exigências previstas em lei, maneira pela qual propiciou a prevalência, atualmente de conselhos paritários e plurais, notadamente mais democráticos.

Na nossa pesquisa ficou comprovado que um dos maiores desafios para a participação dos conselhos, diz respeito à necessidade de qualificação e capacitação dos conselheiros, especialmente na representação dos usuários, já que os representantes dos prestadores de serviços privados e até mesmo dos prestadores de serviços públicos têm melhores assessorias técnicas, o que facilita sobremaneira a sua atuação.

A qualificação técnica, política e institucional proporciona ao conselheiro um “saber fazer” que o habilita a exercer efetivamente suas funções e desempenhar seus papéis de planejador, fiscalizador e mediador entre os cidadãos que representa e os poderes públicos que implementam as políticas públicas de saúde.

Assim, a formação de conselheiros tem se constituído numa necessidade para a grande maioria dos conselhos. No entanto, se percebe que também é necessário envolver os movimentos sociais na formação de um processo pedagógico da Política de Educação Permanente em Saúde.

A falta de informações adequadas por parte do conselheiro pode fazer com que a sua atuação possa colocar o conselho como fim e não como meio para alcançar determinada política, fugindo da prerrogativa de que os conselhos institucionais devem ser instrumentos de participação e conquista na definição das políticas públicas. Desse

modo, a formação dos conselheiros se torna um grande desafio para a participação efetiva da sociedade civil, fator determinante para o pleno exercício do controle social.

A qualificação do conselheiro constitui-se, assim, no caminho para despertar não apenas nele, mas no governo e nos cidadãos, uma vontade política da participação do processo de gestão da saúde pública no município. Entretanto, a pesquisa demonstrou que os cursos de capacitação oferecidos na Paraíba têm se mostrado inadequados para uma real qualificação dos conselheiros em função de seu formato generalizante e da falta de elementos objetivos para a demonstração da correlação entre a eficiência dos conselhos – sua prática democrática – e a eficácia das políticas públicas de saúde – sua influência na qualidade de vida da população.

Com efeito, consideramos que, em se tratando de qualificação, os conselheiros estão distante do necessário para exercer seu papel anulando, de certa forma, a própria possibilidade de efetivação do controle social, muito embora alguns conselhos de saúde tenham demandado qualificar seus conselheiros, através de cursos de capacitações.

Portanto, a questão da formação nos parece um elemento decisivo para a atuação de conselheiros preparados, atuantes e críticos, uma das formas de lhes prover de instrumentos eficientes para o exercício do controle social, propósito central dos conselhos. O ambiente político-institucional no qual estão inseridos os conselhos de saúde tem forte influência sobre o seu "desempenho institucional". Dois fatores são fundamentais nessa configuração: a forma como é exercido o poder local e a cultura cívica.

Neste sentido, buscando superar os dilemas e paradoxos de uma sociedade com fraca tradição cívica e construir um novo modelo em que os compromissos e responsabilidades façam parte de uma gestão compartilhada, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do

Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de atores envolvidos com o setor. Consideramos que este é um passo importante no processo de consolidação do SUS, fruto da reforma sanitária brasileira, que previu o fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões da política de saúde.

No Brasil, como ficou demonstrado no capítulo 1 e 2, observa-se que a falta de mobilização da sociedade/comunidade, articulada à existência de padrões tradicionais de dominação política (relações de patronagem, existência de oligarquias políticas, mandonismo, nepotismo etc.) se reflete no desempenho dos conselhos gestores de políticas públicas, inibindo a prática democrática, possibilitando a reprodução de estratégias políticas clientelistas e, conseqüentemente, influenciando de forma deletéria em sua eficiência e eficácia.

Assim, enfrentar a questão de um (re)pensar da participação, inserido em um processo democrático que se vincula a um projeto social emancipante, passa, necessariamente, por discutir as relações de dominação política, a natureza do poder e a produção do saber. Neste sentido, espera-se ter ficado claro que nos marcos da democracia representativa não são suficientes. Nesta, a democracia fica confinada aos limites do que é autorizado e permitido pelos dispositivos de um poder vigilante, que tende a restringir as reivindicações populares, contendo-as, em um processo de pré-agendamentos que corresponde a uma espécie de retradução das demandas e sua compartimentalização, levando a um pré-estabelecimento de “arenas”, que tendem a processar relações de poder, com a participação de sujeitos sociais historicamente afastados dos processos decisórios de políticas públicas, por enfrentar o desafio de

participar da construção social de novos marcos da democracia, como os da democracia participativa em projeto emancipador.

O eixo da democracia participativa, com o qual se trabalhou nesta investigação, vincula-se ao princípio da comunidade como é definida por Rousseau (1997), para quem a vontade geral tem de ser construída com a participação efetiva dos cidadãos, de modo autônomo e solidário, sem delegações que retirem transparência à relação entre “soberania” e “governo”. Neste modelo a relação política se dá horizontalmente cidadão-cidadão, na base da qual pode-se fundar uma associação política participativa. Relações sobre as quais novos modelos de participação política e social estão se modelando pelo mundo. Os Conselhos Municipais de Saúde podem ser compreendidos como um destes exercícios de modelagem, assentados no princípio da democracia participativa.

Portanto, de acordo com a discussão teórica e metodológica em que nos baseamos para realizar esta pesquisa, para termos um conselho cumprindo o seu verdadeiro papel, o controle social, são necessários quatro elementos básicos: uma sociedade civil mobilizada, uma estrutura de poder democrática em todos os níveis, conselhos autônomos e consolidados e conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente. Isto é, que os processos participativos estejam inseridos num "círculo virtuoso".

Ora, demonstramos através dos dados coletados que, na maioria dos conselhos da pesquisa os principais obstáculos ao seu bom "desempenho institucional" residem, precisamente, nos limites dessa possibilidade: (1) uma cultura política deletéria prevalecente no setor público, ainda impregnado de práticas oligárquicas, clientelistas, patrimonialistas e autoritárias exercidas por grupos que se perpetuam no mandonismo local e não aceitam qualquer possibilidade de partilha do poder; (2) uma cultura cívica

ainda tibia, desfavorecida por condições sócio-econômicas aviltantes – especialmente a brutal e crescente desigualdade econômica entre as classes – que impõem ao cidadão, pressionado pela luta cotidiana pela sobrevivência, uma perspectiva individualista de vida; (3) a distância entre o que determina a lei e o que é encaminhado na prática acerca das condições de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, especialmente no que se refere ao seu financiamento, deixando-o à mercê de "vontades políticas" nem sempre favoráveis ao exercício democrático no planejamento, implementação e fiscalização das políticas públicas de saúde; e (4) os limites na qualificação e formação dos conselheiros – cidadãos comuns oriundos daquele ambiente sócio-político-institucional eivado de contradições e desigualdades – que se rebatem, evidentemente, na eficiência e na eficácia dos conselhos.

Entretanto, acreditamos que os Conselhos Municipais de Saúde, apesar dos limites e obstáculos, se constituem num importante instrumento de democratização do poder e da sociedade. Isto procuramos demonstrar contando a história – curta, mas já expressiva – da construção da participação cidadã nos CMS pesquisados, destacando, evidentemente, a luta diuturna das organizações civis e de suas lideranças para a real efetivação do controle social no seu âmbito. Aliás, pensamos poder ter contribuído com essa luta esmiuçando os inúmeros problemas que identificamos na pesquisa e que arrolamos neste trabalho.

Ora, fazer com que os conselhos cumpram o seu verdadeiro papel é um desafio que se apresenta para a sociedade civil e, nisto, nós, cientistas sociais, temos satisfações a dar. Assim, demonstrando seus limites e possibilidades, esperamos ter contribuído com nossa pesquisa para atingirmos a meta de torná-los efetivos, ampliando o seu impacto não só sobre a gestão e fiscalização dos recursos, mas sobre a elaboração e o planejamento de políticas públicas que realmente possam transformar as condições de

vida dos brasileiros, especialmente da massa que necessita, de maneira realmente vital, da saúde pública.

Descobrir, em conjunto com a população, um novo modo de revelar os nexos causais entre políticas públicas, condições de vida e situação de saúde é um dos desafios subjacentes a projetos que busquem se colocar a serviço do processo de democracia em todos os setores da vida, enfrentando com coragem os acobertamentos discursivos que pregam a igualdade, mas praticam o acirramento das desigualdades ao promoverem maior acúmulo de riqueza nacional nas mãos de cada vez menor número de brasileiros.



## 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** (Autoria 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 Estaduais**

- ☞ **Relatório de Gestão 2000** (Secretaria de Estado de Saúde – SES/PB);
- ☞ **Relatório de Gestão 2001** (Secretaria de Estado de Saúde – SES/PB);
- ☞ **Relatório de Gestão 1996-2002** (Secretaria de Estado de Saúde – SES/PB);
- ☞ **Implantando a NOAS-SUS 01/2001** (Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB);
- ☞ **Uma visão retrospectiva do processo de reformulação** (Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, fevereiro de 1999);
- ☞ **Relatório de Atividades do CES/PB – Exercício 2000** (Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, janeiro de 2001);
- ☞ **Relatório de Atividades do CES/PB – Exercício 2001** (Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, janeiro de 2002);
- ☞ **PDR – Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba** (Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB, novembro de 2002);
- ☞ **PDI – Plano Diretor de Investimento 2002** (Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB);
- ☞ **PECRA – Plano Estadual de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência à Saúde 2002** (Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB).

### **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;
- ☞ **Resoluções** do Conselho.

## Documentos Municipais

- ☞ **Calendários** das Reuniões Ordinárias do Conselho;
- ☞ **Atas** das Reuniões do Conselho;
- ☞ **Agenda Municipal de Saúde**
- ☞ **Plano Municipal de Saúde;**
- ☞ **Relatórios de Gestão** da Secretaria Municipal de Saúde
- ☞ **Relatórios de Atividades** do Conselho.

## ANEXO 2 – QUADROS RESUMO DAS REUNIÕES CONVOCADAS (2001-2003)

### CATOLÉ DO ROCHA

	JA N	FE V	MA R	AB R	MA I	JUN	JU L	AG O	SE T	OU T	NO V	DE Z	TOT
<b>2001</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	-	<b>09</b>
<b>Extras</b>	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	<b>03</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>2002</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1	1	1	1	1	-	1	1	-	1	-	<b>08</b>
<b>Extras</b>	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	<b>02</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>2003</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	-	<b>09</b>
<b>Extras</b>	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	<b>02</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11</b>

\* = Sem quorum (Ata declaratória)

- = Sem convocação de reunião

### JOÃO PESSOA

	JA N	FE V	MA R	AB R	MA I	JUN	JU L	AG O	SE T	OU T	NO V	DE Z	TOT
<b>2001</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>Extras</b>	-	1	-	1	-	1	3	2	1	2	2*	1*	14
<b>Total</b>	0	1	1	2	1	2	4	3	2	3	3	2	24
<b>2002</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1*	1	1*	1	1	1	1	1	1*	1	1	11
<b>Extras</b>	-	1	1*1	-	-	-	-	1	-	-	-	2	06
<b>Total</b>	0	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	3	17
<b>2003</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
<b>Extras</b>		-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	04
<b>Total</b>	-	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	15

\* = Sem quorum (Ata declaratória)

- = Sem convocação de reunião

### PATOS

	JA N	FE V	MA R	AB R	MA I	JUN	JU L	AG O	SE T	OU T	NO V	DE Z	TOT
<b>2001</b>													
<b>Ordinárias</b>	1	1	-	-	1	-	1	1	-	1	1	-	07
<b>Extras</b>	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	02
<b>Total</b>	1	1	0	0	1	0	1	2	0	1	1	1	09
<b>2002</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1	-	1	-	1	-	1	1	1	-	1	07
<b>Extras</b>	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	01
<b>Total</b>	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	08
<b>2003</b>													
<b>Ordinárias</b>	-	1	-	-	1	1	-	1	-	1	-	1	06
<b>Extras</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00
<b>Total</b>	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	06

\* = Sem quorum (Ata declaratória)

- = Sem convocação de reunião

### ANEXO 3 – QUADROS RESUMO DAS DELIBERAÇÕES (2001-2003)

#### CATOLÉ DO ROCHA 2001

<b>DELIBERAÇÕES</b>	<b>TOTAL</b>
Aprovação de atas	8
Criação de comissões provisórias p/apurar denúncias	-
Prestação de conta e orçamento	-
Visitas e acompanhamento a serviço de saúde	-
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	11
Participação em eventos	-
Realização de eventos	-
Questões salariais e contratuais de funcionários	1
Organização, composição e estruturação do conselho	1
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	1
Deliberações por resoluções	-
Solicitação ao gestor para homologação de resoluções do conselho	-
Elaboração e sugestão de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	-
Aprovação da implantação do programa Bolsa-Alimentação	2

#### CATOLÉ DO ROCHA 2002

<b>DELIBERAÇÕES</b>	<b>TOTAL</b>
Aprovação de atas	7
Criação de comissões provisórias p/apurar denúncias	-
Prestação de conta e orçamento	-
Visitas e acompanhamento a serviço de saúde	1

Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	6
Participação em eventos	1
Realização de eventos	-
Questões salariais e contratuais de funcionários	-
Organização, composição e estruturação do conselho	1
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	-
Deliberações por resoluções	-
Solicitação ao gestor para homologação de resoluções do conselho	-
Elaboração e sugestão de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	-
Aprovação de proposta de aquisição e implantação de equipamentos de saúde	3
Aprovação de proposta para colocação de caixa de sugestões dos usuários nas unidades de saúde	-
Aprovação do relatório de gestão	-
Aprovação do pleito de mudança de habilitação para plena de sistema	-
Aprovação do plano de saúde	-

### CATOLÉ DO ROCHA 2003

DELIBERAÇÕES	TOTAL
Aprovação de atas	9
Criação de comissões provisórias p/apurar denúncias	-
Prestação de conta e orçamento	-
Visitas e acompanhamento a serviço de saúde	2
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	7
Participação em eventos	1
Realização de eventos	-
Questões salariais e contratuais de funcionários	2
Organização, composição e estruturação do conselho	1
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	1
Deliberações por resoluções	-

Solicitação ao gestor para homologação de resoluções do conselho	-
Elaboração e sugestão de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	-
Apresentação e aprovação do pacto de indicadores da atenção básica	3
Aprovação da mudança de gestão plena de atenção básica ampliada para gestão plena de sistema municipal	-
Aprovação do plano municipal de acompanhamento e avaliação	-

### JOÃO PESSOA 2001<sup>49</sup>

DELIBERAÇÕES	TOTAL
Aprovação de atas	04
Criação de comissões provisórias p/apurar denúncias	08
Prestação de contas e orçamento	03
Visitas e acompanhamento a serviço de saúde	01
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	02
Participação em eventos	02
Realização de eventos	01
Questões salariais e contratuais de funcionários	04
Organização, composição e estruturação do conselho	04
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	-
Deliberações por resoluções	01
Solicitação ao gestor para homologação de resoluções do conselho	-
Elaboração e sugestão de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	-
Discussão da Agenda de Prioridades da SESA	01
Conclusão de relatórios das comissões permanentes	01
Denúncia contra a DIVISA	01
Auditoria no Município de Serra Branca	01

<sup>49</sup>Em função do volume de dados, o levantamento das deliberações do CMS de João Pessoa foi feito por amostragem – Meses de maio, junho, agosto e setembro.

Aprovação da cartilha que orienta os direitos dos pacientes	01
Denúncia contra Hospitais privados sobre pacientes cardíacos	01
Denúncia de entrega de medicamentos por pessoas despreparadas em alguns serviços de saúde do município	01
Conselho negocia greve com Gestor	01
Resoluções e deliberações do conselho não homologadas e cumpridas pelo gestor municipal	01
Denúncia contra hospitais e demais serviços de saúde	01

### JOÃO PESSOA 2002

DELIBERAÇÕES	TOTAL
Aprovação de atas	04
Criação de comissões provisórias p/apurar denúncias	04
Prestação de conta e orçamento	02
Visitas e acompanhamento a serviço de saúde	05
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	02
Participação em eventos	03
Realização de eventos	03
Questões salariais e contratuais de funcionários	02
Organização, composição e estruturação do conselho	03
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	01
Deliberações por resoluções	01
Elaboração e sugestão de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	01
Denúncia de entrega de medicamentos por pessoas despreparadas	01
Hospital Filantrópico faz atendimento ambulatorial e distribui medicamentos injetáveis a pacientes encaminhados pelo centro de saúde de Cruz das Aramas e não recebe pelos procedimentos realizados	01
Baixo número de serviços realizados nas unidades de saúde das praias	01
Pouca eficácia do trabalho da Vigilância Sanitária nos serviços odontológicos da rede pública	01
Articulação com associações comunitárias em apoio a luta do SINODONTO - sindicato dos odontólogos.	01



Resoluções e deliberações do conselho não homologadas e cumpridas pelo gestor Municipal	04
Denúncias contra hospitais e demais serviços de saúde	06
Discussão sobre a Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica	01
Proposta de construção da agenda de trabalho e calendário de reuniões para 2003	01
Moção de Repúdio contra a comissão organizadora da XI Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde	01
Aprovação do cartão Nacional do SUS	01
Substituição dos membros de uma comissão permanente por indisponibilidades dos membros atuais	01

## PATOS

### DELIBERAÇÕES 2001

Aprovação de Atas	5
Criação de comissões provisórias para apurar denúncias	3
Aprovação de convênios, programas, projetos e ações	2
Visita e acompanhamento a serviços de saúde	2
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	2
Participação em eventos	-
Realização de eventos	2
Organização, composição e estruturação do Conselho	3
Apresentação, discussão e avaliação	1
Deliberações por resoluções	-
Solicitação ao gestor para homologação de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	1
Apresentação e aprovação do relatório de gestão	-
Proposta de aquisição e instalação de equipamentos de saúde	1
Apresentação e aprovação do plano municipal de saúde 2001/2004	1

### DELIBERAÇÕES 2002

Aprovação de Atas	4
Criação de comissões provisórias para apurar denúncias	1
Aprovação de convênios, programas, projetos e ações	2
Visita e acompanhamento a serviços de saúde	1
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	-
Participação em eventos	-

Questões salariais e contratuais de funcionários	1
Organização, composição e estruturação do Conselho	-
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	-
Deliberações por resoluções	-
Solicitação ao gestor para homologação de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	1
Apresentação e aprovação do relatório de gestão	1
Proposta de aquisição e instalação de equipamentos de saúde	-
Solicitação de infra-estrutura para o Conselho	1
	-

### DELIBERAÇÕES 2003

Aprovação de Atas	5
Criação de comissões provisórias para apurar denúncias	1
Aprovação de convênios, programas, projetos e ações	3
Visita e acompanhamento a serviços de saúde	1
Apresentação dos trabalhos e ações dos serviços de saúde	-
Participação em eventos	-
Questões salariais e contratuais de funcionários	2
Organização, composição e estruturação do Conselho	-
Apresentação, discussão e avaliação sobre documentos normatizadores do SUS	-
Deliberações por resoluções	-
Solicitação ao gestor para homologação de documentos de orientação a conselheiros e usuários sobre os direitos à saúde e serviços de saúde existentes	1
Apresentação e aprovação do relatório de gestão	1
Proposta de aquisição e instalação de equipamentos de saúde	-
Solicitação de infra-estrutura para o Conselho	2
	-

## 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.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. "Federalismo e políticas sociais". In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 10, nº 28, pp. 88-108. 1995.
- AMMANN, Safira Bezerra. *Participação Social*. Cortez & Moraes Ltda. São Paulo, 1980.
- ARON, Raymond. *As etapas do pensamento sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 1985
- ARRETCHE, Marta T.S. "Mitos da Descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas?". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 11, nº 31, pp. 44-66. 1996.
- \_\_\_\_\_. "Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº40. vol. 14, p. 111-141. São Paulo, ANPOCS, jun./1999.
- 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.
- BARKER, Ernest. *Teoria política grega*. Editora da UNB, Brasília, 1978.
- 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.
- BORJA, Jordi. *Descentralización Y participación ciudadana*. Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1987.
- 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.
- BURSZTYN, Marcel. *O Poder dos Donos - Planejamento e Clientelismo no Nordeste*. 2ª. ed. Vozes, Petrópolis, 1985.
- 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](http://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.

---

\_\_\_\_\_. “Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania. A reforma sanitária como reforma do Estado” In: *Relatório final do Projeto Conselhos Municipais e Políticas Sociais*, v.1. IPEA/IBAM, Rio de Janeiro, 1997, mimeo.

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.

COHEN, Joshua & ROGERS, Joel. *Associations and Democracy*. Londres/Nova York, 1995.

COMTE-SPONVILLE, André. *Dicionário Filosófico*. Trad. Eduardo Brandão. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 2003.

CORREIA, Maria Valeria Costa. *Que controle social? Conselhos de Saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

- CONSTANT, B. "Da liberdade dos antigos comparada à dos modernos" In: *Filosofia Política* v. 2 LPM – Unicamp/UFRGS, 1985.
- 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.
- CUNILL, Grau N. *Repensando o público através da sociedade*. Ed. Revan/ENAP, Rio de Janeiro, 1998.
- DAGNINO, Evelina. (org). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra. 2002.
- DAHL, Robert. *Poliarquia*. São Paulo: Edusp, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Um prefácio à teoria democrata*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1989.
- DAHL, Robert. *Dilemmas of Pluralist Democracy*. New Haven/Londres, Yale University., 1982
- 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.
- DRAIBE, Sônia Miriam. "Repensando a Política Social: Dos Anos 80 ao Início dos 90", In: L. Sola e L.M. Paulani (orgs.), *Lições da Década de 80*. São Paulo, EDUSP, pp. 201-221.1995.

- FLEURY, Sonia. "Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária". In: *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989.
- \_\_\_\_\_. (org.) *Saúde e democracia – a luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.
- 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.
- GUIMARÃES, Alba Zaluar (org.) *Desvendando mascaras sociais*. Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1980.
- HABERMAS, Jurgen. *Direito e Democracia – entre facticidade e validade*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1997.
- HELD, David. *Modelos de democracia*. Ed. Paidéia, Belo Horizonte, 1987.
- 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.

- LAMOUNIER, Bolívar. “Estrutura institucional e governabilidade nos anos 90”. IDESP, nº 38, São Paulo, 1991.
- LANNA, Marcos P. D. *A dívida divina: troca e patronagem no Nordeste brasileiro*. Campinas, Editora da Unicamp, 1995.
- 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.
- LOCKE, Jonh. *Segundo tratado sobre o governo civil*. Ed. Martin Claret, São Paulo, 2005.
- 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.
- MALLOY, James. *A política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- MILL, Jonh Suart. *Da Liberdade*. Ed. IBRASA. São Paulo, 1963.
- \_\_\_\_\_. *Considerações sobre o Governo Representativo*. Ed. Universidade de Brasília, 1980.
- MILLS. Wright. “A sociedade local”. In: *A elite do poder*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1968.
- MOSSÈ, Claude. *Atenas: a história de uma democracia*. Ed. UnB, Brasília, 1979.
- 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.
- PAXTON, Pámela. "Social Capital and democracy na interdependent relationship". In: *American Sociological Review*, vol.67 (april), pp. 254-277. 2002.
- 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 n° 37. São Paulo, 2000.

SANTOS JR, Orlando A. "Políticas públicas e gestão local". In: *Proposta*. Rio de Janeiro. n° 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.

TÓTARA, Silvana & CHAIA, Vera. "Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a região metropolitana de São Paulo". In: SANTOS JR. et.all (org.) *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Ed. Revan/Fase, Rio de Janeiro, 2004.