

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Carlos Alberto da Cruz Azambuja Junior

Redes Sociais e participação política: um estudo de caso no Conselho Municipal de
Saúde de Santa Maria/RS

Porto Alegre, 2009

Carlos Alberto da Cruz Azambuja Junior

Redes sociais e participação política: um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Soraya Maria Vargas Cortes

Porto Alegre, 2009

AGRADECIMENTOS

À CAPES pela bolsa de estudos que foi fundamental para a minha permanência no mestrado e para os deslocamentos entre Santa Maria e Porto Alegre durante a fase de campo.

À todos aqueles que aceitaram colaborar com a pesquisa e que dedicam seu tempo e vida à luta política no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria.

Agradeço a meu pai e minha mãe que, na medida do seu possível, estiveram dispostos a ajudar, e assim fizeram, de forma que sem eles as coisas não teriam sido possíveis.

Aos colegas e amigos com quem tive o privilégio de conviver e aprender nestes últimos anos. Aos que não vivem a academia e àqueles que, como eu, optaram pela vida acadêmica, mas que sabem muito bem vivê-la além dos muros da ainda elitista universidade, fazendo do mundo um grande espaço de trocas e aprendizado. Obrigado, Adel e Rejane, Alexandre e Marina, Bruno e Indira, Flávio, Thiago Leitão (também conhecido como terror), Everton Pereira, Sérgio Wesoloski e a todos aqueles que, nesse momento, são traídos pela minha memória.

À professora Soraya Cortes por acreditar que eu poderia realizar este trabalho, entender minhas limitações e por sua orientação crítica, sempre muito bem fundamentada, esclarecedora, estimulante e desafiadora. Sem qualquer sombra de dúvidas ela tem grande parte no que esta dissertação tem de positivo.

Ao professor Marcelo Kunrath Silva, por sua postura e pelo seu trabalho como docente e pesquisador, responsável por algumas de minhas inquietações teóricas ao longo da graduação e do mestrado.

À Flávia, à Regina, ao Altair, ao Thiago e, também, ao meu grande amigo canino Gandhi, pelos bons momentos.

Dizer que os indivíduos entram em configurações, quer dizer que o ponto de partida de qualquer pesquisa sociológica é uma pluralidade de indivíduos que, de uma maneira ou de outra, são interdependentes. Dizer que as configurações são irreduzíveis, é dizer que não se saberia explicá-las nem em termos que supõem que elas existem, de certa maneira, independentemente dos indivíduos, nem em termos que impliquem que os indivíduos existem fora delas.

Norbert Elias

RESUMO

As relações entre atores sociais que procuram de alguma forma influenciar os rumos das políticas de saúde no município de Santa Maria/RS, constituem o tema central da presente dissertação, que é resultante de pesquisa empírica realizada junto ao Conselho Municipal de Saúde daquela cidade. Com vistas à coleta de informações foram utilizadas as técnicas de análise de documentos, observação das reuniões do Conselho e realizadas entrevistas semi-estruturadas. Os principais aspectos relativos à origem e funcionamento do Conselho e dos atores que nele atuam foram investigados e analisados. A partir de alguns elementos da análise de redes e de trajetórias sociais é enfatizada a configuração da rede de atores que atua no espaço institucional de participação da sociedade civil nas políticas de saúde em Santa Maria. Foi possível identificar, por um lado, que os atores principais na estrutura relacional da rede são profissionais de nível superior da área da saúde que estavam ligados a entidades sindicais e ao segmento dos usuários e de trabalhadores em saúde e, por outro lado, que sua influência no processo decisório que tem lugar no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria é decorrente dos mecanismos de homofilia que convertem-se em capital político e capital cultural.

Palavras-chave: Participação; Atores sociais; Conselho Municipal de Saúde; Estado; Sociedade Civil; Políticas Públicas; Redes sociais; Trajetórias sociais.

ABSTRACT

The relationship between social actors who seek to somehow influence the direction of health policies in the municipality of Santa Maria / RS, is the central theme of this dissertation, which is the result of empirical research conducted by the Municipal Health Council of the city. With a view to the data collection techniques were used to examine documents, observation of meetings and conducted semi-structured interviews. The main aspects concerning the origin and functioning of the Council and the actors working in it were investigated and analyzed. Since some elements of network analysis and social trajectories is emphasized the network configuration of actors in the institutional acts of civil society participation in health policies in Santa Maria. It was possible to identify, first, that the main actors in the relational structure of the network are tertiary level health care that were linked to the unions and the segment of users and health workers and, secondly, that his influence in decision making which takes place in the Municipal Health Council of Santa Maria is a result of the mechanisms of homophily that convert into political capital and cultural capital.

Keywords: Participation; Social Actors, Municipal Health Council, State, Civil Society, Public Policy, Social Networks, Social Trajectories.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sociograma da relação fonte de informações	75
Figura 2: Sociograma da relação importância	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Prefeitos de Santa Maria por período e partido político desde 1976	63
Quadro 2: Composição do CMS/Santa Maria por segmento e tipo de entidade	67
Quadro 3: Os dez assuntos mais frequentes nas 54 atas analisadas	70
Quadro 4: Os dez atores mais mencionados nas 54 atas analisadas	71
Quadro 5: Grupos de atores segundo suas posições na rede	83
Quadro 6: Trajetórias dos atores	86
Quadro 7: Propostas e ações sobre a Casa de Saúde 1º semestre/2007	97
Quadro 8: Propostas e ações sobre Casa de Saúde 2008	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: PIB per capita e indicadores sociais de Santa Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil	58
Tabela 2: Índice de Desenvolvimento socioeconômico das cinco cidades mais populosas do Rio Grande do Sul	59
Tabela 3: Grau de centralidade por ator/relação fonte de informações	78
Tabela 4: Grau de proximidade por ator/relação fonte de informações	79
Tabela 5: Grau de centralidade por ator/relação importância	80
Tabela 6: Grau de proximidade por ator/relação importância	81

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde
ARENA - Aliança Renovadora Nacional
CAPS - Centros de atenção psicossocial
CIMS - Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde
CLIS - Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
COOPFER - Cooperativa de Consumo dos Funcionários da Viação Férrea
DEM - Democratas
HBASM - Hospital da Base Aérea de Santa Maria
HBM - Hospital da Brigada Militar
HCAA - Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo
HGU - Hospital da Guarnição Militar
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
IDESE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PDS - Partido Democrático Social
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PFL - Partido da Frente Liberal
PL - Partido Liberal
PMDB - Partido Movimento Democrático Brasileiro
PP - Partido Progressista
PPB - Partido Progressista Brasileiro
PPR - Partido Progressista Renovador
PRD - Programa de Redução de Danos
PSDB - Partido Social Democracia Brasileira
PT - Partido dos Trabalhadores
PTB - Partido Trabalhista Brasileiro
SUDS - Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ESPAÇOS PARTICIPATIVOS: DO ESTADO DA ARTE À ABORDAGEM RELACIONAL	26
2.1 Um panorama da literatura sobre espaços participativos no Brasil	27
2.2 Abordagem relacional	37
2.3 As redes e as comunidades de políticas	40
2.4 Análise de trajetórias e de redes sociais	47
2.5 Considerações finais	54
3 A PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA	56
3.1 O município de Santa Maria: características sócio econômicas, indicadores sociais e da rede de serviços de saúde	56
3.2 A origem do Conselho Municipal de Saúde	60
3.3 O Conselho em 2007 e 2008	65
3.4 Considerações finais	72
4 CARACTERÍSTICAS DA REDE ATUANTE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS	73
4.1 Configurações da Rede que opera no Conselho	74
4.2 Indicadores para o conjunto da Rede: densidade e grau de centralização	77
4.3 Indicadores que focalizam os atores individualmente: grau de centralidade e de proximidade	78
4.4 Trajetórias dos atores	85
4.5 Considerações finais	89
5 A REDE E A POLICY COMMUNITY EM AÇÃO NO CMS	90
5.1 O Hospital Casa de Saúde e sua inserção na pauta do Conselho e da rede	90
5.2 Indicativos da influência da rede na posição do CMS sobre a Casa de Saúde	104
5.3 Considerações finais	111
6 CONCLUSÕES	112
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas	
APÊNDICE B - Termo de consentimento informado	

1 INTRODUÇÃO

Este estudo parte da idéia segundo a qual as decisões políticas em sociedades complexas ocorrem em um contexto no qual operam redes de atores sociais, de maneira que, para utilizar uma expressão de Marques (2006), as políticas públicas e, conseqüentemente, seus processos de produção acontecem imersos nessas redes.

Dentro da problemática mais ampla referente aos processos de participação de atores da sociedade civil na gestão de políticas públicas em curso no Brasil, a presente pesquisa enfoca, a partir de um estudo de caso, como problema de investigação as seguintes questões: quem são os atores e, quais as relações estabelecidas entre eles são constitutivas da rede que opera no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul; e, como a configuração da rede influencia na tomada de posição dos atores frente a um determinado aspecto da política de saúde no município.

Dessa forma, toma-se como objeto de análise o envolvimento de diferentes atores sociais que procuram de alguma forma influenciar os rumos das políticas de saúde no município de Santa Maria. Nesse sentido, considerando o referido Conselho Municipal de Saúde como o lócus privilegiado para identificar quem são esses atores, a pesquisa procurará, a partir de alguns elementos da análise de redes sociais, construir e apresentar diferentes configurações da rede segundo as relações que a constituem, apontando os atores que nela assumem posições centrais. Além disso, pretende-se averiguar os efeitos da constituição da rede sobre uma questão específica discutida naquele Conselho Municipal de Saúde, a saber, o convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Santa Maria e uma instituição hospitalar privada com vistas à administração do Hospital Municipal Casa de Saúde.

A promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988 e, nos anos seguintes, a regulamentação da legislação complementar, em especial a lei 8080/90, conhecida como lei orgânica da saúde, e a lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), conformam os marcos legais que institucionalizaram os Conselhos de Saúde como mecanismos de participação direta da sociedade civil na formulação e fiscalização das políticas de saúde nos três níveis de governo. É de se ressaltar o caráter deliberativo desses órgãos, assim como a sua composição que deve respeitar a paridade entre o

segmento integrado por representantes de entidades do governo, dos trabalhadores em saúde e dos prestadores de serviços em saúde e do segmento dos representantes dos usuários (BRASIL, 2006).

No entanto, mais do que meras transformações de um ponto de vista estritamente constitucional e jurídico, os conselhos de saúde são o desdobramento de um processo social e histórico que envolve uma série de atores sociais. Tal processo é um fenômeno ainda em curso. Em outras palavras, a emergência dos conselhos está relacionada a um conjunto de transformações associadas ao período de redemocratização no Brasil a partir do início dos anos 80 e, conseqüentemente, a um novo patamar das relações entre Estado e sociedade civil. Tais transformações também estão relacionadas a uma série de acontecimentos de âmbito internacional como a crise do Estado de bem-estar na Europa ocidental, a desestruturação do modelo do socialismo real existente no leste europeu e, os processos de democratização na América Latina.

O processo de redemocratização no Brasil, após duas décadas de regime militar, teve como uma de suas conseqüências uma série de transformações institucionais, especialmente a partir da criação de vários canais de participação da sociedade civil na gestão pública. Esse processo de significativas transformações foi acompanhado por análises de pesquisadores das Ciências Sociais, de forma geral, e da Sociologia, particularmente. Desde o início dos anos 1990 até o presente momento, então, vários estudos sobre os novos espaços de participação têm sido produzidos e publicados, assim como núcleos de pesquisa têm se formado em torno da temática demonstrando a importância da questão para as Ciências Sociais. Este estudo se insere no amplo debate que emerge nesse contexto, procurando contribuir com as discussões acadêmicas que têm sido travadas em torno das potencialidades que espaços de participação teriam de democratizar a gestão das políticas públicas e de colaborar para a construção de uma sociedade mais democrática.

Considerando, então, a relevância da temática do ponto de vista sociológico, deve-se ressaltar que parte significativa da literatura produzida sobre o tema tem sido criticada em razão de seu caráter normativo. Nesse sentido, outro aspecto que justifica a relevância da pesquisa aqui apresentada - além da importância, já mencionada, de colaborar para o debate a respeito da temática no âmbito das Ciências Sociais - diz respeito ao referencial teórico-metodológico

adotado, ou seja, a adoção de uma perspectiva relacional que desconsidera as rígidas separações entre Estado e sociedade civil distanciando-se das abordagens de caráter normativo. Tendo em vista o descompasso teórico, apontado pela literatura (CORTES, 2005a; FERNANDES; BONFIM, 2005; SILVA; MOURA, 2007; SILVA, 2007), existente entre o modelo teórico de inspiração habermasiana, amplamente utilizado nas análises sobre o tema, e a realidade empírica, a perspectiva relacional consiste em uma forma mais adequada de tratar as complexas relações estabelecidas entre os atores sociais no campo relacional no qual estão inseridos.

Dessa forma, a pesquisa pretende analisar o processo de participação de diferentes atores sociais no âmbito em que ocorrem as discussões relativas às políticas de saúde no município de Santa Maria, e considera que o Conselho Municipal de Saúde constitui-se enquanto o lócus político privilegiado para identificar os atores principais, assim como as relações que eles estabelecem entre si naquele contexto.

A questão da participação de atores da sociedade civil na gestão de políticas públicas e o novo patamar nas relações entre Estado e sociedade civil nos remetem a um contexto sócio-histórico mais amplo, que diz respeito ao processo de constituição das políticas sociais no Brasil e, mais especificamente, o das políticas de saúde.

Segundo Draibe (2002) o conjunto das ações do Estado brasileiro entre os anos 30 e início dos anos 80 do século XX na área social, constitui importante aspecto da atuação do Estado, por várias razões e dimensões, conformando um sistema de políticas sociais que pode ser apreendido sob o conceito de Estado de bem estar social ou Welfare State.

Souza (2001) alerta para as controvérsias na utilização do termo Welfare State, tendo em vista que fenômenos de natureza política semelhante podem ser classificados de forma diferente, dentre as quais Estado-Providencia e Estado Social. Mesmo reconhecendo a validade de tais distinções, o autor sugere a possibilidade da adoção de uma definição bastante ampla de Welfare State que consiste em uma considerável mobilização do aparelho de Estado em sociedades capitalistas com o objetivo de executar medidas voltadas ao bem-estar da população. De acordo com o autor, ainda que algumas iniciativas, já no início dos anos 1920 como, por exemplo, a instituição por lei dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, do Código Sanitário e da Lei Eloy Chaves, sobre assuntos previdenciários, indicassem, ao menos, uma disposição do Estado em empreender atuação mais forte, é apenas a partir de 1930 que se torna nítida a

constituição de um Welfare State no Brasil. A essa época, os conflitos entre capital e trabalho eram regulados por legislação esparsa e tratados basicamente como questão de polícia; as questões de saúde eram tratadas pelas autoridades locais, pois o governo central apenas atuava em questões consideradas emergenciais, como no caso de epidemias em centros urbanos; a rede escolar era bastante reduzida e; a previdência era predominantemente privada.

Braga e Paula (1981) concordam que a formação de uma política nacional para o setor saúde começa efetivamente a tomar forma a partir de 1930 quando são instalados os aparelhos necessários a sua efetivação. Entretanto, salientam os autores, deve ser ressaltado o caráter restrito dessa pretensa política nacional de saúde, fundamentalmente, em razão da limitada amplitude de sua cobertura populacional e dos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional.

O período compreendido entre os anos de 1930 e 1956, conforme os autores, contempla inicialmente a incorporação e transformação das unidades de âmbito estadual montadas nos anos 1920. Tais iniciativas configuram-se enquanto movimento em direção a centralização das ações em saúde exemplificadas pelas campanhas sanitárias coordenadas centralmente de forma quase militar.

Ainda de acordo com Braga e Paula (1981) no período compreendido entre meados dos anos 1950 e início do regime militar, os debates sobre as formas de atenção médico-sanitárias estavam centrados basicamente em duas questões: o alcance e dimensões da saúde pública e sua estrutura administrativa. Segundo os autores, a primeira questão pode ser resumida no que veio a se chamar círculo vicioso da pobreza e doença. Os sanitaristas da época entendiam, equivocadamente, de forma causal a relação doença/pobreza, de forma que solucionado o problema da doença o mesmo se daria com a pobreza. A segunda questão, de ordem administrativa, dizia respeito ao debate travado em torno das alternativas de centralização ou descentralização da estrutura sanitária.

Ao analisarem a política de saúde no período 1964-1974, Teixeira et al. (1988) consideram que a principal característica foi o aprofundamento da atenção médica individual de base hospitalar privada por intermédio da Previdência Social, paralelamente a uma substancial diminuição das ações de saúde pública por parte do Ministério da Saúde. Segundo as autoras, tal orientação de caráter privatizante já vinha se desenhando antes de 1964, mas ganhou força a

partir de então, principalmente com o privilégio dado a atenção hospitalar em relação ao atendimento ambulatorial que levou a um aumento do consumo de equipamentos médicos e outros insumos ao mesmo tempo em que o ato médico mais sofisticado possibilitou a cobrança de maiores preços pelos serviços prestados. Outro fator que reforçou a tendência privatizante daquele período, foi o expressivo crescimento da população de assalariados urbanos em razão dos altos índices de crescimento econômico, o que por sua vez aumentou o número de segurados da Previdência Social, que passou a ser centralizada com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1967, com o conseqüente aumento de recursos para a Previdência e maior demanda por assistência médica. Conseqüência importante desse processo, então, foi o financiamento da rede privada por parte da Previdência Social.

Por outro lado, as mesmas autoras apontam que, também nesse período, tiveram início algumas experiências de atenção à saúde que, mais tarde, constituíram-se em modelos alternativos ao padrão hegemônico da assistência médica previdenciária. Teixeira et al. (1988) afirmam que a partir de 1968, em algumas Escolas de Medicina, nos Departamentos de Medicina Preventiva e similares, foram desenvolvidas experiências de integração docente-assistencial e desenvolvimento de prática para os alunos em serviços públicos de saúde. A partir dessas experiências, foram propostas novas práticas e modelos de atenção à saúde, assim como foram incorporadas questões como regionalização, hierarquização, racionalização do uso de recursos, organização dos serviços a fim de voltá-los para as necessidades da população, democratização dos serviços pela participação popular e, prática médica realizada fora dos hospitais. Tais experiências, conforme as autoras, baseadas nas idéias da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária podem ser consideradas embriões daquilo que, posteriormente, veio a se chamar Movimento pela Reforma Sanitária.

Dessa forma, em meados da década de 1970, de acordo com Gerschman (1995) inscreve-se o processo de reformulação do setor saúde, no qual destaca-se como liderança intelectual e política, o autodenominado Movimento pela Reforma Sanitária. Segundo a autora, tal movimento referia-se a um restrito grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas na área da saúde, provenientes majoritariamente do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu importante papel enquanto oposição ao regime militar e, trajetória política própria no setor saúde.

De acordo com Menicucci (2007), a proposta de reforma da política de saúde foi feita pela articulação de um movimento político-ideológico que construiu um modelo teórico de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um conjunto de ações estratégicas visando à divulgação de idéias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais que possibilitassem a experimentação de projetos alternativos à política vigente. Algumas experiências começaram a ser implementadas já no início dos anos 80 e tinham em comum a tentativa de ampliar a cobertura, articular as esferas de governo para uma maior utilização da rede pública e participação da população.

No que diz respeito aos aspectos epistemológicos do movimento sanitário, Menicucci (2007) sustenta que o principal referencial ideológico se expressa na teoria social da saúde, uma abordagem marxista histórico-estrutural das condições e problemas de saúde da população. Assim, a incorporação de conhecimentos oriundos das Ciências Sociais constituiu o pensamento médico-social que passou a considerar o caráter político da área da saúde, deslocando o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerada como determinante das condições de saúde. Uma das conseqüências disso foi a delimitação de um novo campo de estudos, a Saúde Coletiva.

Nessa mesma linha de raciocínio, Menicucci (2007) afirma que a difusão da abordagem médico-social foi instrumento importante para a formação de recursos humanos no campo da saúde coletiva, justamente por difundir uma nova maneira de pensar e atuar no setor saúde, contribuindo para uma modificação no perfil do sanitarista que passou, desde então, a incorporar o posicionamento político na sua atuação. Da mesma forma, ao contrário da abordagem tradicional, a partir da incorporação da análise da política de saúde e da assistência médica previdenciária, passaram a ser elaboradas propostas de transformação, tanto do regime político quanto do sistema de saúde.

Nos anos oitenta, então, em um contexto de crise econômica, de aumento dos custos relativos à assistência à saúde e de liberalização política, ganhavam força as propostas que visavam reformar o sistema de saúde. De acordo com Gerschman (1995), o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) iniciado em 1982, além de propor mudanças na relação entre os setores público e privado, privilegiando o primeiro, também procurou alterar o modelo médico-assistencial, fortaleceu a gestão colegiada e consistiu numa primeira tentativa de descentralização do sistema de saúde.

Esse momento é importante no que tange a reflexão proposta na pesquisa, pois situa o contexto histórico no qual diferentes movimentos e organizações de atores da sociedade civil passam a ocupar espaços institucionais de gestão de políticas públicas e das políticas de saúde, mais especificamente. De maneira que, nesse contexto, meados dos anos 1980, no qual também está inserido o da cidade de Santa Maria, foram criadas novas instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, dentre as quais: a Comissão Interministerial de planejamento e coordenação (CIPLAN), as Comissões interinstitucionais de Saúde (CIS) em nível estadual, as Comissões interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) em nível municipal e as Comissões Interinstitucionais Locais de Saúde (CLIS) em nível local. Segundo Cortes (2002a), as comissões criadas pelo programa de ações integradas de saúde auxiliaram a integração interinstitucional e foram gradativamente se transformando em canais de representação política no interior da organização estatal. Em outras, palavras pode-se dizer que as CIMS foram, no nível municipal, as precursoras dos atuais conselhos de saúde.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, contando com a participação de mais de cinco mil pessoas, propôs reformulações no sistema de saúde com ênfase no controle social, ou seja, na participação da população na formulação e no controle das políticas de saúde. Segundo Menicucci (2007), a VIII Conferência foi um marco importante na trajetória da reforma sanitária e no êxito do movimento em conformar a agenda da saúde, por pelo menos dois motivos: um deles foi a ampla participação, representatividade e articulação política pró reforma, o outro em razão de o relatório final ter consolidado as propostas do movimento formalizando o projeto da reforma.

Um desdobramento importante da VIII Conferência foi a criação, por decisão dos Ministérios da Previdência e da Saúde e Educação, da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, composta paritariamente por integrantes do Governo e da sociedade civil, a quem coube formular uma proposta a ser apresentada aos parlamentares que iriam elaborar a nova Constituição Federal. Em contrapartida a essa Comissão, foi organizada a Plenária Nacional das Entidades de Saúde integrada por entidades do movimento popular, do movimento sindical, dos profissionais de saúde, partidos políticos, representantes da Academia e entidades setoriais (GERSCHMAN 1995; MENICUCCI, 2007).

Paralelamente a isso, em 1987, o governo federal iniciou o Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS) objetivando universalizar o acesso à saúde, racionalizar custos e uso de recursos unificando os serviços dos subsetores previdenciário e de saúde pública (CORTES, 2002a). A implementação do SUDS, no entanto, sofreu fortes resistências, tanto de atores públicos como políticos e burocracias do Inanps e Ministério da Saúde, quanto de atores privados como a Federação Brasileira de Hospitais, logrando algum êxito apenas nos estados onde havia dirigentes locais comprometidos com a mudança (MENICUCCI, 2007).

Dessa forma, também de acordo com Menicucci, com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, em fevereiro de 1987, a atuação dos grupos contrários à reforma, assim como do próprio movimento sanitário, deslocou-se para o processo parlamentar no âmbito da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. Assim, após muitas disputas, em outubro de 1988 foi aprovado o novo texto constitucional que dentre outros aspectos criou um Sistema Único de Saúde (SUS) pautado pelas diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da sociedade.

O SUS pode ser definido, segundo Vasconcelos e Pasche (2008, p.531), como “o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”. A Constituição Federal promulgada em outubro de 1988 e a legislação complementar, em especial a lei 8080/90, conhecida como lei orgânica da saúde, e a lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, conformam os marcos legais que o fundamentam. Além disso, de acordo com os autores, o arcabouço jurídico é complementado por leis estaduais e municipais “que regulamentam, em cada instância, a criação ou adaptação de órgãos, previstas na legislação federal, como os fundos e os conselhos de saúde” (VASCONCELOS; PASCHE; 2008, p.531). A operacionalização do sistema é orientada, ainda, no plano infralegal, pelas resoluções dos conselhos de saúde das três esferas governamentais, e pelas normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde que devem basear-se nas negociações estabelecidas entre os três níveis de gestão.

À essa legislação estão incorporados princípios doutrinários e diretrizes organizativas que norteiam o SUS. Segundo Vasconcelos e Pasche (2008; p. 534-535) esses princípios e diretrizes “se articulam e se complementam para organizar o sistema e estão em sintonia com os preceitos

do bem-estar social e da racionalidade organizativa”. Também de acordo com os autores, os princípios e diretrizes do SUS são algo como “as regras do jogo”. Os princípios são: a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito à informação. As diretrizes organizativas são: a descentralização com comando único, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação comunitária.

Dentre as características do sistema de saúde brasileiro, as que mais nos interessam, tendo em vista a pesquisa aqui apresentada, dizem respeito: 1) a descentralização com ênfase na municipalização, mudança mais significativa do ponto político-administrativo por atribuir ao município a responsabilidade em prestar a maioria dos serviços; 2) a participação comunitária que ocorre nos Conselhos e Conferências.

Atores sociais coletivos tais como sindicatos e associações de profissionais da saúde, que desempenharam papel importante no contexto do movimento pela reforma sanitária, assim como na inserção das principais idéias do projeto reformista no texto constitucional e, conseqüentemente, na criação do SUS, atualmente, têm exercido a representação de diferentes segmentos sociais no âmbito dos canais institucionais de participação da sociedade civil na gestão das políticas de saúde. Isso ocorre de forma mais específica através da atuação nos Conselhos e Conferências de saúde, nos três níveis de governo, assim como no estudo de caso aqui apresentado que tem lugar no município de Santa Maria.

É nesse sentido que objetiva-se investigar como e quais relações estabelecidas entre os atores no espaço institucional de participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde, no município de Santa Maria, incidem sobre a rede de atores possibilitando uma configuração específica e como essa configuração influencia o processo decisório do Conselho Municipal de Saúde.

O processo de investigação tem como uma de suas etapas fundamentais a recolha das informações que servirão, posteriormente, para análise e interpretação. A presente pesquisa alinha-se à uma perspectiva pouco utilizada nas Ciências Sociais brasileiras e na Sociologia particularmente. No entanto, as técnicas para a obtenção dos dados são bem conhecidas e amplamente utilizadas: a observação, a análise documental e entrevistas. Antes, porém, de adentrar nas questões relativas aos procedimentos utilizados para o levantamento das informações, cabe esclarecer como foi o processo de inserção do pesquisador no campo.

1.1 Inserção em campo e procedimentos metodológicos

O primeiro passo consistiu no que se pode chamar de entrada em campo, momento em que, como afirmam Patrício e Grisotti (2006), o pesquisador expressa atitudes de aproximação com o contexto da pesquisa. Também de acordo com as autoras, essa etapa caracteriza-se como uma pesquisa exploratória na qual se integram buscas teóricas e práticas.

A entrada em campo, então, iniciou-se em setembro de 2006 quando pela primeira vez foi observada, pelo pesquisador, uma reunião do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria. Naquela ocasião, a pretensão era de conhecer a dinâmica das reuniões e obter algumas informações básicas para elaborar um anteprojeto de pesquisa que, posteriormente, foi submetido e aprovado no processo seletivo para ingresso do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assim, nessa etapa, algumas informações foram levantadas a partir de observações em reuniões da plenária, conversas informais com alguns conselheiros e consulta a documentos como atas e controles de frequência às reuniões. A inserção no campo serviu para começar a conhecer e se fazer conhecer, tendo em vista que foi o momento em que surgiram as primeiras dúvidas e inquietações teóricas e travados os primeiros contatos com aqueles que são os protagonistas do processo em estudo.

Após a defesa do projeto de pesquisa, no início do segundo ano do curso de mestrado, em Abril de 2008, foi que, efetivamente, teve início o trabalho de campo de forma mais sistemática já com vistas à elaboração da dissertação. Nessa etapa, que teve início em maio e estendeu-se até dezembro, foram observadas 15 reuniões da plenária do Conselho (sendo duas em fevereiro e as demais em maio, junho, julho, agosto e setembro), analisado o balanço semestral de frequência às reuniões (relativo ao período compreendido entre setembro de 2007 e março de 2008, pois o balanço das ausências e frequências às reuniões, feito duas vezes por ano, referente a esse período era o mais atual naquele momento), 54 atas referentes a todo o ano de 2007 e de janeiro a maio de 2008 (essas eram as atas que estavam disponíveis no formato digitalizado), e realizadas, nos meses de outubro, novembro e dezembro, 16 entrevistas semi-estruturadas. Também foi possível examinar parte da documentação existente no arquivo do CMS de Santa Maria, referente ao período compreendido entre meados de 1990 e parte de 1991, que consistiu, basicamente, em

ofícios enviados e recebidos pelo CMS e pelo órgão que lhe antecedeu, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS).

A observação, enquanto técnica de coleta de dados, pode ser entendida enquanto aquelas ocasiões nas quais o pesquisador se faz presente em situações reais, interagindo ou não com as pessoas que são alvo da pesquisa. Pode ser a observação ostensiva ou observação participante, conforme Cortes (1998). Haguete (1995) refere-se apenas à observação participante que, de forma geral, diz respeito à participação do pesquisador no local pesquisado.

A observação foi realizada em 15 reuniões da plenária. Com isso, foi possível compreender a dinâmica das reuniões, assim como identificar os assuntos discutidos, as pessoas que participavam com mais frequência e distinguir as diferentes formas que a participação dessas pessoas assumia. As observações foram registradas em forma de diário de campo, assim como sugerem Arborio e Fournier (2001), de onde foi possível elaborar uma lista com nomes de 31 pessoas que tomaram parte de forma mais ou menos frequente nas reuniões. Também foi possível, a partir das observações e do registro das mesmas, ter uma idéia do tipo, ou grau, de envolvimento dos atores com as questões discutidas naquele espaço, chegando a um total de 20, entre os 31 identificados, como os mais atuantes. A observação também forneceu indicativos a respeito de quem concordava com quem nas discussões travadas durante as reuniões do CMS.

A análise de documentos, em um primeiro momento, concentrou-se no balanço semestral de frequência às reuniões e num segundo momento nas atas. A partir do balanço das presenças verificou-se quem eram os mais e os menos frequentes às reuniões. Foram analisadas 54 atas, desse total, 35 atas compreendiam todo o ano de 2007 e, 19 atas o período entre janeiro e maio de 2008. A análise das atas serviu como complemento às observações realizadas durante as reuniões. A partir disso, foi elaborada uma lista com os nomes de pessoas mencionadas nas atas. As atas também possibilitaram um amplo panorama a respeito dos assuntos discutidos pelos conselheiros, assim como com que frequência eles o faziam.

Além do balanço das frequências às reuniões e da análise das atas, foram consultados documentos que estão guardados nos arquivos do CMS. Foram privilegiados os documentos mais antigos ali encontrados que datam do início dos anos 1990. Eles foram úteis para se ter uma idéia a respeito do contexto no qual o Conselho foi criado em substituição à CIMS e, também, em mostrar os primeiros movimentos que procuravam implementar o SUS em Santa Maria.

Após exame das informações coletadas a partir das observações e da análise das atas e documentos, foram realizadas 16 entrevistas semi-estruturadas, ou seja, baseadas em um roteiro composto por questões com respostas abertas, a respeito das quais os entrevistados discorreram livremente. O roteiro de questões utilizado nas entrevistas foi elaborado, também, com o objetivo de acessar informações que pudessem possibilitar a construção da rede de atores que atuam no CMS de Santa Maria a partir da identificação das relações que a constituem. O conteúdo do roteiro (ver APÊNDICE A), dessa forma, abrangeu aspectos relativos à trajetória dos entrevistados, no que diz respeito à esfera profissional e seus vínculos com sindicatos, partidos políticos, se são ou foram conselheiros, motivação para atuarem como conselheiros, tempo de atuação como conselheiro e relações com outros conselheiros e demais atores envolvidos com as políticas de saúde em Santa Maria. O roteiro também procurou acessar informações relativas aos pontos de vista dos agentes a respeito do papel e importância do CMS, visões sobre o SUS e particularmente sobre convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Santa Maria e um hospital privado para administrar o Hospital Casa de Saúde, motivo de frequentes discussões nas reuniões do CMS de Santa Maria.

O recurso à entrevista foi utilizado tendo em vista que, segundo Cortes (1998), trata-se da técnica de coleta de dados mais difundida na obtenção de informações discursivas não documentais. Da mesma forma, é a técnica que possibilita ao pesquisador acessar informações subjetivas, ou seja, que se referem ao indivíduo entrevistado, às suas atitudes e pontos de vista.

A seleção dos entrevistados, tendo em vista que algum tipo de escolha teria que ser feita em razão da impossibilidade de entrevistar todos os conselheiros e outros atores envolvidos com as políticas de saúde em Santa Maria, baseou-se na análise das frequências às reuniões, análise das atas e, nas observações das reuniões da plenária. Conforme mencionado anteriormente, esse material possibilitou a elaboração de uma lista com nomes de pessoas que participavam de forma mais efetiva das reuniões. De posse dessa lista e do roteiro de entrevista optou-se pela aplicação de uma entrevista piloto. Após uma análise dos dados assim obtidos, chegou-se a conclusão de que o instrumento de coleta estava apto a ser aplicado junto aos demais atores a serem entrevistados. Para contatá-los optou-se pela técnica do snowball que, de acordo com Hanneman (2000), consiste em identificar um conjunto de atores aos quais se pergunta sobre seus vínculos com outros atores. Dessa forma, a partir das indicações feitas pelos primeiros entrevistados outros

foram sendo contatados, e assim sucessivamente até que, por ocasião da repetição das informações, decidiu-se por encerrar o processo de coleta de informações via entrevistas.

Ainda com relação à seleção dos entrevistados, cabe destacar que Gaskell (2002) entende que não há um método, de maneira que o pesquisador deve recorrer a sua imaginação científica e, sejam quais forem os critérios definidos para selecionar os entrevistados, eles devem ser justificados e detalhados no relatório ou apresentação da pesquisa.

Outro aspecto a destacar é que a realização das entrevistas implicou na utilização de um termo de consentimento informado (ver APÊNDICE B) no qual constavam as informações a respeito dos objetivos da pesquisa, identificação e endereço do pesquisador, assim como a garantia da preservação da identidade pessoal dos informantes.

Para a análise e interpretação das informações coletadas, tendo em vista os objetivos da pesquisa, dois procedimentos distintos devem ser destacados. O primeiro, diz respeito à utilização do software Ucinet 6 for Windows¹ no tratamento de parte das informações, procedimento que possibilitou a construção da estrutura relacional da rede de atores em questão. O segundo procedimento, consistiu na tentativa de oferecer uma interpretação a respeito do porque a rede assumia aquela configuração e, como tal configuração influencia o processo decisório do CMS, especificamente no tocante às posições do Conselho frente às diferentes soluções encontradas para a situação do Hospital Casa de Saúde. Esse procedimento, dinâmico e complexo, baseou-se em momentos diferentes, mas inter-relacionados, tendo em vista a dificuldade de isolá-los enquanto etapas sucessivas e lineares. De acordo com Gomes (2007) essas etapas são: a leitura compreensiva do material selecionado, nesse momento é que o material de áudio das entrevistas é escutado, transcrito e lido. Da mesma forma, as atas e outros documentos são lidos e sistematizados segundo os temas que abordam, ou destacando quem são os atores mencionados e o conteúdo de suas intervenções. Uma segunda leitura desse material já possibilita algumas distinções, por exemplo, a respeito das diferentes ou semelhantes posições dos atores frente a questões e temáticas específicas às quais estão relacionadas ao problema da pesquisa; outra etapa refere-se à exploração do material, momento ao qual podemos associar, dentre outros, a utilização do software que nos oferece uma configuração para a rede de atores, assim como indicadores que apontam para a importância dos diferentes atores na estrutura relacional; por fim,

¹ Disponível gratuitamente em: <http://www.analytictech.com/downloaduc6.htm>

a elaboração de síntese interpretativa, momento em que se faz uma articulação entre os objetivos do estudo, o referencial teórico adotado e os dados empíricos. Em outros termos, conforme Gomes (2007), propõe-se um esforço de interpretação dos sentidos dos dados de pesquisa que articula atitude hermenêutica e atitude dialética.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos, esta introdução e mais quatro.

O capítulo segundo procura situar o leitor em parte das discussões recentes a respeito dos processos de participação de atores da sociedade civil na gestão de políticas públicas. A partir de alguns aspectos, levantados pela literatura, chega-se às possibilidades da abordagem relacional enquanto instrumento teórico-metodológico. A seguir, como desdobramento da abordagem relacional, são apresentados os conceitos de redes e de comunidades de políticas. Por fim, propõe-se a análise das trajetórias e a análise de redes sociais como forma de operacionalizar a abordagem relacional.

O capítulo terceiro caracteriza, em linhas gerais, a cidade de Santa Maria, os serviços do SUS lá existentes e descreve o contexto político local desde a origem do Conselho Municipal de Saúde daquele município, destacando aspectos relativos a sua dinâmica de funcionamento, e dos atores sociais nele atuantes.

O capítulo quarto enfatiza e caracteriza a configuração da rede de atores que opera no CMS. Nesse sentido, são apontados alguns elementos que possibilitam uma interpretação à cerca do porque ela assume tal configuração.

Por fim, o capítulo quinto objetiva mostrar como a situação do Hospital Casa de Saúde entra na pauta do CMS e da rede de atores que atuam naquele espaço, para concluir apontando alguns indicativos da influência da rede nas posições que o CMS firmou frente às decisões que o Poder Executivo Municipal implementou na tentativa de dar conta da situação.

2 ESPAÇOS PARTICIPATIVOS: DO ESTADO DA ARTE À ABORDAGEM RELACIONAL

Este capítulo toma como ponto de partida uma revisão da literatura sobre espaços participativos no Brasil, mostrando como alguns estudos, a partir de diferentes enfoques, têm abordado a relação entre participação e governança. São apontados os instrumentos teórico-conceituais utilizados nas análises sobre experiências de participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas, enfatizando as articulações e conflitos entre os diferentes atores tais como, burocracias governamentais, trabalhadores, usuários e beneficiários e, como essas relações afetam a eficácia dos governos e das políticas, assim como os processos decisórios.

Pretende-se com isso mostrar que há na literatura um subgrupo, de influência considerável em nosso meio acadêmico, que tem enfatizado a importância dos novos espaços de participação para a criação de democracias participativas e para a melhoria da gestão pública. Veremos, também, que essa perspectiva, de inspiração habermasiana, tem sido crescentemente criticada em razão da sua postura normativa e da limitação de seus instrumentos teórico-conceituais, que tratam de forma substancialista e dicotômica as relações entre estado e sociedade civil.

A seguir, são apresentados os principais argumentos de algumas críticas à perspectiva habermasiana que, de forma geral, referem-se à pouca atenção que tem sido dada às relações de poder em curso na sociedade, às relações entre elites políticas e experiências de participação, assim como à emergência das *policy communities* e para a ação e influência das burocracias, dos profissionais e servidores públicos nos processos decisórios em contextos de *policy networks*.

Nessa linha de raciocínio, será abordada parte da literatura que procura questionar a assunção de que as experiências participativas têm uma natureza ou conteúdo prévio e que, isto sim, o sentido dessas experiências deve ser respondido pela pesquisa. Isso aponta para as possibilidades da abordagem relacional como perspectiva teórico-metodológica para analisar processos de participação.

A seguir, são apresentados os conceitos de redes e de comunidades de políticas. Por fim, a análise de trajetórias e a análise de redes sociais são apresentadas como possibilidades de operacionalizar uma abordagem relacional tendo em vista o processo de participação a ser investigado.

2.1 Um panorama da literatura sobre espaços participativos no Brasil

No intuito de contextualizar o estado da arte acerca de discussões recentes a respeito dos espaços institucionais de participação da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas, o trabalho de Cortes (2005a) fornece uma classificação dos tipos de respostas que a literatura ofereceu à questão sobre como os referidos espaços participativos afetam a formulação e a implementação de políticas públicas. Nesse sentido, a autora procura mostrar os instrumentos teórico-conceituais utilizados por vários outros autores em suas análises sobre experiências de participação de atores da sociedade civil no processo de formulação/implementação de políticas enfatizando o modo como os estudos tratam a relação entre participação e governança. Para tanto, Cortes (2005a) considera que o conceito de participação está relacionado ao envolvimento de participantes em fóruns participativos e, o de governança às capacidades gerenciais dos governos, à eficácia de suas políticas e ao processo decisório envolvido, ou seja, tem o sentido de articulação entre os gestores, burocracias governamentais e os interesses dos trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas afetando a *responsiveness* e a *accountability* dos governos.

Seguindo essa linha de raciocínio, a autora considera que a literatura pode ser dividida em dois grandes blocos distintos. O primeiro, menor quantitativamente falando em termos do volume da produção e número de autores, é cético em relação às possibilidades de fóruns participativos favorecerem a democratização da gestão pública. Tal ceticismo fundamenta-se em dois argumentos principais: a desconfiança relativa à legitimidade dos participantes e, constatação de que os processos políticos nesses fóruns são pouco democráticos. Desde esse ponto de vista, somente teriam acesso à participação grupos que dispõem de maiores recursos econômicos e de poder, de forma que os excluídos continuariam de fora. De forma geral, para os autores céticos, de acordo com Cortes, o desenho institucional dos fóruns não garante acesso universal à participação, assim como permite que o processo político seja dominado por gestores ou grupos políticos com mais recursos de poder. Nesse sentido, o ceticismo baseia-se, fundamentalmente, na desconfiança sobre a capacidade dos fóruns de democratizar o sistema político incluindo demandas dos setores sociais mais frágeis social e economicamente. Considerando a vida cívica e

o desenho institucional dos fóruns, os autores percebem limitadas as possibilidades de competição universal por participação ou de inviabilizar a preponderância, no processo de decisão, de atores com mais recursos de poder.

Mesmo considerando a posição de autores como Fiorina, (1999)², Pinto (2004)³ e Skocpol (1999)⁴ como uma posição cética, Cortes (2005a) afirma que este tipo de análise contribui por alertar para o fato de que, não necessariamente, fóruns participativos produzem formas mais democráticas de relação entre governo e sociedade civil.

O segundo bloco apontado por Cortes é mais numeroso e caracteriza-se por sua posição otimista no que diz respeito à influência dos espaços participativos na governança. Assim, os autores otimistas enfatizam que os fóruns estariam democratizando a gestão pública por incluírem no processo de decisão interesses tradicionalmente excluídos, dessa forma favorecendo a boa governança.

Entretanto, Cortes sugere que no bloco otimista também há uma divisão. Um primeiro subgrupo, mais influente, enfatiza a importância dos espaços de participação para a criação de democracias participativas e melhoria da gestão pública, sugerindo uma articulação entre democracia representativa e participativa na defesa de interesses e identidades subalternas. De acordo com Cortes, autores como Santos e Avritzer (2002)⁵, Costa (1997; 1999)⁶ e Avritzer (1997)⁷ analisam os fóruns participativos a partir de uma perspectiva habermasiana que pressupõe deliberação ampla e constituição de formas de exercício coletivo do poder político. Nessa perspectiva, fator importante, para os autores, é o constatado aumento da participação dos movimentos sociais nos novos espaços, tendo em vista que tais movimentos podem oferecer à

² FIORINA, Morris P. A dark side of civic engagement. In: Theda Skocpol e Morris P. Fiorina (orgs), pp. 395-425. *Civic engagement in American democracy*. Washington: Brookings/Sage, 1999.

³ PINTO, Celi R.J. Espaços deliberativos e a questão da representação. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 19, nº. 54, pp. 97-113, 2004.

⁴ SKOCPOL, Theda. Advocates without members: The recent transformation of American civic life. In: Theda Skocpol e Morris P. Fiorina (Orgs). *Civic engagement in American democracy*. Washington: Brookings/Sage, 1999

⁵ SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: Boaventura de Souza Santos (Org.). pp. 39-82. *Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

⁶ COSTA, Sérgio. Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol.12, nº.35, Fev. 1997.

COSTA, Sergio. La esfera pública y su mediaciones entre cultura y política: el caso de Brasil. *Metapolítica*, nº 9, pp. 95-107, 1999.

⁷ AVRITZER, Leonardo. Um desenho institucional para o novo associativismo. *Lua Nova*. nº 39, pp. 149-151, 1997.

democratização contribuições diferentes daquelas proporcionadas por sindicatos ou partidos políticos, fundamentalmente por apresentarem perfis organizativos próprios, inserção específica no tecido social, assim como articulações particulares com o arcabouço político-institucional.

Cortes (2005a) afirma que a corrente dos otimistas, embora influente, tem recebido algumas críticas que apontam os limites dos seus instrumentos teórico-conceituais, em especial por tratar como mundos regidos por dinâmicas e procedimentos diferenciados o mundo institucional da política e o mundo da sociedade. A principal implicação dessa rígida distinção é que, no mundo da política dominariam os interesses particularistas e, no da sociedade, as bandeiras normativas, as associações autônomas e a política do consenso. Ou seja, de um lado há a sociedade civil impregnada de positividade e, do outro lado, as instituições políticas totalmente negativadas por, supostamente, estarem pautadas por interesses corporativos e particularistas.

Entre as críticas à vertente otimista, Cortes (2005a) aponta as feitas por autores como Silva (2004)⁸ que indicam o descompasso entre tal modelo teórico e os atores empíricos que configuram a sociedade civil brasileira, bastante heterogênea e fortemente marcada por características como clientelismo, autoritarismo, baixa densidade associativa, heteronomia frente a atores políticos e governamentais. Em outras palavras, a crítica sugere que o modelo de inspiração habermasiana acaba por desconsiderar que a reprodução de estruturas e dinâmicas políticas autoritárias não é exclusividade da ação das elites políticas e econômicas, pois também pode envolver segmentos da sociedade civil.

Ainda com relação às críticas à perspectiva habermasiana, Cortes (2005a) cita o trabalho de Baker (2000)⁹ que enfatiza a pouca importância dada às relações de poder existentes na sociedade, de forma que não seria a natureza do mundo político-institucional que afetaria as possibilidades de espaços participativos mais equânimes, mas sim os recursos de poder que são socialmente desiguais.

⁸ SILVA, Marcelo Kunrath. Sociedade Civil e democratização da gestão pública no Brasil. Trabalho apresentado no XXVIII Encontro Anual da ANPOCS, ST23. Caxambu, 2004.

⁹BAKER, Gideon. Civil society and republican democracy. Paper for Political Studies Association-UK Annual Conference. 10-13 April. London, 2000.

A autora argumenta também, referindo-se ao trabalho de Bonfim e Fernandes (2004)¹⁰, que no modelo habermasiano não há lugar para fenômenos como a emergência das *policy communities*, a autonomia das burocracias ou para a ação de elites democráticas. Nesse sentido, novamente a crítica recai sobre a divisão rígida entre Estado e sociedade civil, tendo em vista que nos processos políticos que se desenrolam nas sociedades complexas, segmentadas e sofisticadas, vários atores não estão localizados ou no Estado ou na sociedade civil, mas sim transitando entre espaços governamentais e societais. Assim, o modelo habermasiano deixa de considerar que profissionais, servidores públicos e as *policy communities* são atores muito influentes nos processos decisórios que ocorrem em um contexto de *policy networks*, as quais não respeitam fronteiras entre o espaço estatal e societal, de forma que nelas os atores se confrontam, articulam e constroem consensos provisórios ou estratégicos para a formulação e implementação de políticas públicas.

Segundo Cortes (2005a) há, entre a vertente otimista, autores que não adotam integralmente a perspectiva habermasiana, mas consideram que a proliferação dos fóruns participativos pode estar indicando a formação de um outro tipo de democracia, que se contrapõe às formas tradicionais de democracia representativa. Nesse sentido, a autora aponta o trabalho de Evans (2003)¹¹ para quem a principal vantagem para a governança, como resultado da atuação dos fóruns de participação, seria a redução da violência e da corrupção característica das relações entre governantes e governados nos países em desenvolvimento. Tais espaços contribuem expandindo o desenvolvimento, proporcionando aos cidadãos a oportunidade de fazer escolhas. Evans entende as instituições participativas como meta-instituições que provocam e agregam conhecimento local e ajudam a construir instituições melhores. Nessa mesma linha, afirma Cortes (2005), Fung e Wright (2001)¹² destacam o impacto positivo dos espaços participativos sobre a governança, visto que promovem políticas que visam à participação, maior *responsiveness*, formas mais criativas e efetivas. Finalmente, a autora aponta o trabalho de Schneider e Goldfrank

¹⁰BONFIM, Washington L.S.; FERNANDES, Antônio S.A. Teorias Democráticas Contemporâneas e o caso Brasileiro Pós-Constituição de 1988. Trabalho apresentado no XXVIII Encontro Anual da ANPOCS. ST23. Caxambu, 2004.

¹¹EVANS, Peter. Além da Monocultura Institucional: instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. In: *Sociologias*, Janeiro, n.º 9, pp.20-63, 2003.

¹²FUNG, Archon; WRIGHT, Erik Olin. Deepening democracy: innovations in empowered participatory governance. *Politics & Society*, Março, vol. 29, n.º. 1, pp.5-41, 2001.

(2002)¹³ que, ao analisarem o orçamento participativo do Estado do Rio Grande do Sul, afirmam que o mesmo amplia a eficiência da gestão, tendo em vista o planejamento e as prioridades estabelecidas.

Entre a vertente que se distancia da orientação habermasiana, Cortes (2005a) situa Azevedo e Abranches (2002)¹⁴ os quais observam que a articulação entre mecanismos clássicos de representação e novos espaços de participação resultaria em efeitos democratizantes sobre a gestão pública, pois há, nesses fóruns, a ampliação do direito de expressar verbalmente preferências em contraposição a mera escolha de candidatos a cargos eletivos ou executivos, melhorando, dessa forma, a governança e a *accountability* dos governos locais.

Há ainda, segundo Cortes (2005a), um número relativamente pequeno de autores, entre os quais Boschi (1999)¹⁵ e Santos (2001)¹⁶, para quem os fóruns participativos constituem-se em canais neocorporativos de representação de interesses. De acordo com Cortes, esses autores além de não adotarem os pressupostos habermasianos, não concordam com a idéia de que haveria atores portadores de interesses gerais. Contudo, os referidos autores podem ser considerados otimistas, pois compartilham do ponto de vista de que os espaços de participação estariam influenciando positivamente a governança, em função da tendência a assegurar transparência na formulação e eficácia na implementação de políticas. Mas, para que efetivamente haja *accountability*, condições que horizontalizem as relações são necessárias. Tais condições estão relacionadas à densidade e à qualidade da representação nos fóruns.

Finalizando a análise, Cortes (2005a) afirma que os recursos teóricos que consideram os fóruns participativos como organizações intermediárias neocorporativas e, os que focalizam os profissionais e outros provedores de bens e serviços no âmbito do Estado de Bem Estar Social, podem ser úteis em novas pesquisas empíricas e na comparação entre fóruns de diferentes áreas de políticas. Nesse sentido, a autora aponta possibilidades de investigação, dentre as quais: as diferenças de autonomia dos fóruns com relação aos governos; a natureza do envolvimento dos

¹³SCHNEIDER, Aaron; GOLDFRANK, Ben. Budget and ballots in Brazil: participatory budgeting from the city to the state. IDS Working Paper n° 149, Brighton, Institute of Development Studies, 2002.

¹⁴AZEVEDO, Sérgio; ABRANCHES, Mônica. Conselhos Setoriais o caso da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Cadernos Metrôpole. n°. 7, pp. 41-71, 2002.

¹⁵BOSCHI, Renato Raul. Decentralization, clientelism, and social capital in urban governing: comparing Belo Horizonte and Salvador. In: *Dados*. vol.42, n°.4, 1999.

¹⁶SANTOS, Maria Helena de Castro. Which Democracy?: A Conceptual View from the Developing Countries Perspectives. *Dados*, vol.44, n°.4, 2001.

participantes que neles participam; sobre a natureza dos processos de reconhecimento de representantes e, a relação destes com os membros de suas organizações; e sobre a adequação desse modelo teórico conceitual para a análise dos espaços de participação.

Ao analisarem a democratização da gestão municipal no Brasil, Fernandes e Bonfim (2005) abordam a questão dos espaços participativos, assim como parte da literatura a respeito do tema. Dessa forma, de acordo com os autores, passados mais de trinta anos das primeiras experiências efetivas de participação social registradas pela literatura, a democratização da gestão municipal tem recebido tratamento empírico marcado, no entanto, por certa pobreza analítica, seja pelo excesso de conteúdos normativos e/ou politicamente engajados, seja pela excessiva postura microssociológica. A partir de tais considerações, Fernandes e Bonfim analisam as principais abordagens sobre a política local no país no período pós-redemocratização para, a seguir, refletir a respeito dos enfoques mais recentes ligados aos conceitos de democracia delegativa e de capital social.

De acordo com os autores, os anos 70 e 80, considerados como os antecedentes do período pós-redemocratização, foram marcados por análises empírico-descritivas centradas no papel dos movimentos sociais e sua luta contra o Estado e o poder público sob forte influência teórica das abordagens neomarxistas. Fernandes e Bonfim (2005) chamam a atenção para o fato de que, mesmo que parte significativa dos trabalhos desse período desconsiderasse as elites políticas como dimensões relevantes de análise, alguns já discutiam a questão da intermediação de interesses nas políticas urbanas considerando a multiplicidade de atores envolvidos.

No período subsequente a promulgação da Constituição Federal de 1988, de acordo com Fernandes e Bonfim (2005), a abordagem sobre a política local com ênfase na participação social se restringe às políticas urbanas e sociais com destaque para o papel dos conselhos municipais. Nesse sentido, um grande número de trabalhos foi produzido, no entanto, a maioria deles versou sobre os conselhos e observou de modo descritivo seus arranjos organizacionais e institucionais, além do grau de organização do movimento popular, sindical e de usuários envolvidos com a participação nesses espaços. De acordo com os autores, não é notada uma ênfase maior no papel das elites dirigentes públicas e da representação profissional nos conselhos.

No entanto, Fernandes e Bonfim (2005) consideram que pelo menos dois outros autores deram importância devida à ação das lideranças políticas como variável chave no entendimento

do funcionamento bem sucedido dos conselhos. É o caso, segundo os autores, de Cortes (1998; 1995)¹⁷ que a partir do conceito de *policy community* mostra como em conselhos municipais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, a presença de lideranças políticas e de representantes profissionais comprometidos com a participação dos movimentos sociais estimula a participação da sociedade civil. Tal abordagem possibilita estabelecer uma relação entre a trajetória política de experiência junto aos movimentos sociais de gestores ou profissionais e suas posições relativas à participação.

Há ainda, segundo Fernandes e Bonfim (2005), o trabalho de Veríssimo e Coelho (2004)¹⁸ que também destaca o papel de lideranças políticas e seus vínculos influenciando a dinâmica de funcionamento dos conselhos. Ao empreenderem um estudo sobre os conselhos locais de saúde do município de São Paulo durante uma administração do Partido dos Trabalhadores (PT) entre 2000 e 2004, os autores concluem que o processo de seleção dos conselheiros que representam a sociedade civil configura-se enquanto um “jogo de cartas marcadas”, tendo em vista que os mesmos são recrutados a partir de seus vínculos com o grupo político partidário que ocupa o poder.

Também sobre os conselhos, Fernandes e Bonfim (2005) salientam o trabalho de Santos Jr, Ribeiro e Azevedo (2004)¹⁹ que compara conselhos municipais em cinco capitais brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Belém e Recife), no período 1999/2001, enfatizando o funcionamento e estrutura desses espaços a partir da visão dos conselheiros, apontando para a pouca influência das deliberações dos conselhos nas decisões dos secretários das pastas correspondentes.

Em um segundo momento de seu trabalho, Fernandes e Bonfim (2005) dedicam-se a refletir sobre as experiências de participação considerando as políticas de orçamento participativo. Segundo os autores, a ampla difusão das experiências de orçamento participativo

¹⁷ CORTES, Soraya M.V. User participation and reform of the Brazilian Health System: The case of Porto Alegre. London: London School of Economics and Political Science, 1995.

Cortes, Soraya M.V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 3 (1): 5-17, 1998.

¹⁸ COELHO, V.S; VERISSIMO, J. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde em São Paulo. In: Avritzer, L. (Org.) *Participação em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 2004.

¹⁹ SANTOS Jr, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz César Queiros; AZEVEDO, Sérgio. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais. In: ¹⁹ SANTOS Jr, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz César Queiros; AZEVEDO, Sérgio (Orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/Observatório das metrópoles/FASE, P. 11-56, 2004.

mudou a forma de abordagem da questão local e da participação, no sentido da construção de uma proposta teórica contra hegemônica vinculada a uma percepção do papel dos movimentos sociais na ampliação de espaços políticos e, na busca de reconhecimento de novas identidades. Eles apontam os trabalhos de Santos e Avritzer (2002)²⁰ como exemplos dessa concepção contra hegemônica de democracia. No entanto, Fernandes e Bonfim (2005) entendem que as análises que seguem essa linha de pensamento, além do forte caráter normativo, confundem-se na utilização dos conceitos participação e deliberação, bem como no conteúdo atribuído às democracias participativa e delegativa.

Outro aspecto abordado por Fernandes e Bonfim refere-se à parte da produção acadêmica que trata a questão da participação sob o viés do conceito de capital social. De forma geral, segundo os autores, os pesquisadores que se debruçam sobre a questão do capital social entendem que relações políticas de características verticais e hierárquicas podem ser revertidas pelo capital social. Assim, os autores desta vertente buscam observar arranjos políticos capazes de bloquear práticas clientelistas e construir processos e estruturas horizontais de participação, baseadas em laços de confiança e solidariedade, ou seja, capital social. A grande questão colocada pela perspectiva do capital social, segundo Fernandes e Bonfim (2005), é se o capital social pode ser criado por governos ou se é produzido apenas em contextos nos quais há uma cultura cívica acumulada na sociedade. Concluindo a reflexão sobre o capital social, os autores afirmam que as abordagens dessa vertente consistem em tentativas de reconhecer, de modo mais claro empiricamente do que as abordagens da democracia deliberativa, a questão da intermediação de interesses e da participação no nível local, fundamentalmente, por considerarem, além do grau de engajamento da sociedade civil, aspectos relacionados ao papel das elites políticas e da estrutura institucional.

Finalizando o amplo panorama a respeito da democratização da gestão local, Fernandes e Bonfim (2005) consideram que a principal lacuna nos estudos, até então realizados, é que as análises partem sempre do olhar da sociedade civil, sugerindo, então, que o questionamento sobre a compreensão de como a elite política local dirige as políticas de participação, procurando mostrar seu posicionamento frente à representação popular é tarefa importante para entendermos a extensão das mudanças que se desenrolaram no sistema político brasileiro nos últimos anos.

²⁰Ibid. p.29, nota 5.

Outra referência sobre o tema da participação é a coletânea organizada por Dagnino e Tatagiba (2007) na qual as autoras afirmam que o conjunto dos trabalhos se caracteriza, em primeiro lugar, pelo abandono do registro celebratório e otimista que marcou a primeira leva de estudos sobre o potencial democratizador da sociedade civil e dos espaços nos quais ela atua. Assim, emerge um olhar mais crítico que explora as condições efetivas do potencial democratizador, centrando o debate na questão da qualidade da participação. Agendas de pesquisa baseadas nessa perspectiva têm buscado, segundo Dagnino e Tatagiba (2007), delimitar com maior precisão os limites das experiências e uma adequação das expectativas. As autoras destacam ainda, a conjugação do alargamento empírico e a busca de aprofundamento e inovação teóricos, tendência expressa nas variáveis mobilizadas na análise das experiências, no esforço na construção de tipologias e no debate sobre os modelos de democracia, que se desloca do nível estritamente teórico e passa a dialogar de forma mais próxima ao conhecimento acumulado sobre as experiências concretas.

Dessa forma, passa-se a enfatizar a compreensão das formas como os novos espaços de participação se combinam com as instituições políticas tradicionais. Consequentemente, ganha destaque a compreensão dos impactos das vinculações político-partidárias sobre a motivação e as formas de envolvimento em processos participativos e, por outro lado, a análise dos impactos dos processos participativos sobre a qualidade da burocracia. As autoras afirmam que, os trabalhos reunidos na coletânea, demonstram a complexidade dessas relações e chamam a atenção para uma tendência à subordinação da dinâmica participativa aos ritmos e lógicas próprias da disputa eleitoral.

Dentre os artigos da coletânea acima referida, o de Cunha (2007) avalia, comparativamente, o desempenho dos modelos de orçamento participativo e conselhos de políticas em três municípios (Porto Alegre, São Paulo e Belo Horizonte) administrados pelo Partido dos Trabalhadores (PT). A autora utiliza, como variáveis centrais, o formato institucional, participação, deliberação e o hibridismo desses novos espaços sugerindo, posteriormente, que há diferentes potencialidades democratizantes associadas a cada um desses fóruns. Nesse sentido, Cunha (2007) considera que o orçamento participativo teria maiores possibilidades de alterar as relações de poder e, consequentemente, maior potencial para o fortalecimento da gestão democrático-participativa e, assim, maior potencial em alterar as desigualdades entre regiões de uma mesma cidade. Em suas considerações finais, a autora relaciona os conselhos enquanto

expressão concreta do tipo de instituição que a teoria da democracia deliberativa propõe e, os orçamentos participativos com a proposta da democracia participativa.

Fucks e Perissinoto (2007) analisam comparativamente conselhos municipais de saúde, criança e adolescente e assistência social explorando três conceitos principais: recursos, poder e cultura. A partir desses conceitos, então, os autores procuram compreender a dinâmica do processo decisório, a questão da influência política nos fóruns participativos e o problema da relação de causalidade entre as instituições participativas e a cultura política dos seus membros. Os autores concluem destacando a preponderância dos interesses dos gestores na condução do processo decisório, a ausência do debate público e a desigual distribuição de recursos de poder entre os membros dos conselhos.

O artigo de Neves (2007) consiste em um estudo da participação a partir do orçamento participativo e tem como foco da reflexão a relação entre a nova institucionalidade participativa, no caso o orçamento participativo do município de Barra Mansa/RJ, e os canais tradicionais de intermediação política, fundamentadas nas relações de cunho clientelista. Neves (2007) conclui apontando para uma evidente subordinação dos mecanismos participativos aos ritmos e dinâmicas próprias do jogo eleitoral e, às estratégias de manutenção da governabilidade, de maneira que a participação, no caso analisado, foi despolitizada e instrumentalizada limitando a intenção de inovação democrática iniciada com a implementação do orçamento participativo.

Também na coletânea organizada por Dagnino e Tatagiba encontra-se o artigo de Silva (2007) no qual o autor, a partir de uma posição crítica relativa às abordagens substancialistas e dicotômicas sobre a relação Estado/sociedade civil, apresenta uma proposta para analisar as experiências em fóruns participativos que fundamenta-se na sociologia relacional e é operacionalizável a partir da análise das trajetórias e das redes sociais. De acordo com o autor, tal perspectiva implica no questionamento sobre uma natureza ou um conteúdo político prévia e normativamente associado às experiências participativas, de maneira que o sentido de tais experiências passa a ser um problema a ser respondido pela investigação.

O caminho percorrido nessa revisão da literatura aponta para questões importantes na discussão sobre os canais de participação da sociedade civil na gestão pública. Conforme foi visto, a literatura pode ser dividida entre autores céticos e autores otimistas com relação à potencialidade democratizante dos referidos espaços. A corrente dos autores otimistas é mais

numerosa e talvez até mais influente, no entanto, tem sido crescentemente criticada em função do referencial teórico adotado, considerado por seus críticos como excessivamente normativo.

Por outro lado, os autores que não se enquadram na corrente otimista têm se esforçado em apontar os limites de tal perspectiva, assim como os limites e os avanços dos fóruns de participação, a partir de outros referenciais teórico-conceituais. Nesse sentido, os autores de posição considerada cética têm sugerido aspectos a serem investigados como, por exemplo, a questão da representação profissional dentro dos conselhos, a natureza da participação dos atores e do reconhecimento das entidades participantes, a influência das instituições (partidos políticos, poder executivo e poder legislativo) e das trajetórias dos atores no interior daqueles espaços.

Dessa forma, focar as relações sociais estabelecidas entre os atores que atuam nos espaços de participação, desconsiderando a rígida separação entre Estado e sociedade civil, apontada por parte da literatura como limite importante para uma apreensão que considere a complexidade dos fenômenos e, em especial, o campo específico de relações num determinado espaço e tempo, é um ponto de partida a ser considerado.

2.2 A abordagem relacional

Uma abordagem do tipo relacional é fundamentada na tradição de autores como Pierre Bourdieu, Norbert Elias e Mustafá Emirbayer, conforme sugerido por Silva (2007). Em linhas gerais, a perspectiva relacional implica em procurar apreender nossos objetos de pesquisa como resultantes das relações sociais e não pré-existentes a elas. Um dos desdobramentos dessa perspectiva é que ela instrumentaliza o pesquisador no sentido de superar a tendência de reificação dos objetos de investigação, pois inviabiliza a análise isolada e auto-referida. Nesse sentido, os objetos devem estar inseridos em um campo relacional tal como os observamos em um determinado momento e lugar.

A abordagem relacional possibilita, ainda, tratar de maneira mais adequada o complexo relacionamento entre o sentido da ação para os atores e, o sentido assumido pela ação dos atores no âmbito do campo relacional no qual está inserida e pelo qual é condicionada.

Outro aspecto ressaltado por Silva (2007) é que, para uma abordagem relacional, os fenômenos sociais tomados como objetos de estudo devem ser analisados considerando seu caráter histórico-contextual. Em outras palavras, devem ser tratados enquanto processos que se desdobram ao longo do tempo, evitando assim, a tendência a tratá-los como portadores de características intrínsecas e independentes do campo dinâmico de relações no qual e pelo qual se constituem. Assim, ao invés de objetos que são de uma forma determinada, temos objetos que assumem configurações distintas relativamente às diferentes posições ocupadas e às diferentes relações estabelecidas ao longo da dinâmica processual da vida social, de forma que devem ser analisados com referência a um contexto e a uma trajetória.

Também de acordo com Silva (2007), as implicações da adoção de uma abordagem relacional para analisar experiências participativas são que: em primeiro lugar, ela relativiza qualquer sentido pretensamente inerente ou passível de ser deduzido de um modelo teórico, na medida em que o sentido assumido pela experiência é um problema que só pode ser respondido pela investigação empírica. A perspectiva relacional procura mostrar sob que condições as experiências assumem tal ou qual sentido; em segundo lugar, implica na necessidade de modificar a forma como geralmente são tratados os fatores explicativos das experiências participativas (ex: tradição associativa ou projeto político) que, via de regra, são tomados de forma isolada como se tivessem características intrínsecas e independentes da configuração na qual operam, ou seja, a existência e características de fatores explicativos são resultantes da estrutura e da dinâmica de relações que constituem a configuração em foco. Assim, é pela reconstituição empírica e caracterização do campo de relações que poderemos compreender a forma e o sentido contextual e relacional assumido pelos fatores e, explicar como eles se apresentam de determinada forma no caso em questão. É nesse sentido que a perspectiva relacional procura compreender a configuração política, ou seja, o campo de relações entre atores, grupos e instituições sociais e políticas que gera aquilo que constitui o “ser” da sociedade civil e do Estado em um contexto específico; em terceiro lugar, adoção da perspectiva relacional, ao ser indissociável da percepção de que os fenômenos sociais são processos históricos, implica em uma ruptura com a tendência de tratar de forma estática objetos que são processos dinâmicos.

Nesse sentido, faz-se necessário destacar que Bourdieu (2005) entende que é possível representar o mundo social sob a forma de espaço constituído por várias dimensões ou campos (cultural, econômico, religioso, intelectual, político, esportivo, etc.). Tal espaço é construído, de

acordo com o autor, tendo por base certos princípios de diferenciação e de distribuição de um conjunto de propriedades que atuam no universo social considerado. Tais propriedades conferem a seus detentores força ou poder neste universo, de maneira que os agentes, ou grupos de agentes, são definidos pelas suas posições relativas neste espaço. Assim é que se pode falar em um conjunto de posições sociais, vinculado, por uma relação de homologia, a um conjunto de atividades ou de bens relacionalmente definidos.

Dessa forma, a idéia de espaço social tem estreita relação com uma noção de diferença, de separação, ou seja, um conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade ou de distanciamento, assim como por relações de ordem ou hierarquia.

Nessa linha de raciocínio, Bourdieu (2005) aponta dois princípios de diferenciação que, de certa forma, moldam o espaço social: o capital econômico e o capital cultural. Segundo o autor, os atores sociais têm mais em comum, quanto mais próximos estão nessas duas dimensões e, tanto menos, quanto mais distantes estejam nelas, de forma que os agentes são distribuídos na primeira dimensão de acordo com o volume global de capital que possuem e, na segunda dimensão, de acordo com a estrutura de seu capital. Em outras palavras, a distribuição dos atores no espaço social se dá de acordo com o peso relativo dos diferentes tipos de capital no volume global de seu capital.

Para Bourdieu, a noção de capital cultural surge da necessidade de compreender as desigualdades no que diz respeito ao desempenho escolar dos indivíduos oriundos de diferentes grupos sociais. Assim, desde o seu ponto de vista, o capital cultural pode existir sob três formas: no estado incorporado, no estado objetivado e no estado institucionalizado. No estado institucionalizado, o que aqui nos interessa, o capital cultural materializa-se por meio dos diplomas escolares.

O capital político, segundo Bourdieu (1989), consiste em uma forma de capital simbólico, crédito firmado na crença e no reconhecimento, nas inúmeras operações de crédito pelas quais os agentes conferem a uma pessoa os próprios poderes que eles lhes reconhecem. Tal espécie de capital está estreitamente relacionada à experiência dos indivíduos, por exemplo, em atividades de engajamento político ou dentro do campo político. Para o autor, esta espécie de capital consiste numa força objetiva que pode ser objetivada nas coisas, em especial em tudo o que faz a

simbólica do poder, produto de atos subjetivos de reconhecimento e que, enquanto crédito e credibilidade, só existe na e pela representação, na e pela confiança, na e pela obediência. Enquanto poder simbólico é um poder que aquele que lhe está sujeito dá àquele que o exerce. É assim, pois, que o detentor de capital político, o homem político, retira sua força política da confiança que determinado grupo deposita nele.

2.3 As redes e as comunidades de políticas

De acordo com Silva e Moura (2007), a partir da adoção de uma perspectiva relacional, que também é processual, o conceito de rede de políticas torna-se extremamente útil, mesmo apresentando-se como um conceito aberto, no sentido de que não define previamente a configuração da relação a qual se refere. Assim, o conceito de rede de políticas tem a potencialidade de incorporar diferentes padrões de relação entre Estado e sociedade civil, constituindo-se enquanto instrumento analítico de grande utilidade na tentativa de superar as abordagens substancialistas e dicotômicas. Centrado nas relações entre os atores, o conceito de rede de políticas possibilita apreender como atores, em diferentes posições institucionais, se relacionam e como, a partir desses relacionamentos, são produzidos determinados resultados no âmbito do processo político de implementação e formulação de políticas públicas.

Nessa linha de raciocínio, Silva e Moura também consideram que a abordagem das redes de políticas possibilita identificar relações estabelecidas entre atores em um determinado setor de política, a seguir fazem alusão ao conceito de comunidade de política, atribuindo ao mesmo, significado semelhante ao que Cortes (2002; 2005b) conferiu às *policy communities*. Desta forma, segundo os autores:

“a abordagem das redes de políticas possibilita focalizar as complexas e dinâmicas relações estabelecidas pelos atores dentro de um determinado setor de política, identificando tanto as alianças constituídas entre os atores que compartilham determinadas posições, interesses e/ou propostas, quanto os conflitos entre grupos orientados por diferentes intencionalidades e concepções da política. Em relação a estas divisões internas, um conceito desenvolvido no âmbito das discussões sobre redes de políticas é o de comunidade de política. Apesar das diferenças no emprego deste

conceito (SKOGSTAD, 2005)²¹, destaca-se sua utilização para diferenciar os subgrupos dentro de uma determinada rede de política que apresentam concepções e interesses distintos sobre a mesma. Cada subgrupo constituiria, assim, uma comunidade da política e, a partir das relações e do equilíbrio de poder que estabelecem, definiriam a configuração e a dinâmica da rede da política. No caso de redes hegemônicas por uma determinada concepção, a comunidade tenderia a apresentar a conformação da própria rede.”(SILVA; MOURA, 2007, p. 14)

De acordo com Klijn (1998), o conceito de comunidades de políticas públicas evoluiu a partir de investigações empíricas desenvolvidas nos anos setenta e oitenta, principalmente no Reino Unido, por autores como Hecló e Wildavsky (1974)²², Richardson e Jordan (1979)²³, Grant et al. (1988)²⁴ e Rhodes (1988)²⁵. De forma geral, essas investigações apontavam a setorialização da política, assinalando que a formulação de políticas, cada vez mais, tem lugar em comunidades fechadas. Ainda de acordo com Klijn, o conceito de comunidades de políticas tem sido usado com referência a uma rede altamente integrada com interações densas entre os atores. Por isso, os atores de uma comunidade de política têm certos interesses em comum que os separam de outros atores de outras comunidades e dos atores que não estão incluídos em sua comunidade de política particular.

Segundo Klijn (1998), as redes de políticas podem ser definidas como padrões mais ou menos estáveis de relações sociais entre atores interdependentes, que se formam em torno de problemas ou programas de políticas, de maneira que elas constituem o contexto no qual tem lugar o processo político e, representam uma tentativa de analisar a relação entre contexto e processo na construção de políticas.

Do ponto de vista teórico, de acordo com Klijn, o enfoque baseia-se em conceitos recentes da Ciência Política e utiliza-se de perspectivas de outras Ciências Sociais, a saber: a teoria interorganizacional amplamente utilizada pela Sociologia Organizacional dos anos sessenta e setenta e, a literatura dos subsistemas e comunidades de políticas, predominantemente relacionada ao campo da Ciência Política, e que se desenvolveu como resultado das discussões entre elitistas e pluralistas nos anos cinquenta e sessenta.

²¹ SKOGSTAD, Grace. Policy networks and policy communities: conceptual evolution and governing realities. Annual Meeting of the Canadian Political Science Association. Workshop on “Canada’s contribution to comparative theorizing”, Ontário, 2005.

²² HECLÓ, H.; WILDAVSKY, A. The private government of public money. Macmillan, London, 1974.

²³ RICHARDSON, J.J.; JORDAN, A.G. Governing under pressure: the policy process in a post parliamentary democracy, Martin Robertson, Oxford, 1979.

²⁴ GRANT, W.P. et al. Government and chemical industry, Clarendon Press, Oxford, 1988.

²⁵ RHODES, R.A.W. Beyond westminster and whitehall: the sub-central governments of Britain, Unwin Hyman, London, 1988.

Importante salientar que, a utilização do conceito de redes de políticas para analisar os complexos processos políticos que tem lugar na contemporaneidade, indica a tendência entre os pesquisadores de tentar incorporar o entorno do processo às formulações teóricas.

No intento de mapear a trajetória da utilização do conceito de redes de políticas, Klijn afirma que a Ciência Política esteve muito ligada à teoria da decisão que, por sua vez, referia-se à otimização dos efeitos das decisões e ao cálculo de seus custos e benefícios. Assim, fortemente influenciada pelas Ciências Econômicas, a Ciência Política centrou suas atenções no comportamento de um ator racional que tomaria suas decisões em um contexto ideal de informações com uma hierarquização clara e completa de suas preferências.

Autores como Simon e Lindblom²⁶, segundo Klijn, na tentativa de fazer um contraponto à idéia de uma situação na qual as informações são completas, enfatizaram que nos processos políticos os atores tem informações incompletas e valores, muitas vezes, ambíguos. No entanto, tal enfoque, que pode ser chamado de racionalidade limitada, não logrou afetar a essência do modelo do ator racional, ou seja, a suposição de que os processos políticos podem ser dirigidos, ou pelo menos interpretados, pela perspectiva de um só ator.

A partir dos anos setenta, vários enfoques teóricos surgiram como expressão de uma abordagem processual das políticas públicas, dentre os quais: o modelo da política governamental de Allison (1971)²⁷, o enfoque da interação de Lindblom e Cohen (1979)²⁸ e as teorias da construção de agenda de Cobb e Elder (1983)²⁹. Para Klijn, em todas essas abordagens, a política pública aparece como resultado das interações entre vários atores que tentam influenciar o processo político em direções favoráveis a si mesmos. Assim, o central nessa abordagem é a complexidade do processo de formulação das políticas que se deve a uma serie de fatores, em especial, a variedade de atores envolvidos e que tentam influenciar a condução do processo, a idéia de que os atores não têm preferências imutáveis, que os processos resultam de interações complexas entre diferentes formas de ação estratégica e, que as percepções dos problemas e soluções podem mudar ao longo do tempo.

²⁶ LINDBLON, C.E. Still mudding not yet through. *Public Administration Review*, 39, 6, p.517-523. 1979

²⁷ ALLISON, G.T. *Essence of decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*. Little, Brown, Boston, 1971

²⁸ LINDBLON, C.E.; COHEN, D. K. *Usable Knowledge: Social science and social problem solving*. Yale University Press, New Haven, 1979.

²⁹ COBB, R.W.; ELDER, C.D. *Participation in American Politics: The dynamics of Agenda-building*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1983.

Klijin afirma que o conceito de redes, nas análises de processos de políticas públicas, surgiu em meados dos anos setenta e início dos oitenta, em parte a partir das críticas de Scharpf (1978)³⁰ à lógica dos fins e meios que dominavam a análise política. O autor entendia que era impossível que uma política pública, qualquer que fosse, pudesse resultar da decisão de um ator individual, mas que elas são resultantes das interações de diferentes agentes com diferentes estratégias e objetivos. Dessa forma, a análise política deveria orientar-se pelas redes interorganizacionais nas quais os processos de desenvolvem e, a investigação a respeito desses processos deveria dirigir-se às interações específicas entre as organizações e as relações estruturais mais estáveis entre elas.

A vertente dos estudos intergovernamentais também enfatizou as redes de relação e comunicação entre os diferentes níveis das agências governamentais, nas diferentes estratégias e capacidades dos atores para solucionar os problemas. Autores como Wright (1983)³¹ e Agranoff (1990)³², segundo Klijin, apontaram que atores governamentais atuam em cenários complexos e que, quando se envolvem em mais de um programa ao mesmo tempo, participam de redes de interações também complexas.

Como é possível perceber, a partir do que foi até aqui exposto, de acordo com Klijin (1998), a abordagem de redes de políticas públicas esteve sob forte influência da teoria interorganizacional. Por outro lado, a Ciência Política experimentou um desenvolvimento que também impactou a análise de políticas, em parte como resultado e evolução dos estudos de agenda, e em parte como resultado da discussão entre pluralistas e elitistas. Dessa forma, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa desenvolveu-se um marco teórico que considera a construção de políticas públicas a partir de comunidades relativamente fechadas. Também de acordo com Klijin (1998), as discussões sobre este marco teórico se deslocaram para discussões sobre comunidades de políticas públicas e redes de políticas públicas.

Nesse sentido, Klijin afirma que, como resultado das discussões entre elitistas e pluralistas, surgiu um tipo de investigação que centrava suas atenções na relação entre agências

³⁰ SCHARPF, F.W.; Interorganizational policy studies: issues, concepts and perspectives. In: K.I Hanf ; F.W. Scharpf (eds), 1978.

³¹ WRIGHT, D.S.; Managing the intergovernmental scene: the changing dramas of federalism management. In: W.B. Eddy (ed) Handbook of organization management. Marcel Deker, New York, p.417-454, 1983.

³² AGRANOFF, R.I.; Frameworks for comparative analysis of intergovernmental relations. SPEA Occasional Paper n° 26, Indiana University, 1990.

governamentais e os grupos de pressão e a forma pela qual a política é formulada. Em investigações como as feitas por Jordan (1990)³³, Rhodes (1990)³⁴ e Van Waarden (1992)³⁵ são utilizados conceitos como subsistemas, triângulos de ferro, comunidades de políticas, redes temáticas, subgovernos, mesocorporatismo e redes de políticas públicas. Segundo Klijn (1998), tais conceitos indicam, de certa forma, as conexões entre as agências governamentais e os grupos de pressão e, sublinham a idéia de que as políticas públicas são construídas em um contexto complexo, no qual vários atores atuam para assegurar resultados que melhor satisfaçam seus interesses.

Conforme Klijn (1998), o conceito de comunidades de políticas evoluiu a partir de investigações desenvolvidas principalmente no Reino Unido por autores como Heclo e Wildawsky (1974)³⁶ Richardson e Jordan (1979)³⁷ Grant et all. (1988)³⁸ e, Rhodes(1988)³⁹. Nessas investigações, ganha destaque a idéia da importância da setorialização da política e a ênfase de que a construção das políticas, cada vez mais, tem lugar em comunidades fechadas de atores. Assim, as comunidades de políticas públicas podem ser entendidas enquanto tipo especial de rede de políticas públicas. As redes de políticas públicas, por sua vez, referem-se a organizações complexas, conectadas com outras por dependência de recursos e distinguidas das demais pelas diferenças na estrutura de dependência de recursos. A análise das comunidades de políticas deve centrar sua atenção nos recursos que os atores têm à sua disposição, no sistema de valores que se aplicam em uma comunidade de política em particular e, nas regras e estratégias que são utilizadas.

De forma geral, então, pode se dizer que, de acordo com Klijn (1998), o conceito de comunidades de políticas refere-se a uma rede altamente integrada e relativamente fechada com interações densas entre os atores. Em outras palavras, comunidades de políticas dizem respeito a um conjunto relativamente estável de membros que compartilham visões de mundo e como

³³ JORDAN, G.; sub-governments, policy communities and networks: refilling the old bottles?, *Journal of Theoretical Politics*, 2 (3) p.319-338.1990.

³⁴ RHODES, R.A.W.; Policy networks: a British perspective, *Journal of Theoretical Politics*, 2 (3) p. 293-317, 1990.

³⁵ WARDEEN, F., van. Dimensions and types of policy networks. *European Journal of Political Research*, 21 (1-2) p. 29-52, 1992.

³⁶Ibid., p. 42, nota 22.

³⁷Ibid., p. 42, nota 23.

³⁸Ibid., p. 42, nota 24.

³⁹Ibid., p. 42, nota 25.

solucionar seus problemas mais imediatos, o que os distingue de outros atores e outras comunidades.

Com relação ao conceito de redes de políticas públicas Klijn (1998) afirma que suas raízes teóricas podem ser encontradas na Ciência Política, na Ciência Organizacional e nas Ciências de Políticas. O autor defende que a análise dos processos políticos, desde uma perspectiva de redes, implica em que o analista dê ênfase aos padrões de relação entre atores, suas interdependências e às formas pelas quais esses padrões e interdependências influenciam o processo político. Dessa forma, as principais características das redes de políticas públicas são: a interdependência entre os atores, a diversidade dos atores e, as relações mais ou menos duradouras entre os atores.

Ainda no que diz respeito ao conceito de redes de políticas, cabe destacar a contribuição de Adam e Kriesi (2007) que distinguem três diferentes formas de abordagem que têm utilizando o conceito de rede.

O primeiro tipo usa o conceito de rede de política (policy network) para designar uma nova estrutura de governança que se distingue, por um lado, das formas hierárquicas verticalmente organizadas e, por outro lado, das estruturas de mercado horizontalmente organizadas. Os autores que utilizam essa abordagem enfatizam o caráter horizontal e a coordenação auto-organizada entre os atores públicos e privados envolvidos conjuntamente na negociação e resolução dos problemas.

O segundo tipo de abordagem aplica o conceito, de forma genérica, à diferentes tipos empíricos de conjuntos de interações entre atores públicos e privados em subsistemas políticos específicos. Assim, há uma grande variedade de redes de políticas e, os autores associados a esta abordagem têm desenvolvido várias tipologias de redes de políticas para identificar as diferentes formas de relações entre atores públicos e privados.

O terceiro tipo consiste em uma abordagem formalizada/quantitativa da análise de redes sociais, que utiliza ferramentas desenvolvidas para analisar os conjuntos complexos de interações entre atores privados e públicos na construção dos processos em que são tomadas as decisões políticas. O foco é nas relações entre os atores e não nas suas características. A análise quantitativa de redes resulta em imagens da estrutura das redes e de índices que permitem a caracterização de seus aspectos chave como, por exemplo, grau de centralidade, conectividade, densidade, etc.

Ainda de acordo com Adam e Kriesi (2007), pesquisadores têm apontado vários fatores que influenciam na emergência e forma das redes de políticas, os quais estão relacionados à territorialidade, ou seja, se no nível local, regional, nacional ou transnacional e, se diz respeito a um domínio específico, ou, se envolve domínios políticos distintos.

Adam e Kriesi (2007) acreditam que a abordagem das redes de políticas, ainda que esteja mais próxima de um conjunto de ferramentas analíticas do que de uma teoria, tem seu valor analítico por conceitualizar a formulação de políticas como um processo que envolve uma diversidade de atores mutuamente interdependentes, considerando tanto o papel dos atores estatais quanto o dos sociais, sintetizando as abordagens centradas ou no estado ou na sociedade, indo, dessa forma, além de uma descrição formal do processo de formulação da política.

Ainda conforme Adam e Kriesi (2007), ao considerar a importância das questões relativas ao trânsito de informações e das relações entre as unidades em estudo, a abordagem se diferencia de outras, o que, por sua vez, implica em uma mudança de perspectiva que consiste em considerar os atores como importantes não porque isolados ou atomizados, mas porque mutuamente inter-relacionados.

Por outro lado, os autores consideram algumas limitações na abordagem: uma é que o potencial das técnicas matemáticas formais para análise de redes não tem sido utilizado a contento nas análises políticas; a segunda é que os pesquisadores não têm conseguido mostrar como as redes de políticas têm contribuído com os resultados e a mudança política; a terceira limitação tem relação com a união da abordagem de redes com outras abordagens sem os cuidados necessários, ou seja, sem que fique claro porque e como as abordagens podem ser combinadas.

Para superar as limitações acima referidas, Adam e Kriesi (2007) sugerem uma tipologia de rede de política baseada em duas dimensões chave: a distribuição de poder e o tipo predominante de interação. De acordo com os autores, essas duas dimensões capturam os dois elementos básicos da rede, os atores e suas relações. Dessa forma, é possível, afirmam, fazer mais do que uma descrição do processo político, pois as dimensões podem ser sistematicamente relacionadas aos determinantes e efeitos da rede de política. A idéia é que fatores transnacionais, nacionais e o domínio específico da política em questão, influenciam a distribuição e a estrutura

das interações na rede de política. No entanto, nenhum desses determinantes pode ser visto de forma isolada, ou seja, não é suficiente focar um fator exclusivamente. As hipóteses devem ser testadas levando em consideração as complexas interações entre todos os determinantes. A tipologia proposta pelos autores também constitui uma variável independente quando tenta explicar a mudança política, ou seja, o tipo e potencial da mudança política dependem da distribuição do poder e da estrutura das interações.

Nessa linha de raciocínio é que pesquisas podem procurar investigar os efeitos da configuração de uma rede particular em políticas específicas. Esta é a idéia central do presente estudo, pois adota-se como variável independente a configuração da rede, construída a partir das interações entre os atores para, posteriormente, demonstrar que tal configuração tem impacto no âmbito de atuação da rede, nesse caso, na posição que o Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria firma com respeito ao convênio estabelecido entre a Prefeitura do Município e uma instituição hospitalar privada para administrar o Hospital Casa de Saúde.

2.4 A análise de trajetórias e de redes sociais

Silva (2007) sugere, a título de operacionalização da abordagem relacional para análises a respeito de experiências de participação, a análise de trajetórias sociais, pois segundo o autor, através da reconstituição das trajetórias dos indivíduos e das mudanças de posição no espaço social é possível acessar processos mais amplos nos quais tais trajetórias estão inseridas. No que diz respeito, especificamente, às relações entre Estado e sociedade civil nos espaços institucionais de participação, a análise de trajetórias possibilita apreender como os indivíduos transitam entre os dois campos podendo, desta forma, tornarem-se permeáveis a interesses e/ou demandas originados de ambientes institucionais distintos.

De acordo com Montagner (2007), Bourdieu entende que é possível sobrepor à estrutura relacional dos campos de poder as marcas distintivas das trajetórias dos grupos e dos agentes. De forma que as trajetórias seriam o resultado de um sistema de traços pertinentes de uma biografia individual. E mais, a trajetória é a objetivação das relações entre os agentes e as forças presentes no campo. Esta objetivação descreve a série de posições ocupadas pelo ator em estados

sucessivos do campo. Montagner vai mais além e, ainda apoiando-se em Bourdieu (1996)⁴⁰, afirma que:

Assim, toda trajetória social deve ser compreendida como uma maneira singular de percorrer o espaço social, onde se exprimem as disposições do habitus e reconstitui a série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um mesmo grupo de agentes em espaços sucessivos. Mas esta reconstituição parte do ponto de vista externo ao biografado, parte do ângulo de visão de quem reconstitui o campo como espaço social onde essa biografia se delineia. (MONTAGNER, 2007, p.255)

Cabe ainda destacar que a biografia independe do indivíduo, pois “está relacionada ao conceito de agente operando em um campo de forças sem muitas vezes atinar para o sentido real de tal ação”.

Simultaneamente a análise de trajetórias, Silva (2007) sugere a utilidade da análise de redes sociais. Assim, de acordo com o autor, a análise de redes sociais possibilita a produção de informações sobre as relações entre os atores de uma rede específica, o que permite apreender como a configuração da referida rede tem implicações no que diz respeito à ação dos atores individualmente e, para o resultado agregado das ações entre si.

De acordo com Portugal (2007), nas Ciências Sociais a análise de redes tem sido um campo interdisciplinar cujos pioneiros estudos vêm da Sociologia, da Psicologia Social e da Antropologia. Segundo a autora, suas bases teóricas, metodológicas e empíricas são resultados da procura de soluções para problemas teóricos e empíricos que não eram satisfatoriamente resolvidos pelos quadros conceituais hegemônicos nas diferentes disciplinas. Para Portugal, a construção de um sentido analítico para o conceito de redes sociais desenvolveu-se em torno de duas correntes: uma ligada a Antropologia Social britânica do pós segunda guerra mundial, preocupada com análises situacionais de grupos restritos; outra, majoritariamente americana, que desenvolve análises quantitativas no quadro de uma abordagem estrutural.

Também de acordo com Portugal, parece existir um consenso entre uma série de autores em torno do nome de John Barnes como aquele que usou, pela primeira vez, a noção de rede social para descrever as estruturas sociais de uma comunidade. Segundo Portugal, Barnes (1977)⁴¹ ao estudar a importância das interações individuais na definição da estrutura social comunitária, isolou dois campos, o territorial e o industrial, com base nos quais são estabelecidas

⁴⁰ BOURDIEU, Pierre. As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

⁴¹ BARNES, J.A. Class and committees in a Norwegian Island Parish. In: Samuel Leinhardt (Org), Social Network. A developing paradigm, New York, Academic Press, p.233-252, 1977. (edição original: Human relations, 7, 1954).

as relações entre os indivíduos. Ao concluir que a maioria das relações não podia ser compreendida com base apenas na pertença territorial ou industrial, o autor isola um terceiro campo formado pelos laços de parentesco, amizade e conhecimento concebendo-os com uma rede de relações flexível e discreta.

Na esteira do trabalho de Barnes aparecem, alguns anos mais tarde, os estudos de Elizabeth Both (1976)⁴². Conforme Portugal, Both, em pesquisa sobre família e redes de relações sociais, reconheceu a relação entre o caráter interno de uma relação e a estrutura de uma rede. Em linhas gerais, a autora defendia a idéia de que a dinâmica da estrutura familiar depende do comportamento dos seus membros e também das relações que eles estabelecem com outros.

Ainda de acordo com Portugal (2007), a tradição americana de estudo das redes desenvolveu-se a partir de duas linhas distintas. Uma, formalista, herdeira dos trabalhos de Simmel, enfocou a morfologia das redes e seu impacto nos comportamentos. Outra, estruturalista, definiu a relação como unidade básica da estrutura social. Segundo a autora, a análise estrutural deslocou-se de uma posição minimalista em que o conceito de rede era uma metáfora, para uma posição maximalista na qual as redes, enquanto conjuntos de laços e nós que representam suas interconexões, são representações da estrutura social. Tal perspectiva, muito bem exemplificada, conforme Portugal, no trabalho de Wellman e Berkowitz (1991)⁴³, associa os nós a indivíduos e/ou grupos e coletividades e, utiliza a idéia de laços para representar fluxos de recursos, relações simétricas de amizade, transferências ou relações estruturais entre os nós.

Apoiando-se em Degenne e Forsé (1994)⁴⁴, Portugal afirma que a análise de redes permite passar das categorias às relações e que, o ponto de partida da investigação deve ser o conjunto de relações que interliga as unidades, pois não é possível compreender a estrutura ignorando as relações estabelecidas entre os seus elementos. Dessa forma, a análise de redes pretende fornecer uma explicação do comportamento social fundamentada em padrões de interação entre os atores, ao invés de focar os efeitos independentes de atributos individuais ou relações duais.

Nesse sentido, a contribuição da análise de redes atinge dois aspectos importantes do debate sociológico, as relações entre micro/macro e ação/estrutura. Nas palavras da autora:

⁴² BOTH, Elizabeth. Família e rede social. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1976.

⁴³ WELLMAN, Barry; BERKOWITZ, S.D. (Orgs). Social Structures. A new approach. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

⁴⁴ DEGENNE, Alain; FORSÉ, Michel. Les réseaux sociaux. Paris, Armand Colin, 1994.

Os contributos da network analysis inscrevem-se em dois debates fundamentais da tradição sociológica: o primeiro tem a ver com o estatuto das análises micro na construção da macro-sociologia, o segundo com a relação entre a estrutura social e a ação individual. De um modo geral, a teoria das redes postula que a teoria sociológica macro estrutural deve ser construída sobre fundações micro. Ou seja, o nível interpessoal deve prover as bases para explicar atividades e estruturas de níveis mais elevados de agregação. Segundo Mercklé (2004)⁴⁵, a teoria das redes constitui uma “terceira via”, “meso-sociológica”. A sua abordagem tenta responder, simultaneamente, a duas ambições: explicar o comportamento dos indivíduos através das redes em que eles se inserem e explicar a estruturação das redes a partir da análise das interações entre os indivíduos e das suas motivações. (PORTUGAL, 2007, p. 9)

Perspectiva semelhante, no que diz respeito às relações micro/macro e ação/estrutura, é defendida por Fontes e Stelzig (2004) que, apoiando-se em Galaskiewicz (1994)⁴⁶, afirmam: “a análise de redes une as perspectivas micro e macro porque permite ao pesquisador focar sua atenção tanto na ação individual quanto no comportamento inserido em um contexto estrutural mais amplo”. Para os autores, a expressão rede social tem sido utilizada nas Ciências Sociais enquanto instrumento de análise que permite a reconstrução dos processos interativos dos indivíduos e suas afiliações a grupos a partir das conexões interpessoais cotidianas.

Outra reflexão que aponta nesse mesmo sentido é feita por González e Molina (2003). Para os autores, a análise de redes sociais possui uma interessante flexibilidade, demonstrada na ampla gama de aplicações nas quais é possível utilizar a perspectiva de redes, seja como teoria, como método ou como objeto de estudo. Tal flexibilidade permite, de acordo com os autores:

superar os problemas derivados das dicotomias clássicas da teoria social, ou seja, os enfoques macro-micro, estrutura-ação, qualitativo-quantitativo, etic-emic, racionalidade económica-prestígio social, natureza-sociedade, gemeinschaft versus gesellschaft, entre muitas outras. Esta flexibilidade não é mais do que um indicador da existência de uma unidade fundamental da realidade social e que é, (...) a interação social. Tradução nossa. (GONZÁLEZ; MOLINA, 2003, p. 1-2, tradução nossa)

Marques (2006) destaca que a análise de redes sociais constitui um campo de estudo amplo, recente e pouco desenvolvido no Brasil, no entanto, de grande utilidade em estudos sobre as dinâmicas internas ao Estado e, no tocante às relações entre Estado e sociedade civil. Para o autor, o ponto de partida da análise de redes é que as redes sociais estruturam os campos de diversas dimensões do social, influenciando o fluxo de bens materiais, idéias, informação e poder.

Nessa mesma linha de raciocínio, Silva e Moura (2007) entendem que a análise de redes é um recurso importante para romper com abordagens substancialistas e dicotômicas das relações

⁴⁵ MERCKLÉ, Pierre. Sociologie des réseaux sociaux. Paris: La Decouverte, 2004.

⁴⁶ GALASKIEWICZ, Joseph. Advances in social network analysis. London, Sage Publications, 1994.

entre sociedade civil e Estado. É também nesse sentido que Pavez (2005) utiliza a metodologia de análise de redes, ou seja, diferenciando-a do enfoque substancialista, visto que seu objeto de estudo são as relações entre atores sociais, irredutíveis a propriedades individuais, permitindo a observação mais ampla dos processos sociais. Apoiando-se em autores como Wasserman e Faust (1994)⁴⁷ e Emirbayer (1997)⁴⁸, Pavez considera que os atores sociais, assim como suas ações, são interdependentes e não unidades autônomas, de forma que a análise é feita a partir dos vínculos existentes entre os mesmos. Nesse sentido, os vínculos são entendidos enquanto canais de transmissão de recursos materiais e imateriais. Considerando, então, que tal perspectiva permite a identificação e análise de padrões nos processos de interação social, a autora entende que a noção de redes deve ser aplicada em sentido não metafórico.

A distinção entre a utilização metodológica e metafórica da análise de redes também é salientada por Bichir, Castello e Lavalle (2006) em estudo sobre organizações da sociedade civil no município de São Paulo. Os autores afirmam que o uso metodológico tem maiores potencialidades heurísticas em comparação com o uso metafórico, fundamentalmente, por possibilitar o tratamento empírico das formas e lógicas que animam a atuação dos conjuntos de atores.

Retomando as reflexões de Silva e Moura (2007), percebe-se que a análise de redes tem boas perspectivas de aplicação nas investigações sobre participação de atores da sociedade civil em fóruns participatórios institucionais, tendo em vista que possibilita apreender e analisar, segundo os autores, “a ancoragem relacional do associativismo cívico e dos espaços institucionais”. Dessa forma, nas palavras dos autores, a análise de redes sociais possibilita:

analisar os efeitos de diferentes padrões de relações entre atores sociais e político-institucionais ou, ainda, de suas mudanças ao longo do tempo, sobre a conformação das práticas associativas. Mais especificamente, (...) permite analisar os efeitos da introdução de inovações institucionais participativas (...) sobre as relações entre atores sociais e político-institucionais e, assim, sobre a estruturação do tecido associativo. (...) Por outro lado, (...) possibilita observar o processo inverso: os efeitos de configurações associativas prévias sobre a dinâmica dos espaços institucionais de participação e a estrutura de relações entre os atores que deles participam. (SILVA; MOURA, 2007, p. 16-17)

Ainda nesse sentido, é pertinente mencionar as afirmações de Villasante e Martí (2006) a respeito da utilização da análise de redes sociais em investigações sobre processos de

⁴⁷ Wasserman, S. Faust, K. Social Network analysis: methods and applications. Structural Analysis in the social Sciences. Vol. 8 Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

⁴⁸ Emirbayer, Mustafá – Manifesto for a relational sociology. American Journal of Sociology, Vol. 103, n° 2, 1997.

participação social. Para os autores, a análise de redes proporciona uma visão relacional do social que é intrínseca à noção de participação, tendo em vista que participar, ou seja, tomar parte em algo implica, necessariamente, no estabelecimento de vínculos sociais entre atores.

Além disso, mas também no que diz respeito à questão dos processos de participação e, mais especificamente, da participação de atores e organizações da sociedade civil na gestão pública, Villasante e Martí sugerem que a análise de redes sociais consiste em uma ferramenta de grande utilidade para o estudo das relações entre organizações e atores nas esferas do Estado, do mercado e da sociedade civil. Da mesma forma, possibilita apreender as dinâmicas de conflito e de cooperação, assim como de dominação e interdependência que se estabelecem entre os atores, os fatores que os influenciam e as políticas resultantes.

A literatura sobre análise de redes sociais aponta que há alguns conceitos centrais que se deve ter em conta quando se pretende empreender uma investigação pautada por essa perspectiva. Nas palavras de Wasserman e Faust (2007; p.17): “Há uma série de conceitos-chave centrais na análise de redes que são fundamentais para a discussão sobre as redes sociais. Estes conceitos são: ator, laço relacional, díade, tríade, subgrupo, relação e rede”. No caso da pesquisa que aqui apresentamos, vamos nos ater a alguns desses conceitos, a saber: ator, laços relacionais, relações e rede social.

De acordo com Wasserman e Faust (2007) os atores são entidades sociais que podem ser tanto indivíduos como coletivos ou instituições. Dessa forma, em análise de redes sociais podemos considerar atores tanto pessoas em um determinado grupo, quanto serviços públicos em uma cidade qualquer, ou ainda estados nacionais no sistema mundial. Segundo os autores:

Ator. Conforme mencionamos anteriormente, a análise de redes sociais preocupa-se em compreender os vínculos entre entidades sociais e as implicações desses vínculos. As entidades sociais são os atores. Atores são indivíduos, empresas, ou entidades sociais coletivas. Atores são, por exemplo, pessoas em um grupo, departamentos de uma empresa. Agências de serviços públicos em uma cidade, ou estados-nação no sistema mundial. (WASSERMAN; FAUST, 2007, p.17, tradução nossa)

Segundo Wasserman e Faust (2007) os laços relacionais ligam os atores uns aos outros e, os tipos e características dos laços podem ser bastante variáveis. A característica do laço é o que vai estabelecer a ligação entre um par de atores. Entre os tipos de laços mais utilizados em análises de redes sociais, segundo os autores, estão: avaliação de uma pessoa por outra, expressando amizade ou respeito; transferência de recursos materiais como, por exemplo,

transações comerciais; associação ou afiliação como nos casos de pessoas que fazem parte do mesmo clube social ou partido político; interações como as que envolvem troca de mensagens; movimentações entre lugares ou posições como, por exemplo, migração ou mobilidade social; relações biológicas como, por exemplo, as de parentesco.

A relação de acordo com Wasserman e Faust (2007) consiste no conjunto de laços de um tipo específico existente entre membros de um grupo. Para cada grupo de atores é possível medir diferentes relações. É importante observar, que uma relação refere-se a um conjunto de laços de certo tipo, medidos entre pares de atores em um conjunto específico de atores. Além disso, os laços existem apenas entre pares específicos de atores. Ou seja, nas palavras dos autores:

Relação. O conjunto de laços de um tipo específico, entre membros de um grupo, é chamado de relação. Por exemplo, o conjunto dos laços de amizade entre pares de crianças em uma sala de aula, ou o conjunto de relações diplomáticas formais mantidas entre pares de nações no mundo, são laços que definem relações. Para qualquer grupo de atores nós podemos medir uma série de diferentes relações, (por exemplo, além das relações diplomáticas formais entre nações, nós podemos medir a quantidade de dólar no comércio entre países num determinado ano). É importante notar que a relação refere-se a um conjunto de laços de um tipo específico estabelecidos entre pares de atores de um conjunto específico de atores. Os laços existem apenas entre pares específicos de atores. (WASSERMAN; FAUST, 2007, p. 20, tradução nossa)

Resta-nos, então, definir a idéia de rede social, importante na discussão aqui proposta. Nesse sentido, também de acordo com Wasserman e Faust, utiliza-se a idéia de rede social para fazer referência a um conjunto finito de atores e as relações estabelecidas entre eles.

É, então, enquanto estratégia analítica que a análise de redes sociais será utilizada no presente estudo. O foco da investigação concentra-se nas relações estabelecidas entre atores sociais que atuam no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria para, de alguma forma, influenciar o processo decisório que tem lugar naquele fórum. Com isso, pretende-se apreender as posições dos atores no interior da rede, tomando como ponto de partida as suas relações com os demais atores. Pretende-se ainda demonstrar como a configuração da rede, considerando a sua estrutura relacional reconstruída dedutivamente através do trabalho empírico, influencia a tomada de posição do Conselho no que diz respeito a uma questão específica discutida no âmbito daquele espaço participativo.

Para tanto, serão utilizados quatro indicadores que apontam a natureza/tipo de configuração que as redes assumem, a saber: a densidade, indicador que aponta a proporção entre

as relações possíveis e as relações existentes entre um conjunto específico de atores, indicando sua alta ou baixa conectividade; a centralização da rede, indicador que mostra, em termos percentuais, a tendência que a rede tem em centralizar em torno de um único ator. Tanto a densidade quanto a centralização, de acordo com Alvarez e Aguilar (2005), são indicadores que se referem ao conjunto da rede. Além deles, serão utilizados os graus de centralidade e de proximidade que, de acordo com Lemieux e Ouimet (2004), referem-se à importância, na rede, dos atores individuais. O grau de centralidade consiste em uma medida que reflete a atividade relacional direta de um ator específico, a partir da mensuração do número de suas conexões diretas, indicando, dessa forma, o ator que ocupa posição mais central em determinada rede, ou seja, é um indicador que aponta para a importância de um determinado ator ao mostrar quantos vínculos diretos o ator mantém com outros atores. O grau de proximidade é um indicador, baseado no comprimento do caminho mais curto que liga dois atores, que tem por objetivo medir a capacidade de autonomia ou de independência dos atores, em outros termos, é um indicador que aponta a capacidade que os atores têm de comunicarem-se com outros atores da rede.

A utilização dos indicadores que focalizam os atores individualmente tem estreita ligação com o problema da pesquisa que procura identificar aqueles que assumem posição de destaque na rede, de forma a influenciar as decisões tomadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria. Importante destacar, assim como fizeram Lavalle, Castelo e Bichir (2006, p.22), que a centralidade é “conseqüência dos padrões de relações estabelecidos entre os atores e, portanto, não é um atributo ou posse dos atores em si”. Argumento que a mesma assertiva vale para o grau de proximidade.

2.6 Considerações finais

Tomando como referência parte da literatura sobre processos participativos no Brasil, percebeu-se que há uma vertente influente, fundamentada em pressupostos habermasianos, que tem recebido críticas em razão de suas abordagens normativas. Desta forma, a partir de alguns elementos desenvolvidos e destacados por autores que têm se contraposto à perspectiva habermasiana, apontando seus principais limites teórico-conceituais, em especial sua abordagem

substancialista, e não raro dicotômica, das relações entre estado e sociedade civil, pretendeu-se apresentar as implicações e possibilidades da adoção de uma abordagem relacional.

Além disso, procurou-se mostrar que uma abordagem relacional fundamentada nos conceitos de redes e de comunidades de políticas pode ser operacionalizável, com vistas ao desenvolvimento de uma investigação a respeito de determinada experiência de participação, a partir da associação da análise de trajetórias e de redes sociais. Nesse sentido, foi dada ênfase à importância de o estudo focar as relações que os atores estabelecem entre si para, dessa forma, apreender os principais aspectos da configuração que seus vínculos constituem e como essa configuração influencia o processo decisório que tem lugar no espaço no qual estão envolvidos.

Por fim, destacou-se quatro indicadores que possibilitam apreender os principais aspectos relativos às implicações decorrentes das diferentes posições que os atores assumem na configuração da rede que constituem e que atua em um determinado espaço de participação.

3 A PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

Neste capítulo são apresentados alguns aspectos que caracterizam o município de Santa Maria, assim como os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade enfatizando a organização e dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), considerando o contexto político local desde a época de sua criação até os seus dois últimos anos de funcionamento.

Dessa forma, pretende-se mostrar que a criação do CMS em Santa Maria segue uma certa tendência que decorre da sua instituição a partir da adaptação de um órgão antecessor, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS). A seguir, alguns elementos caracterizam um período no qual o Conselho tinha dificuldades em se fazer reconhecer, frente ao executivo municipal, enquanto espaço legítimo para deliberar a respeito das políticas de saúde. Posteriormente, uma mudança no contexto político local em determinado momento, aponta para uma transformação nas relações entre o executivo municipal e o órgão de controle social, no sentido de um melhor entendimento, por parte dos gestores, do papel institucional do Conselho enquanto instância deliberativa das políticas de saúde.

Por fim, aspectos da dinâmica interna, organização e composição do CMS relativos ao seu funcionamento, nos últimos dois anos, são destacados. São analisadas características do seu regimento interno e da distribuição das entidades e atores por segmento. São listados os principais assuntos e atores que se destacam. Com relação a esse período, é enfatizada a importância que as discussões referentes à procura de uma solução para os problemas de um hospital da cidade tiveram para uma situação de profunda divergência entre integrantes do CMS e do poder executivo municipal.

3.1 O município de Santa Maria: características sócio econômicas, indicadores sociais e da rede de serviços de saúde

A cidade de Santa Maria está localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul à cerca de 290 quilômetros a oeste da capital Porto Alegre e abriga, segundo a contagem populacional 2007 do IBGE, 263.403 habitantes. É, assim, o quinto maior município em termos populacionais no estado, atrás de Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas.

Os primeiros registros que dão conta da ocupação do território onde hoje se localiza o município remontam ao ano de 1797, momento em que foi formado, um acampamento militar cujo objetivo era o de delimitar as fronteiras entre as posses territoriais de Espanha e Portugal, por ocasião do tratado preliminar de restituições recíprocas. A localidade foi elevada à condição de vila em 1857, separando-se de Cachoeira do Sul, e à de município em 17 de maio de 1858.

O período compreendido entre as décadas de 1880 e 1950, em razão da expansão das ferrovias no Rio Grande do Sul representou uma etapa de intenso desenvolvimento da cidade em razão da posição geográfica central do município naquele contexto.

Atualmente, a base econômica do município é representada pelo setor terciário (serviços), respondendo por mais de 80% dos empregos da população economicamente ativa da cidade. O setor primário (agricultura e pecuária) aparece em segundo lugar, sendo caracterizado por regiões de minifúndios junto à Serra Geral, e áreas de pecuária e agricultura em propriedades maiores, tanto na Serra Geral quanto na região da Depressão Central. Na agricultura, a maior produção é de arroz irrigado, seguindo-se a produção de soja. A indústria, setor econômico menos significativo, é representada por estabelecimentos de pequeno e médio porte que, no geral, são voltadas para o beneficiamento de produtos agrícolas, indústrias moveleiras, construção civil, laticínios e outros.

A cidade também é sede de diversos órgãos da administração pública pertencentes aos três níveis de governo. Além, evidentemente, dos órgãos da administração municipal tem sede em Santa Maria secretarias e departamentos do executivo estadual e do governo federal com destaque, relativamente ao número de servidores, para a Universidade Federal de Santa Maria com cerca de quatro mil e para o contingente da Força Aérea e do Exército Brasileiro que conta com mais de cinco mil homens e mulheres militares.

A tabela 1, a seguir, apresenta o PIB per capita e alguns indicadores sociais do município de Santa Maria, de Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil, a fim de situar o

município nos contextos mais amplos nos quais ele está inserido, ou seja, o Estado do Rio Grande do Sul e o Brasil.

Tabela 1: PIB per capita e alguns indicadores sociais do Brasil, Rio Grande do Sul, Porto Alegre e Santa Maria

	PIB per capita (em Reais)	Expectativa de vida (em anos)	Mortalidade infantil (Coef. para cada 1000 nascidos vivos)	Analfabetismo (% maiores de 15 anos)
Brasil	10.316	71,78	24,32	12,4
Rio Grande do Sul	14.310	75,0	11,90	5,0
Porto Alegre	20.900	71,59	13,50	3,45
Santa Maria	9.811	74,01	11,07	4,96

Fonte: elaborado pelo pesquisador com base em dados do IBGE (Brasil e Rio Grande do Sul) e FEE (Porto Alegre e Santa Maria)

Como é possível perceber, de acordo com a Tabela 1, o município de Santa Maria, mesmo com PIB per capita bem menor do que o de Porto Alegre e o do estado do Rio Grande do Sul, está um pouco abaixo, mas bem próximo, da média para as cidades do Brasil. No que diz respeito ao analfabetismo, temos que o município encontra-se em uma situação bastante favorável considerando os dados relativos ao conjunto do país, praticamente no mesmo nível quando se considera os dados referentes ao estado do Rio Grande do Sul e, um pouco abaixo comparando-se com Porto Alegre. Com relação à expectativa de vida, os dados relativos a Santa Maria só não são melhores, mas são bem próximos, do que o alcançado pelo conjunto da população do estado do Rio Grande do Sul. Por fim, no que tange aos índices de mortalidade infantil, Santa Maria apresenta os melhores resultados.

Além dos indicadores acima, é possível contextualizar o município de Santa Maria comparando-o com as quatro cidades mais populosas no estado do Rio Grande do Sul, tomando como parâmetro o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), elaborado pela Fundação de Economia e Estatística. Trata-se de um índice sintético inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A tabela 2, a seguir, mostra as quatro dimensões (educação, renda, saneamento e domicílios, saúde) que compõem o índice que é apresentado na última coluna à direita. Os números entre parênteses indicam a posição de cada município dentre os 496 existentes no Rio Grande do Sul.

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico

	Educação	Renda	Saneamento e domicílios	Saúde	Idese
Caxias do Sul	0,882 (77º)	0,825 (23º)	0,817 (1º)	0,835 (416º)	0,840 (1º)
Porto Alegre	0,867 (146º)	0,875 (4º)	0,748 (4º)	0,837 (408º)	0,832 (2º)
Canoas	0,851 (231º)	0,944 (1º)	0,662 (19º)	0,848 (346º)	0,826 (4º)
Santa Maria	0,867 (145º)	0,739 (127º)	0,726 (6º)	0,849 (336º)	0,795 (13º)
Pelotas	0,841 (281º)	0,691 (207º)	0,688 (10º)	0,817 (486º)	0,759 (56º)

Fonte: Fundação de Economia e Estatística

De acordo com a Tabela 2, percebe-se que a cidade de Santa Maria alcança o décimo terceiro melhor indicador para o IDESE, entre os 496 municípios do Rio Grande do Sul, e entre as cinco mais populosas, a quarta posição.

Os serviços de saúde da cidade estão habilitados na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica. O município, nesse tipo de gestão, é responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional com o gestor estadual e gestores municipais da Macrorregião Centro-Oeste do estado (SANTA MARIA, 2008).

Com relação à capacidade instalada dos serviços temos que eles distribuem-se em 30 Unidades Básicas de Saúde, das quais 16 contam com equipes de saúde da família. Há Serviços Especializados e de atenção secundária, dentre os quais os serviços de laboratório bioquímico, raio-x e ultra-sonografia, eletroencefalograma, eletrocardiograma, mamografia, serviços de fisioterapia, nutrição e endodontia. Também fazem parte dos serviços especializados o centro de atendimento à tuberculose, o de especialidades odontológicas o de orientação e apoio sorológico, os três centros de atenção psicossocial (CAPS) - infantil, para álcool e outras drogas e, para transtornos mentais crônicos - o Programa de Redução de Danos (PRD) e o ambulatório de saúde mental. Santa Maria conta ainda com Pronto Atendimento Infantil e Adulto e com Serviço de Vigilância à Saúde. No tocante aos recursos humanos a Secretaria conta com a colaboração de 1060 funcionários, incluindo médicos.

O município dispõe, ainda, de sete hospitais: Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital Municipal Casa de Saúde, Hospital da Brigada Militar (HBM), Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital da Guarnição Militar (HGU), Centro Médico Hospitalar e Hospital da Base Aérea de Santa Maria (HBASM). Dentre os sete hospitais apenas dois disponibilizam leitos para o SUS, que no total somam 369 leitos, sendo 280 no Hospital Universitário, e 89 no Hospital Municipal Casa de Saúde.

A estrutura organizacional da rede municipal de saúde de Santa Maria assenta-se em dois órgãos fundamentais: a Secretaria de Município da Saúde, órgão de gestão municipal, criada em 28/11/90, pela Lei Municipal nº 3.266/90 e, o Conselho Municipal de Saúde, órgão deliberativo, criado em 1991, pela Lei Municipal nº 3.355, de 19/09/91 e modificado pela Lei Municipal nº 3.871/95, de 10/04/95 (SANTA MARIA, 2008).

3.2 A origem do Conselho Municipal de Saúde

O início dos anos 1990 representa um marco no que tange à reorganização dos serviços de saúde no Brasil e o município de Santa Maria também experimentou reflexos desse processo. É nesse contexto que foi criado em 1991 o Conselho Municipal de Saúde em substituição à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

O programa das ações integradas de saúde (AIS), nos anos 80, chegou a ser implementado no município e a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), cujo surgimento decorre da implementação do referido programa, existiu até a sua substituição pelo atual Conselho Municipal de Saúde (CMS). A existência da CIMS pôde ser constatada em alguns documentos encontrados no arquivo do CMS e em relatos de alguns entrevistados.

em 1985, antes do conselho, tinha a comissão interinstitucional municipal de saúde, e eu brinco né que a gente é meio sócio fundador dessa instituição, eu sempre acreditei e sempre trabalhei muito ligada aos movimentos populares e acreditando que pra gente avançar em qualquer processo democrático, e a saúde é um exemplo disso, tu tem que ter a participação das pessoas. (Entrevista Profissional 7/ Trabalhadores em Saúde)

A CIMS teve como último presidente o integrante que representava o sindicato dos trabalhadores rurais o que, de alguma forma, pode sugerir que entidades da sociedade civil atuavam com alguma influência naquele espaço.

A menção à existência da CIMS em Santa Maria é importante porque sua criação significou a primeira experiência institucional de participação de atores da sociedade civil na gestão de políticas e serviços de saúde naquele município. Sua importância se reveste ainda do fato de ela ter originado o atual Conselho Municipal de Saúde. Além disso, apesar de seu curto período de existência - mais ou menos cinco anos - os registros encontrados a respeito desse órgão dão conta de que nele já atuavam atores (individuais e coletivos) que atualmente desempenham papel importante nas discussões sobre as políticas de saúde que tem lugar no atual Conselho Municipal.

David (2005) afirma que a tradição associativa e organizativa da cidade foi determinante com relação à criação do CMS em Porto Alegre. Difícil afirmar que algo semelhante tenha ocorrido em Santa Maria. Entre os registros encontrados que dão conta do período de criação do CMS - ou seja, início dos anos 1990 - em Santa Maria, há indícios de que algum movimento houve por parte da CIMS no intuito de que o Conselho fosse criado. Mas, se esse movimento partiu de integrantes das entidades representativas de organizações da sociedade civil local, ou de trabalhadores em saúde, ou ainda dos gestores não se sabe ao certo.

O que é possível afirmar é que algum tipo de movimento houve, pois em documentos relativos aos anos de 1990 e 1991, encontrados nos arquivos do Conselho há informações que apontam, por exemplo solicitação da CIMS para que a Câmara de Vereadores avalie proposta de projeto de lei, elaborado pela CIMS, para regulamentação do Conselho Municipal de Saúde⁴⁹.

Além da CIMS, a Secretaria Municipal de Saúde, nesse período, também emitia documentos, alguns endereçados à própria CIMS, cujos conteúdos referiam-se à ações relativas a implementação do SUS no município⁵⁰.

⁴⁹É o caso do Ofício, sem número, de 04 de dezembro de 1990 enviado pela CIMS à Câmara de Vereadores, encontrado durante a pesquisa.

⁵⁰ Por exemplo, o Ofício sem número, enviado em 17 de Setembro de 1991, pela Secretaria Municipal de Saúde à CIMS solicitando parecer relativo à proposta de convênio entre aquela secretaria e o Estado do Rio Grande do Sul para a implementação do SUS no município

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 19 de Setembro de 1991, no entanto, a sua criação não significou que ele atuava de fato. É o que sugerem outros documentos, emitidos após a criação do Conselho e que procuram formas de viabilizar o seu funcionamento⁵¹. Ou seja, tais informações dão conta de que, mesmo depois de meses da criação formal do órgão, o mesmo, no mínimo, enfrentava dificuldades para operar de fato.

Por outro lado, os documentos também dão a entender que apesar de eventuais dificuldades, a CIMS e o CMS eram espaços nos quais debates sobre as políticas de saúde no município, de alguma forma, aconteciam e onde diferentes atores se faziam presentes.

O Conselho de Santa Maria não foge a regra identificada por Cortes (2005b) de que a criação da maior parte dos Conselhos de políticas públicas aconteceu no período imediatamente posterior a normatização pela legislação federal. Segundo os dados fornecidos pela autora sobre a constituição dos Conselhos de Saúde na região metropolitana de Porto Alegre, 63,3% deles foram criados no período compreendido entre os anos de 1991 e 1993, e originaram-se da transformação das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde. É exatamente nesse quadro que se encaixa o caso de Santa Maria.

Na época da criação do CMS em Santa Maria, o poder executivo municipal era comandado pelo prefeito Evandro Behr eleito em 15 de Novembro de 1988, pelo então Partido Democrático Social, o PDS, que substituiu a ARENA, Aliança Renovadora Nacional, com o fim do bipartidarismo vigente até novembro de 1979. Aliás, o PDS que depois foi Partido Progressista Renovador (PPR), e Partido Progressista Brasileiro (PPB), até chegar ao atual Partido Progressista (PP), liderou o executivo municipal antes do prefeito Behr, durante os anos 1983 até 1988 e depois, nos anos de 1993 até 1996 sob a condução do médico José Haidar Farret.

Na segunda metade da década dos anos 1990, Santa Maria começa a experimentar uma mudança relativa em termos políticos, visto que o pleito de 1996 colocou o candidato governista à época sob a sigla PPB, em terceiro lugar na votação, atrás, inclusive da coligação entre o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido dos Trabalhadores (PT). O eleito naquele ano foi o candidato Osvaldo Nascimento do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), em coligação com

⁵¹Por exemplo, o Ofício nº 286/91, de 12 de dezembro de 1991, da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, enviado pelo Secretário de Saúde ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde, que diz o seguinte: “O secretário convoca o presidente do CMS para participar de reunião para viabilizar o CMS. A reunião será 19 de dezembro”.

o então Partido da Frente Liberal (PFL), atual Democratas (DEM). A mudança foi relativa porque o candidato vencedor do pleito já havia sido eleito prefeito em 1976.

Assim, se a eleição de 1996, por um lado, pôs fim ao período de quatorze anos (1983-1996) de governo dos ex-arenistas em Santa Maria, por outro, reconduziu ao comando do executivo municipal um ex-prefeito. De forma que uma mudança mais significativa no contexto político santamariense, só ocorreria no ano 2000 quando, pela primeira vez, foi eleito um prefeito, Valdeci Oliveira do PT, que não era ligado a José Haidar Farret, nem a seu partidário e afiliado político Evandro Behr, tampouco a Osvaldo Nascimento, homens que, praticamente vinham se alternado à frente do poder executivo municipal desde 1976, ou seja, há 24 anos – isso sem considerar que José Farret foi vice-prefeito de 1972 a 1976.

O Quadro 1, abaixo, mostra quem foram os prefeitos de Santa Maria por período e partido político desde 1976.

Quadro 1: Prefeitos de Santa Maria por período e partido

Período	Prefeito	Partido
1976/1982	Osvaldo Nascimento	MDB
1983/1988	José Farret	PDS
1989/1992	Evandro Behr	PDS
1993/1996	José Farret	PPB
1997/2000	Osvaldo Nascimento	PTB
2001/2008	Valdeci Oliveira	PT

Fonte: dados da pesquisa

Dessa forma, as eleições do ano 2000 levaram ao comando do executivo municipal um candidato do PT representando uma coalizão de partidos alinhados à esquerda no espectro político nacional. A vitória da chamada frente popular no pleito do ano 2000 torna-se significativo no contexto político local se considerarmos que, ao menos nos vinte e quatro anos imediatamente anteriores, como descrito acima, os atores e forças políticas que vinham conduzindo o poder executivo estavam ligados ou à direita como o PP, ou à alianças de centro-direita como no caso do PTB e o antigo PFL, momento em que o primeiro deles já estava completamente descaracterizado de suas origens ligadas a Getúlio Vargas e Leonel Brizola.

Assim, Valdeci Oliveira elegeu-se liderando uma coligação formada pelo PT, pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB) e Partido Comunista do Brasil (PC do B), tendo deixado para trás, em segundo lugar o tradicional José Farret pela coligação PPB e Partido Liberal (PL), em terceiro lugar o deputado federal César Schirmer da coligação entre o Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido Social Democracia Brasileira (PSDB) e, no inexpressivo quarto

lugar, o candidato a reeleição prefeito Osvaldo Nascimento pela coligação liderada pelo PTB e PDT. Nas eleições seguintes, em 2004, o prefeito Valdeci Oliveira foi reeleito por pequena margem de votos e, no ano seguinte, iniciou seu segundo mandato.

A condução do Executivo municipal por uma coligação de esquerda com um prefeito petista à frente parece ter representado também uma nova etapa nas relações entre o Conselho Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal, é o que sugere o trecho de entrevista abaixo.

acho que sempre teve uma relação boa com o executivo no que diz respeito a construção do sistema único de saúde né... isso de 2000 pra cá, do governo Valdeci pra cá, houve um entendimento melhor do que era o conselho... antes disso era muito eram muito tumultuadas as relações, seguidamente o conselho tinha que ta recorrendo a justiça pra ter as suas decisões respeitadas, não tinha uma visão da saúde como política pública...não tinha a visão de construção do sistema único de saúde enquanto sistema que pudesse dar conta de todos os santamarienses... era uma coisa muito ainda do tempo da saúde praqueles pobres né.....eu que participei do conselho em gestões de secretários, né... de secretários que não vinham nas reuniões do conselho, não compareciam, secretário que não participou da conferência municipal de saúde, secretário que se negava a elaborar o plano municipal de saúde, que desconsideravam completamente esse espaço democrático né, de controle social. (Entrevista Profissional Saúde 4/Usuários)

Percebe-se claramente na fala do entrevistado que a eleição de Valdeci Oliveira teria representado um momento de inflexão nas relações entre o órgão de controle social e o poder executivo que sistematicamente desconsiderava aquele espaço como legítimo para deliberar sobre as políticas de saúde a serem implementadas na cidade. Em outros termos, temos aqui uma referência a um padrão histórico de relação entre gestores e demais grupos sociais afetados pela política pública que, por sua vez, constitui um dos aspectos das características institucionais que Cortes (2005b) aponta como elemento importante para a compreensão a respeito da dinâmica de funcionamento dos espaços de participação. Esse padrão histórico de relação entre gestores e demais grupos sociais, influenciado pelo contexto e pela cultura política local, parece caminhar na direção de um novo patamar com a ascensão da chamada frente popular ao governo municipal em Santa Maria.

A fala do entrevistado nos remete a uma guinada que vai de um contexto em que “não se tinha uma visão da saúde como política pública (...) do tempo da saúde praqueles pobres”⁵² numa evidente alusão ao período dos governos ligados ao partido político que substituiu a antiga

⁵²Diga-se de passagem que o período mencionado pela entrevistado como sendo o da saúde para os pobres pode muito bem ser ilustrado pelas práticas, ainda em curso, do médico e ex-prefeito José Farret amplamente conhecidas em Santa Maria de atender pessoas de condição financeira menos favorecida em seu consultório que também é um escritório político e sede do seu partido.

ARENA e ao PTB em sua aliança com o antigo PFL, para um momento de “construção do Sistema Único de Saúde” que coincide com o período iniciado com o governo da coalizão liderada pelo Partido dos Trabalhadores. Em outras palavras, a inflexão política apontada pelo entrevistado pode ser expressa em um deslocamento que vai de uma visão de saúde como conjunto limitado de ações e serviços voltados para a população mais pobre, para uma visão que propõe o acesso universal e a expansão da provisão pública dos serviços de saúde com a participação da sociedade na gestão através do controle social.

Além do entrevistado acima mencionado, outros que já atuavam no CMS e até mesmo antes, ou seja, na época da CIMS, exercendo ou não a representação enquanto conselheiros, comungam do mesmo ponto de vista segundo o qual, no período anterior ao governo petista, as relações com os representantes do governo eram muito difíceis em razão do não reconhecimento, por parte dos gestores, da legitimidade do Conselho.

olha a gente já passou por diversas situações né...antes da gestão do Valdeci teve secretários de saúde que jamais participaram do CMS, porque não reconheciam esse fórum como um fórum que delibera sobre as políticas de saúde do município e, portanto, o que eles traziam como, digamos assim, como desculpa pra não participar é de que os eleitos pra implantar qualquer tipo de política pública tinham sido eles e não os usuários e que se quisessem decidir sobre como ia ser a política de saúde em Santa Maria que se candidatassem e assumissem o poder. (Entrevista Profissional Saúde 7/Trabalhadores em Saúde)

No entanto, a partir de 2007, os problemas do Hospital Casa de Saúde e a posição tomada pelo poder executivo municipal no intuito de resolver a questão deflagraram uma situação, se não de confronto, ao menos de profunda divergência, entre o Conselho Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal, personalizada na figura do prefeito Valdeci Oliveira que, diga-se de passagem, foi um dos autores, quando vereador em 1991, da lei que instituiu aquele Conselho. Antes, porém de adentrar nessa questão é importante entender como o Conselho funciona e quem são os atores centrais naquele espaço.

3.3 O Conselho em 2007 e 2008

Atualmente, o Conselho Municipal de Saúde tem se reunido ordinariamente duas vezes por mês, sempre na primeira e na terceira quintas-feiras, às 8:30 horas e, extraordinariamente, quando convocado para tal fim.

As reuniões ordinárias iniciam após a verificação do quorum mínimo necessário e seguem uma certa rotina que consiste na aprovação de atas anteriores, leitura de correspondências emitidas e recebidas, pontos específicos de pauta escolhidos pelo núcleo de coordenação na terça-feira anterior à reunião e, são finalizadas após a discussão dos chamados assuntos gerais. As pautas das reuniões podem sofrer alterações no início ou durante as mesmas desde que haja concordância da maioria dos conselheiros presentes com direito a voto. As reuniões são abertas à população que pode se manifestar sobre qualquer tema discutido pela plenária. Têm direito a voto os conselheiros titulares e, na ausência deles, os suplentes. Via de regra, as reuniões são conduzidas pelo coordenador geral ou por um dos integrantes do núcleo de coordenação que é composto por seis conselheiros, sendo três representantes dos usuários, um representante do governo, um dos trabalhadores e um dos prestadores de serviço, todos escolhidos pelos seus pares. O coordenador geral é escolhido pelos integrantes do núcleo de coordenação e nos últimos dois anos têm sido eleitos membros das entidades que representam os usuários, alternando-se representantes de entidades sindicais e associações de moradores.

Além da legislação, a organização e a composição do Conselho são orientadas por um Regimento Interno aprovado em 29 de junho de 1995, o qual prevê que os conselheiros representarão suas entidades pelo período de um ano sem prejuízo de recondução para os períodos subsequentes. Para o núcleo de coordenação não há um período especificado, mas na prática ele tem sido renovado uma vez por ano.

Além do núcleo de coordenação, o Conselho conta com duas comissões permanentes, uma é a chamada setec, ou secretaria técnica, que além dos conselheiros pode contar com a colaboração de agentes externos, a outra é a comissão do Fundo Municipal de Saúde. Outras comissões chegaram a existir, ao menos no papel, pois na prática não há informação de que tenham alguma vez se reunido nos últimos dois anos. Alíás, importante destacar que mesmo as comissões permanentes têm sérias dificuldades em desempenhar suas funções por falta de quorum mínimo, fato que foi mencionado em algumas reuniões ordinárias nas quais o pesquisador esteve presente.

Há, ainda, uma secretaria executiva, cujas funções como gravação das reuniões, redação das atas e outros encaminhamentos, durante muitos anos foram desempenhadas por uma funcionária do quadro de servidores da secretaria municipal de saúde. Após a aposentadoria da

funcionária, no início de 2007, houve um período em que as funções foram desempenhadas pelos próprios conselheiros. Posteriormente, a secretaria executiva ficou a cargo de uma estudante que realizava estágio na secretaria de saúde, até que em meados de 2008 uma funcionária do quadro de servidores voltou a desempenhar as funções.

Até o mês de setembro de 2008, o Conselho dividia uma pequena sala com o setor de marcação de consultas e cirurgias, nas dependências da secretaria de saúde. Desde então, passou a contar com uma sala própria na nova sede da mesma secretária e, em outubro de 2008, estava composto da seguinte forma: Governo oito representantes, Trabalhadores em saúde também oito representantes, Prestadores de serviços em saúde três e Usuários dezoito, perfazendo o total de trinta e sete conselheiros. Com esta composição o grupo dos usuários contava com um conselheiro a menos do que prevê a legislação, o que compromete a questão da paridade entre usuários e não usuários dentro do Conselho. O Quadro 2, abaixo, mostra a distribuição dos tipos de entidades representadas no Conselho de acordo com os diferentes segmentos.

Quadro 2: Composição do CMS/Santa Maria por segmento e tipo de entidade

Segmento	Tipo de Entidade	Quantidade
Governo (8)	Secretarias Municipais	3
	Instituições Ensino Superior	2
	Conselho de Profissionais	1
	Órgão Estadual	1
	Órgão Federal	1
Trabalhadores da saúde (8)	Profissionais Nível Superior	2
	Associação Agentes de Saúde	2
	Trabalhadores SMS	2
	Sindicato	1
	Equipe Saúde da família	1
Prestadores de serviço (3)	Hospital	2
	Pastoral	1
Usuários (18)	Associações de Moradores	8
	Sindicatos	7
	Conselhos Locais de Saúde	2
	Entidade Ecológica	1
Total	...	37

Fonte: dados da pesquisa

Com essa composição percebe-se que o governo municipal tem direito a indicar apenas oito dos trinta e sete conselheiros e que, dos oito, apenas três estão vinculados diretamente a órgãos do poder executivo municipal. Há, inclusive, entre os oito indicados pela prefeitura, uma instituição privada de ensino superior. Presença que parece contraditória, mas que pode ser explicada pela exigência regimental da participação entre os integrantes governamentais de representantes de órgãos formadores de recursos humanos de terceiro grau.

Dentre os vinte e nove restantes, que não são indicados pela prefeitura, temos oito representantes de sindicatos, oito de associações de moradores, sete de diferentes categorias de profissionais da saúde, dois de instituições hospitalares, dois de conselhos locais de saúde, um de entidade ecológica e um de organização de cunho religioso.

A representação no segmento dos trabalhadores em saúde apresenta um certo equilíbrio entre as entidades, mas entre os representantes predominam os profissionais de nível superior que, além de suas entidades específicas, são representados por outras como a dos dois trabalhadores da secretaria municipal, um do sindicato, um da equipe de saúde da família, totalizando seis representantes. Os trabalhadores de nível médio contam com dois representantes das associações de agentes de saúde e de combate às endemias. Os trabalhadores em saúde de diferentes tipos de formação - nível superior ou nível médio - se fazem presentes também entre os outros segmentos, desde o governo, prestadores de serviço e até mesmo entre os usuários.

Entre os prestadores de serviço, além da representação da Pastoral da Saúde, ligada à Igreja Católica, temos duas instituições hospitalares, uma pública e outra privada. A partir das observações das reuniões e da análise das atas foi possível notar que a instituição hospitalar privada, o Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo (HCAA), mantém uma representação que consiste quase numa mera formalidade, tendo em vista que seus representantes quase não se manifestam, ainda que estejam presentes na maior parte das reuniões. Isso aparece de forma mais evidente na medida em que a questão que foi mais discutida no Conselho nos últimos dois anos tinha relação direta com o HCAA. A pouca participação desses representantes pode significar que eles não estivessem a par do que a direção do Hospital planejava, mas também pode significar que os diretores da instituição compreendem que outros espaços são mais importantes para a atuação em prol dos seus interesses. Nesse sentido, no Conselho de Saúde Santa Maria percebe-se dinâmica semelhante a que ocorre em outros Conselhos similares nos quais, de acordo com

Cortes (2002), médicos e prestadores privados de serviços, ao sentirem-se subrepresentados, optam por centrar suas atuações em outros canais formais e informais.

Interessante notar que entidades do mesmo tipo podem representar segmentos diferentes como no caso dos sindicatos, que representam os trabalhadores da saúde e os usuários, e das entidades que congregam profissionais de nível superior que representam o governo e também os trabalhadores. No âmbito dos atores individuais, trânsito semelhante também ocorre como, por exemplo, quando alguém em determinado momento é conselheiro representando uma entidade de usuários e em outro aparece como conselheiro de entidade do segmento governo, ou dos trabalhadores em saúde e, até mesmo, dos prestadores de serviço. Esse aspecto remete à questão do tratamento substancialista que tem sido dado por muitas análises a respeito das relações entre estado e sociedade civil em experiências de participação, pois se entidades do mesmo tipo podem representar segmentos distintos com interesses, muitas vezes, opostos e, se os mesmos indivíduos podem representar entidades diferentes e segmentos distintos, temos que eles podem estar, como Silva (2007, p. 492) aponta, “permeáveis a interesses, demandas, lógicas de ação, etc., emanados de ambientes institucionais distintos”.

No que diz respeito às entidades que representam o segmento dos usuários, percebe-se que praticamente a metade delas é de Associações de Moradores que, quantitativamente, estão em maior número do que os sindicatos. No entanto, isto não significa que o envolvimento dos seus representantes nas discussões do Conselho implique em uma influência mais significativa nas decisões do órgão, pois como veremos adiante, são os integrantes de entidades sindicais os que influenciam de forma mais consistente.

Ainda com relação à composição do CMS, é possível perceber que ela respeita em suas linhas gerais as diretrizes legais, particularmente a lei federal 8142/90 (Brasil, 2006), ainda que a paridade entre os segmentos esteja prejudicada em razão de os usuários terem um representante a menos do que o conjunto dos demais segmentos.

No que tange à dinâmica das discussões estabelecidas no CMS de Santa Maria, a análise de atas das reuniões possibilitou um panorama a respeito dos assuntos que são tratados naquele espaço. Foram analisadas 54 atas que compreendem o período relativo a todo o ano de 2007 e os meses de janeiro, fevereiro, março, abril e maio de 2008. Conforme já foi mencionado, essa foi a quantidade de atas que estava disponível em formato digitalizado e, por isso, elas foram

escolhidas para a análise. A partir delas foi possível detectar uma ampla variedade de questões relacionadas a 32 temas/assuntos⁵³ diferentes discutidos pelos conselheiros, dos quais listo no Quadro 3, a seguir, os dez mais frequentes.

Quadro 3: Os dez assuntos mais frequentes nas atas do CMS/Santa Maria

Assuntos/Temas	Frequência
Leitura de correspondências	42
Hospital Casa de Saúde	34
Ações e serviços de saúde	34
Leitura aprovação ata de reunião anterior	33
Assuntos gerais	31
Relatórios Financeiros ou prestação de contas	27
Homologação de conselheiros	23
Indicação de conselheiros	18
Conferências	14
Relato de participação em evento	11

Fonte: dados da pesquisa

Um olhar sobre o Quadro 3, que mostra os dez assuntos mais discutidos no Conselho, dá uma idéia da variedade de temas e das diferentes complexidades dos mesmos, os quais abrangem relatórios financeiros, discussões sobre políticas específicas, correspondências, participação de conselheiros em eventos e comissões, dentre outros. O quadro também mostra que, no período compreendido entre janeiro de 2007 e maio de 2008, o tema mais discutido no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria foi a situação do Hospital Casa de Saúde. Como é possível perceber, apenas a leitura de correspondências, na prática uma formalidade que ocorre no início das reuniões ordinárias, foi mais frequente que o hospital.

As atas também forneceram um importante panorama a respeito de quem participava das reuniões. Foram catalogados mais de 100 nomes diferentes registrados nas 54 atas analisadas. O Quadro 4, abaixo, mostra quem são as dez pessoas mais mencionadas nas atas e em quantas atas elas aparecem. Considerando a necessidade de resguardar a identidade dos indivíduos que

⁵³ Entre parênteses quantas vezes o assunto apareceu nas 54 atas analisadas. **1)** Leitura correspondências (42); **2)** Hospital Casa de Saúde (34); **3)** Ações e serviços (34); **4)** Leitura e aprovação ata reunião anterior (33); **5)** Assuntos gerais (31); **6)** Relatório Financeiro/prestação de contas (27); **7)** Homologação conselheiros (23); **8)** Indicação conselheiros (18); **9)** Conferências (14); **10)** Relato participação evento (11); **11)** Comissões (10); **12)** Legislação (7); **13)** Solicitação inclusão Entidades (6); **14)** Hospital Universitário de Santa Maria (5); **15)** Eleições Núcleo de Coordenação e Conselhos Locais (4); **16)** Exclusão Entidades./conselheiros faltosos (3); **17)** Conselho Regional Saúde (2); **18)** PPI (2); **19)** ACELBRA (2); **20)** Questão do lixo em Santa Maria (2); **21)** Educação continuada (2); **22)** Resposta ao MP representação de ex-Conselheiros (1); **23)** Homologação das resoluções do CMS pelo Prefeito Municipal (1); **24)** CMISP Santa Maria (1); **25)** Proposta Núcleo Educação p reorganizar ações das Instituições de Ensino na Rede Municipal de Saúde (1); **26)** Seminário do CMS (1); **27)** carga horária secretaria do CMS (1); **28)** Calendário de reuniões (1); **29)** Posição do prefeito sobre Hospital Casa de Saúde (1); **30)** Emissão documento falso (1); **31)** Normas para realização de atividades educacionais na rede municipal de saúde (1); **32)** CONDEMA (1)

participaram da pesquisa, cito-os tendo como referência suas formações profissionais⁵⁴, segmento e tipo de entidade que estavam representando. É de se destacar que desses dez, nove foram posteriormente entrevistados durante a pesquisa.

Quadro 4: Os dez atores mais mencionados nas atas

Tipo de Participante	Entidade Representada	Frequência nas atas
Profissional Saúde 4/Usuários	Sindical	45
Trabalhador 3/Usuários	Associação de Moradores	26
Profissional Educação/Usuários	Associação de Moradores	25
Profissional Saúde 2/Governo	Secretaria Municipal	24
Profissional Saúde 9/Governo	Secretaria Municipal	21
Trabalhador não entrevistado/Usuários	Associação de Moradores	17
Trabalhador 1/Usuários	Associação de Moradores	16
Profissional Saúde 3/Usuários	Sindical	15
Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde	Profissionais de Nível Superior	13
Profissional Saúde 8/Usuários	Ong	13

Fonte: dados da pesquisa

Alguns aspectos podem ser destacados com relação ao quadro acima. O primeiro é que, dos dez mais mencionados nas atas analisadas sete representavam o segmento dos usuários. O segundo é que entre os dez, sete eram profissionais de nível superior, sendo seis da saúde e um da educação. O terceiro aspecto é que dos sete usuários quatro representavam associações de moradores. O quarto é que o ator mais mencionado era ligado a uma entidade sindical.

Aprofundando um pouco mais o olhar sobre esses dados temos que o espaço do Conselho, no mínimo, indica que os interesses dos setores populares representados pelas Associações de Moradores - nesse caso, em sua grande parte, de localidades da periferia da cidade - passam a fazer parte das discussões, de forma que os mesmos podem, e têm feito à sua maneira, publicizar seus interesses e pontos de vista sobre as políticas que os afetam. O que tradicionalmente não ocorria, tendo em vista que os mesmos eram excluídos dos espaços de decisões políticas.

Por outro lado, o que o quadro não mostra são os efeitos ou a influência desses setores, representados no Conselho pelas Associações de Moradores, sobre as políticas ou, mais especificamente, sobre o processo decisório que tem lugar naquele fórum. E nem poderia mostrar, pois como veremos a seguir, quem de fato exerce influência nas decisões, ainda que em

⁵⁴Profissional Saúde: aqueles com formação em curso superior nas seguintes áreas da medicina, enfermagem, odontologia e educação física.

Profissional Educação: os que têm curso superior em alguma Licenciatura.

Trabalhador: aqueles com escolaridade de nível fundamental ou médio.

Estudante: aqueles que não têm profissão, nem trabalho regular e dedicam-se principalmente aos estudos.

menor número tanto na distribuição das entidades, quanto na frequência dos registros em ata são, em sua maioria, alguns representantes de entidades sindicais ligados aos segmentos dos trabalhadores em saúde e dos usuários.

3.4 Considerações finais

A institucionalização de espaços de participação da sociedade civil na gestão de políticas públicas não se limita a sua previsão legal. Tal fenômeno é um processo muitas vezes longo, e certamente, complexo e dinâmico que é influenciado pelo, e influencia, o contexto político local no qual está inserido. Nesse sentido, os atores sociais envolvidos, assim como as forças políticas às quais estão ligados, e que atuam no contexto em questão, ganham importância fundamental quando se pretende desenvolver análises que procuram investigar dinâmicas desse tipo.

No capítulo que aqui se encerra foram abordados aspectos relativos ao contexto no qual foi instituído o CMS em Santa Maria e no qual ele tem atuado nos anos de 2007 e 2008, com destaque para características da sua dinâmica interna no que tange aos atores e temáticas discutidas naquele espaço. No capítulo seguinte, tenta-se demonstrar que as relações que os diferentes atores estabelecem entre si no âmbito do Conselho constituem um rede que atua no intuito de influenciar as decisões políticas pertinentes ao setor saúde em Santa Maria.

4 CARACTERÍSTICAS DA REDE ATUANTE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS

Os fóruns institucionais de participação de atores da sociedade civil na formulação e fiscalização das políticas públicas são espaços propícios para a atuação de redes de atores que, por motivos os mais variados, têm interesse em nelas influenciar.

Nas páginas seguintes propõe-se, a partir de dados coletados durante a pesquisa, tomando-se como pressupostos teórico-metodológicos alguns elementos da análise de redes sociais, uma caracterização da rede que atua no Conselho de Saúde em Santa Maria com vistas à influenciar as decisões que nele são tomadas. São apresentados quatro indicadores que a literatura aponta como instrumentos úteis, no sentido de caracterizar a rede e as posições que os atores assumem individualmente na estrutura relacional, quais sejam: densidade e grau de centralização, ambos relativos ao conjunto da rede; os graus de centralidade e de proximidade, referentes aos atores individuais.

Após a caracterização da rede e da apresentação da configuração que ela assume, segundo as diferentes relações que a constituem, pretende-se fornecer uma interpretação a respeito dos motivos que levam a rede a apresentar tal configuração. Nesse sentido, argumenta-se que a análise das trajetórias dos atores indica que, alguns dos seus atributos individuais concorrem para uma situação na qual, mecanismos de homofilia convertem-se em princípios de diferenciação no espaço social. Como veremos esses mecanismos assumem a forma de capital cultural e capital político, os quais legitimam as posições e os pontos de vista dos atores que ocupam as posições de destaque na rede.

Além disso, a partir dos aspectos acima mencionados, conclui-se o raciocínio sugerindo que a rede, tal como ela se apresenta, atua enquanto uma *policy community*. Nesse sentido, leva-se em consideração que os diferentes atores articulam-se em torno de idéias e pontos de vista em comum que, de alguma forma, procuram influenciar as decisões do Conselho que, por sua vez, orientam os rumos das políticas de saúde no município.

4.1 Configurações da rede que opera no Conselho

Para construir a rede que opera no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, foi necessário, inicialmente, identificar alguns atores chave e investigar quais as relações que a constituíam. O estudo das atas e as observações realizadas durante as reuniões da plenária indicaram os atores e, as entrevistas complementaram o quadro apontando as relações mais significativas estabelecidas entre eles.

O roteiro de entrevistas (ver APÊNDICE A) continha uma série de questões que procuravam identificar as relações estabelecidas entre os atores. Segundo a ordem em que estavam dispostas no roteiro, eram as seguintes as relações que se pretendia identificar: relações familiares ou de parentesco; relações escolares; relações profissionais; de amizade; de militância, ou seja, ter militado em algum tipo de organização com outros atores; concordância; divergência; reconhecer outros atores como fonte de informação; reconhecer outros atores como importantes.

Todas as relações sondadas de fato são estabelecidas entre os atores, porém, optou-se por apresentar aqui apenas as duas mais significativas, a saber, as relações doravante denominadas relação fonte de informações e relação importância. Isso porque no conjunto das relações investigadas elas atingiram os maiores valores para o indicador relativo à densidade⁵⁵. Veremos que, para cada uma dessas relações, a rede assume configurações distintas. No entanto, a diferença de uma configuração para a outra praticamente não influencia na posição estrutural dos atores, que por sua vez, refere-se à disposição de cada um dos atores relativamente aos demais, considerando as medidas relativas aos graus de centralidade e proximidade. Em outros termos, a posição estrutural dos atores aponta o quão central é um ator no conjunto da rede.

É possível representar as interações entre os diferentes atores de uma rede por meio de gráficos, os quais são gerados a partir de matrizes que contêm as informações coletadas durante o processo de pesquisa. De acordo com Hanneman (2000), os analistas de redes utilizam

⁵⁵ Conforme mencionado no capítulo segundo desta dissertação, págs. 54 e 55, a densidade é um indicador que aponta a conectividade da rede e a importância de uma determinada relação considerando a proporção entre os vínculos possíveis e os vínculos existentes entre um conjunto de atores. De maneira que, quanto maior a densidade de uma relação em um conjunto específico de atores, provavelmente, maior é a importância de tal relação naquele conjunto de atores.

principalmente um tipo de representação gráfica que consiste em pontos para representar os atores e linhas para representar as relações. Também segundo o autor, quando os sociólogos tomaram emprestada dos matemáticos esta forma de representação a renomearam, de forma que os gráficos passaram a ser chamados de sociogramas.

Para a construção do sociograma da Fig.1, abaixo, referente à relação denominada fonte de informações, os entrevistados foram solicitados a indicar os nomes de pessoas que possivelmente pudessem ser consultadas como fonte de informações. A Fig. 1 mostra a configuração da rede segundo a relação fonte de informações.

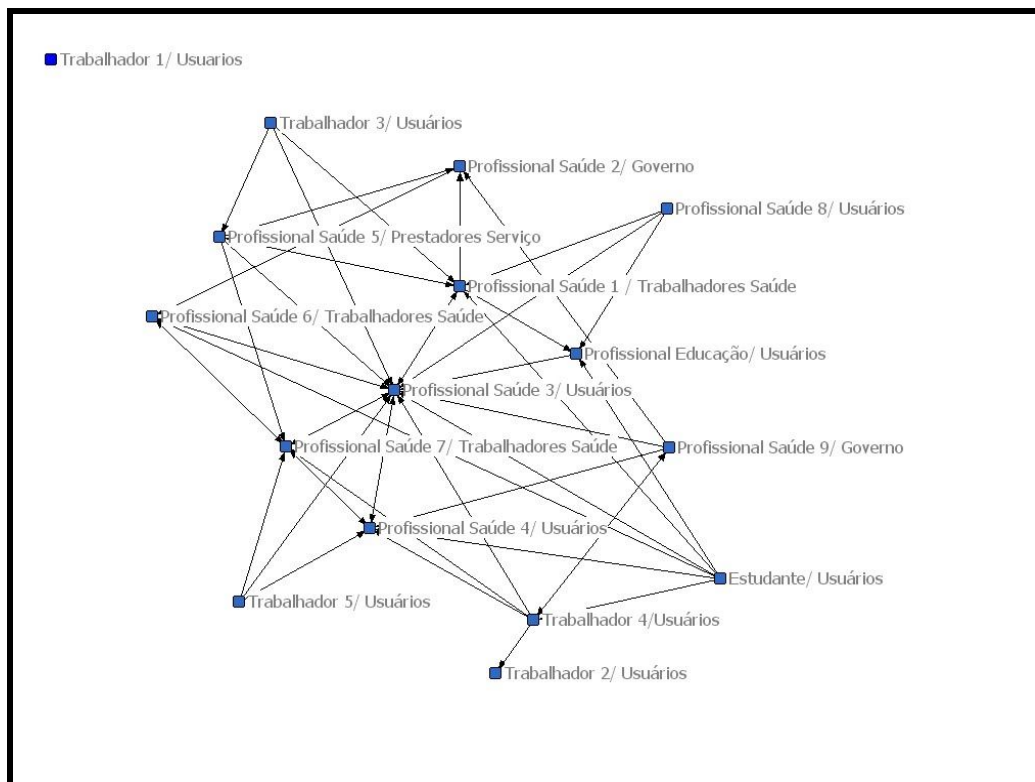


Figura 1: Sociograma da rede segundo a relação fonte de informações
Fonte: dados da pesquisa após tratamento pelo software Ucinet 6 for windows

O sociograma é um instrumento de visualização das interações na rede e a partir dele é possível perceber a posição de destaque do ator chamado Profissional Saúde 3/Usuários e de outros quatro atores ao seu redor, o Profissional Saúde 7/ Trabalhadores Saúde, o Profissional Saúde 4/ Usuários, e o Profissional Saúde 1/ Trabalhadores Saúde. Os demais atores aparecem

em posições periféricas, uns mais do que outros, e o Trabalhador 1 aparece isolado, sem conexão com os demais.

O sociograma da Fig. 2, abaixo, foi gerado a partir da matriz construída com as informações relativas à relação social denominada importância. Para a obtenção dos dados necessários, os entrevistados foram solicitados a indicar os nomes de pessoas que identificavam como aquelas que desempenharam/desempenham papel relevante nas discussões sobre as políticas de saúde em Santa Maria. A partir da visualização do sociograma da Fig. 2, é possível perceber, comparando-o com o da relação anterior, que há mais vínculos entre os atores. Por sua vez, a quantidade maior de vínculos entre os atores em uma determinada relação sugere que ela é mais significativa do que outras com menor quantidade de vínculos.

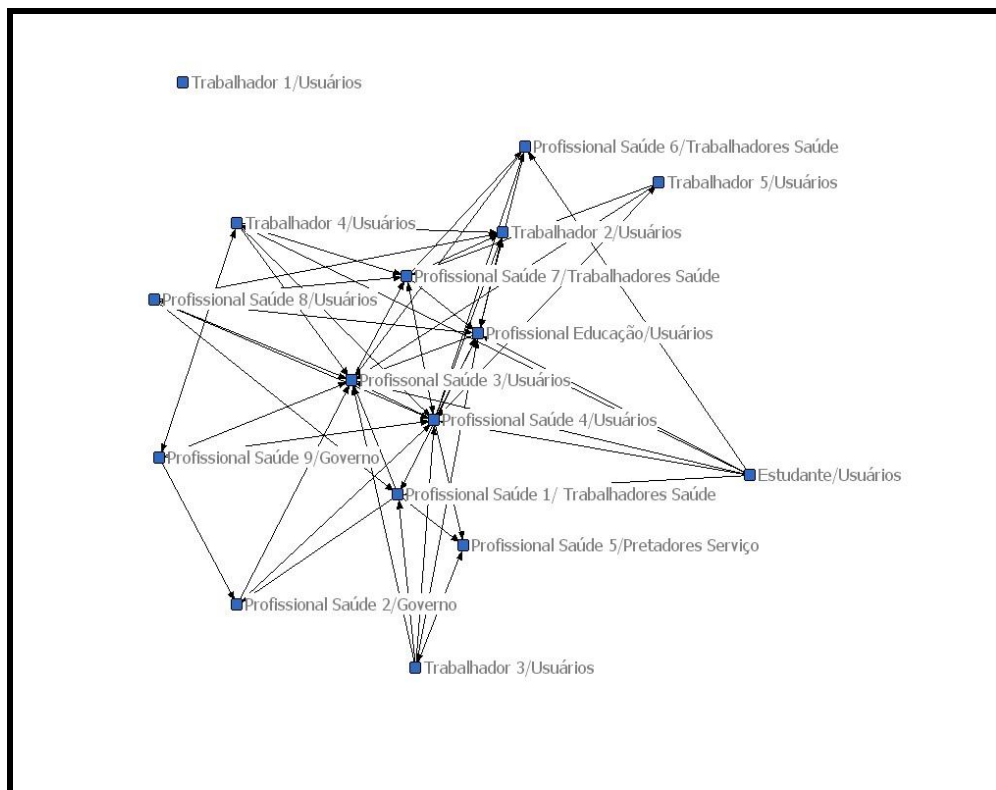


Figura 2: Sociograma da rede segundo a relação importância

Fonte: dados da pesquisa após tratamento pelo software Ucinet 6 for windows

Como a visualização pouco informa sobre a rede, recorreremos a indicadores relativos a determinadas características das redes para fazer considerações mais consistentes. Assim, conforme mencionado anteriormente, dois deles dizem respeito ao conjunto da rede, a densidade e a centralização, e outros dois aos atores individuais, o grau de centralidade e o de proximidade.

4.2 Indicadores para o conjunto da rede: densidade e grau de centralização

Assim, temos para a relação fonte de informação, referente ao sociograma da Fig. 1, a densidade de 18.3%⁵⁶. Isso indica que a conectividade entre os componentes da rede no que tange a considerar o outro como fonte de informações é baixa. O grau de centralização da rede, que indica o quanto a rede tende a comporta-se como uma rede onde um único ator centraliza os vínculos, é de 53.7%⁵⁷. Esse valor sugere que a rede tem uma tendência à centralização que é, de certa forma, amenizada em razão da existência de mais de um ator com importância considerável relativamente ao ator mais central. Em outros termos, o grau de centralização da rede só não é maior porque o Profissional Saúde 3/Usuários, de certa forma, divide sua força com o Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde, o Profissional Saúde 4/Usuários e o Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde.

No que tange à relação importância, referente ao sociograma da Fig. 2, temos a densidade de 22.5% e o grau de centralização de 54.2%. No que diz respeito à densidade dessa relação, percebe-se que a mesma atinge um valor superior ao da relação anterior, o que se explica pela maior quantidade de vínculos estabelecidos entre os atores. Já no que diz respeito ao grau de centralização da rede, nota-se que o valor para a relação importância também é mais alto do que o atingido na relação anterior. No entanto, eles são bastante próximos, de maneira que a leitura pode ser a mesma feita para a relação fonte de informações, ou seja, que a tendência de centralização da rede em um ator é amenizada em razão da força de outros atores.

Então, temos que os dois indicadores para o conjunto da rede nos informam que a relação importância é mais significativa por ter atingido um índice de densidade maior do que o da relação fonte de informações. Além disso, o índice de centralização, para ambas relações, sugere que a tendência da rede de centralizar em um ator específico é amenizada em razão da atuação de outros atores com poder de influência considerável, é o que veremos em maiores detalhes a partir da utilização dos indicadores que focalizam os atores individualmente.

⁵⁶ Também conforme mencionado no segundo capítulo o índice de densidade da rede é calculado a partir da divisão do número de relações existentes pelo de relações possíveis. Multiplica-se por 100 o resultado dessa divisão e chega-se ao valor para a densidade da relação.

⁵⁷ O índice de centralização da rede é fornecido pelo software.

4.3 Indicadores que focalizam os atores individualmente: grau de centralidade e de proximidade

Com o objetivo de descrever a posição estrutural dos atores na rede e, conseqüentemente, sua importância frente aos demais e, dessa forma, sua capacidade de influenciá-los, foram utilizados dois indicadores que focalizam individualmente cada um deles: o grau de centralidade e o grau de proximidade.

O grau de centralidade⁵⁸ indica quantas conexões cada ator tem com outros, ou seja, o quão central é um ator na rede. A seguir, a tabela 3 apresenta os dados relativos ao grau de centralidade dos atores considerando a relação fonte de informações onde vemos, na primeira coluna, o grau de cada ator em números absolutos e, na segunda, em porcentual.

Tabela 3: Grau de centralidade por ator/relação fonte de informações

Atores	Grau	%
Profissional Saúde 3/ Usuários	12	80
Profissional Saúde 7/ Trabalhadores Saúde	6	40
Profissional Saúde 4/ Usuários	6	40
Profissional Saúde 1 / Trabalhadores Saúde	5	33
Profissional Saúde 6/ Trabalhadores Saúde	3	20
Profissional Saúde 2/ Governo	3	20
Profissional Educação/ Usuários	3	20
Trabalhador 4/Usuários	2	13
Profissional Saúde 5/ Prestadores Serviço	2	13
Profissional Saúde 9/ Governo	1	7
Trabalhador 2/ Usuários	1	7
Estudante/ Usuários	0	0
Trabalhador 5/ Usuários	0	0
Profissional Saúde 8/ Usuários	0	0
Trabalhador 3/ Usuários	0	0
Trabalhador 1/ Usuarios	0	0

Fonte: dados da pesquisa após tratamento pelo software Ucinet 6 for windows

A leitura da tabela 3 indica que, o ator Profissional Saúde 3/ Usuários se destaca tendo atingido grau de entrada igual a 12 perfazendo um total de 80,0 % das citações possíveis. Ou seja, dentre os 16 entrevistados, 12 o mencionaram com alguém importante. Ele é seguido pelo Profissional Saúde 7/ Trabalhadores Saúde e pelo Profissional Saúde 4/ Usuários, cada um com a

⁵⁸ O grau de centralidade tem duas dimensões, o grau de entrada (In Degree) e o grau de saída (Out Degree). Aqui nos interessa verificar quantas vezes um determinado ator recebeu indicação de outros atores, por isso a ênfase recai sobre o grau de entrada e não sobre o grau de saída. Ou seja, tendo em vista a pretensão de identificar quem são os atores centrais, a medida grau de entrada é a que melhor ilustra tal condição, pois aponta quantas vezes um determinado ator recebeu indicação de outro ator e não quantas indicações o ator fez.

metade das referências, ou seja, seis citações, chegando desta forma a 40,0 % do total possível. Há ainda o ator Profissional Saúde 1/ Trabalhadores Saúde, em uma posição próxima, digamos assim, tendo sido mencionados cinco vezes, atingindo 33% do possível. Destaque, também, para os cinco atores que não foram mencionados por nenhum dos outros: Trabalhador 1/Usuários, Estudante/Usuários, Trabalhador 3/Usuários, Profissional Saúde 8/ Usuários e Trabalhador 5/Usuários. Levando em conta que as informações são fornecidas pelos próprios atores pode se ter uma idéia de quanto o ator Profissional Saúde 3/Usuários é considerado entre seus pares, pois 80% deles o consideram uma fonte de informações confiável.

Também fica evidente, a partir dos dados, que os quatro atores com maior destaque são profissionais da saúde e que dois deles representaram o segmento dos usuários. Se formos estender um pouco mais o grupo e considerar aqueles que foram mencionados por pelo menos três vezes, atingindo 20 % do total, também veremos que todos são profissionais com curso superior na saúde ou na área da educação, mas nesse caso a distribuição por segmento representado é mais equânime sendo um do governo, um dos trabalhadores em saúde e um dos usuários.

No que diz respeito à posição dos atores na rede, outra medida a ser considerada é o grau de proximidade. Os dados relativos a esta medida são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 : grau de proximidade por ator/relação fonte de informações

Atores	Grau de Proximidade
Profissional Saúde 3/ Usuários	32.609
Profissional Saúde 7/ Trabalhadores Saúde	28.846
Profissional Saúde 4/ Usuários	28.302
Profissional Saúde 1/ Trabalhadores Saúde	27.778
Profissional Saúde 6/ Trabalhadores Saúde	25.862
Profissional Saúde 2/ Governo	25.000
Profissional Educação/ Usuários	23.810
Profissional Saúde 5/ Prestadores Serviço	23.077
Trabalhador 2/ Usuários	7.614
Trabalhador 4/ Usuários	7.143
Profissional Saúde 9/ Governo	7.109
Trabalhador 1/ Usuarios	6.250
Estudante/ Usuários	6.250
Trabalhador 5/ Usuários	6.250
Profissional Saúde 8/ Usuários	6.250
Trabalhador 3/ Usuários	6.250

Fonte: dados da pesquisa após tratamento pelo software Ucinet 6 for Windows

Novamente, o ator Profissional Saúde 3/ Usuários aparece em posição de destaque, inclusive com uma diferença significativa para o ator com o segundo maior grau. Entre os outros

atores, até o oitavo com maior grau, a diferença decrescente de um para outro é menos significativa do que entre o primeiro e o segundo.

Comparando-se os valores desta medida com os da medida do grau de centralidade não temos alterações praticamente, pois o mesmo ator alcança o maior grau e os que o seguem na sequência decrescente dos valores são os mesmos, com exceção do Profissional de Saúde 5/ Prestadores de Serviço, que aparece com a menor medida entre as oito mais significativas. Os valores do grau de proximidade expressam a capacidade dos atores em comunicarem-se com outros atores na rede e, assim, exercer influência. Os dados sugerem que o poder de influenciar outros atores está centralizado nos quatro atores com os maiores graus e, dentre eles no ator com o maior grau.

Considerando as duas medidas apresentadas para a relação fonte de informações temos: um grupo de atores em uma posição mais central, formado pelo Profissional Saúde 3/Usuários, com evidente destaque, em torno do qual se aglutinam o Profissional Saúde 4/Usuários, o Profissional Saúde 7/Trabalhadores e o Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde; um grupo intermediário com o Profissional Saúde 6/Trabalhadores Saúde, o Profissional Saúde 2/Governo e o Profissional Educação/Usuários. Os demais formam um grupo periférico. Não é por acaso que o índice de centralização da rede, apresentado anteriormente, apontava para uma certa tendência da rede em não concentrar o poder em um ator específico. É justamente isso o que os indicadores que focalizam os atores individualmente apontam, pois ainda que um ator específico alcance os maiores índices, em torno dele há outros que alcançam índices significativos.

Na tabela 5, abaixo, os valores do grau de centralidade por ator para a relação importância.

Tabela 5: grau de centralidade por ator/relação importância.

Atores	Grau	%
Profissional Saúde 3/Usuários	11	73
Profissional Saúde 4/Usuários	8	53
Profissional Educação/Usuários	7	47
Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde	5	33
Trabalhador 2/Usuários	5	33
Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde	4	27
Profissional Saúde 5/Prestadores Serviço	3	20
Profissional Saúde 6/Trabalhadores Saúde	3	20
Trabalhador 4/Usuários	2	13
Profissional Saúde 8/Usuários	1	7
Profissional Saúde 9/Governo	1	7
Trabalhador 3/Usuários	1	7

(continuação)		
Trabalhador 5/Usuários	1	7
Estudante/Usuários	0	0
Trabalhador 1/Usuários	0	0

Fonte: dados da pesquisa após tratamento pelo software Ucinet 6 for Windows

Os dados novamente apontam como ator de destaque o Profissional Saúde 3/Usuários. Na relação em questão, o ator recebeu 11 citações dos demais, dentre 15 possíveis, considerando que citar a si mesmo não conta, perfazendo um total de 73,3% das possibilidades. O mesmo acontece com o Profissional Saúde 4/Usuários alcançando a segunda maior medida com grau oito totalizando 53,3% das menções possíveis. Em seguida, aparece o Profissional Educação/Usuários com grau sete e 46,6% do total. Há ainda dois atores com grau cinco, o Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde, que já havia atingido na relação anterior um valor significativo, e o ator Trabalhador 2/Usuários, ambos com 33,3% das citações.

A partir da comparação desses dados com os da relação anterior temos como significativo o aparecimento, dentre os atores com maiores valores para o grau de centralidade, do Trabalhador 2/Usuários. A distribuição por segmento representado foi desigual sendo quatro usuários, dentre as cinco maiores medidas. Há ainda dois atores que não foram mencionados por nenhum dos demais, ambos também não foram citados por ninguém na relação anterior.

Com relação ao grau de proximidade para a relação importância temos os seguintes dados:

Tabela 6: grau de proximidade por ator/relação importância

Ator	Grau de Proximidade
Trabalhador 2/Usuários	37.500
Profissional Saúde 3/Usuários	31.915
Profissional Saúde 4/Usuários	29.412
Profissional Educação/Usuários	29.412
Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde	27.778
Profissional Saúde 5/Prestadores de Serviço	26.316
Profissional Saúde 6/Trabalhadores Saúde	25.862
Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde	25.424
Profissional Saúde 8/Usuários	23.810
Trabalhador 5/Usuários	23.810
Profissional Saúde 2/Governo	23.438
Trabalhador 4/Usuários	7.143
Profissional Saúde 9/Governo	7.109
Estudante/Usuários	6.205
Trabalhador 1/Usuários	6.250

Fonte: dados da pesquisa após tratamento pelo Software Ucinet 6 for Windows

Da mesma forma que na medida do grau de centralidade para a relação importância, aqui o destaque fica com o Trabalhador 2/ Usuários. Naquela medida ele passou a figurar entre os atores com maior destaque - nas medidas referentes à relação fonte de informação ele não aparece entre os atores com os valores mais significativos – nesta, ele é o ator que atinge o valor mais alto. Os valores e posições dos demais atores pouco mudam, pois o profissional de Saúde 3/Usuários novamente atinge um índice alto, o segundo maior. Ainda nesse sentido, o Profissional Saúde 4/Usuários, o Profissional Educação/Usuários e o Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde continuam com índices que os situam entre os cinco mais elevados. Alargando um pouco mais o foco temos os três seguintes, Profissional Saúde 5/ Prestadores de Serviço, Profissional Saúde 6/ Trabalhadores Saúde e o Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde entre os oito com maiores graus, assim como no caso do grau de centralidade.

Considerando as duas medidas para a relação importância, temos um grupo formado pelo Profissional Saúde 3/Usuários, claramente o elemento central, em torno do qual gravitam o Profissional Saúde 4/Usuários, o Trabalhador 2/Usuários, o Profissional Educação/Usuários o Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde.

Um segundo grupo de atores com posição intermediária com destaque para o Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde, seguido pelo Profissional Saúde 6/ Trabalhadores Saúde e pelo Profissional Saúde 5/Prestadores Serviço. O Profissional de Saúde 2/Governo parece se aproximar do grupo intermediário e se afastar do grupo mais periférico composto pelos demais atores.

Fazendo um esforço na tentativa de compreender as interfaces das duas relações e seus efeitos na composição da rede, parece possível afirmar que ela engloba alguns grupos distintos entre si, conforme as posições que os atores ocupam. O primeiro deles, consiste num grupo central encabeçado pelo Profissional Saúde 3/Usuários, em torno do qual se agrupam o Profissional Saúde 4/Usuários e o Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde. O segundo é o grupo intermediário principal que se aproxima do grupo central, composto pelo Profissional Educação/Usuários, Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde e pelo Trabalhador 2/ Usuários. Há, ainda, um segundo grupo intermediário que se aproxima do grupo intermediário principal que inclui, o Profissional Saúde 6/ Trabalhadores Saúde, o Profissional Saúde 5/Prestadores serviço e o Profissional Saúde 2/ Governo.

Os demais atores ocupam, segundo os indicadores para as duas relações apresentadas, posições claramente periféricas sendo que o ator Trabalhador 1 encontra-se desconectado. O Quadro 5, a seguir, foi elaborado na tentativa de ilustrar sinteticamente essa perspectiva.

Quadro 5: Grupos de atores segundo suas posições na rede

Atores	Grupos
Profissional Saúde 3/ Usuários Profissional Saúde 4/Usuários Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde	Central
Profissional Educação/ Usuários; Trabalhador 2/Usuários; Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde	Intermediário Principal
Profissional Saúde 6/Trabalhadores Saúde; Profissional Saúde 5/Prestadores serviço; Profissional Saúde 2/Governo	Intermediário Secundário
Trabalhador 3/Usuários; Trabalhador 4/Usuários; Trabalhador 5/Usuários; Profissional Saúde 8/Usuários; Profissional Saúde 9/ Governo; Estudante/Usuários	Periférico
Trabalhador 1	Desconectado

Fonte: elaboração do pesquisador baseado nos dados da pesquisa

Dessa forma, os indicadores que focalizam os atores individualmente possibilitam um panorama a respeito das diferentes posições dos atores na trama de relações que eles estabelecem entre si. Os graus de centralidade e de proximidade, enquanto indicadores a respeito da distribuição do poder, e o poder enquanto consequência do padrão de relações entre os atores, nos informam que a configuração da rede aponta para um núcleo onde estão posicionados atores chave, os quais destacam-se relativamente aos demais.

Importante destacar que as duas relações mais significativas na constituição da rede, tal como ela se apresenta, são relações imateriais que dizem respeito ao reconhecimento que cada um dos atores tem por outros, seja quando os atores reconhecem outros como fonte de informações, seja quando reconhecem outros por sua importância. A consequência teórica disso é que a característica fundamental da rede é que a sua constituição se dá a partir de idéias, valores, pontos de vista que são difundidos por um grupo seletivo de atores que ocupam posições na estrutura relacional que os colocam frente aos demais como elementos de referência.

Assim, no que tange à dinâmica das relações no universo empírico analisado, temos que aqueles que são referência no conjunto da rede reúnem maiores possibilidades de fazer com que seus pontos de vista a respeito das posições a serem tomadas sejam compartilhadas pelos demais. Essas idéias e pontos de vista dizem respeito, fundamentalmente, a certo tipo de entendimento a cerca de como deve funcionar e se organizar o Sistema Único de Saúde no município. É nesse sentido que autores como Hanneman (2000) afirmam que as redes e a distribuição interna dos recursos de poder oportunizam e/ou restringem a ação dos atores nelas inseridos.

Dessa forma, em linhas gerais o grupo de atores que é referência na rede defende e difunde a idéia de que os serviços de saúde devem possibilitar a expansão dos serviços públicos com acesso universal e com a participação da sociedade na gestão via instâncias de controle social. A defesa desse tipo de proposta a respeito do sistema de saúde guarda estreita relação com a trajetória dos atores. Não por acaso, como veremos adiante, eles estão entre os que há mais tempo participam dos espaços institucionais nos quais as políticas de saúde no município são discutidas.

Além disso, outro aspecto que importa destacar com relação à composição da rede diz respeito às organizações envolvidas. Assim, temos que dentre os atores de maior destaque estão atores que representam entidades sindicais. Em um segundo nível de importância, aparecem entidades de profissionais de nível superior da área da saúde. E, em posições predominantemente periféricas atores representando associações de moradores e instituições governamentais.

4.4 Trajetórias dos atores

Mas, por que a dinâmica das relações entre os atores faz com que a rede assuma essa configuração e não outra? Argumento que, para compreendermos a configuração da rede, considerando as duas relações apresentadas, devemos voltar nossas atenções às trajetórias dos atores.

De acordo com o que vimos, a análise de redes sociais parte do pressuposto segundo o qual as relações sociais constituem a unidade básica da sociedade, ao invés dos atributos dos indivíduos. Por isso, inicialmente os analistas entendiam que atributos individuais e relações sociais eram elementos em oposição. No entanto, atualmente, Marques (2007) advoga a necessidade de tratá-los em associação, pois em muitas situações sociais, entidades com atributos comuns têm maior probabilidade de estabelecer relações por causa da presença de mecanismos de homofilia.

Segundo Kadushin (2004), a noção de homofilia remete a situações nas quais há, em uma determinada relação social, uma proporção significativa de atores com atributos sociais comuns. Segundo o autor, pares de atores podem ser homófilos se suas características semelhantes são cada vez mais frequentes em uma determinada população ou rede de atores. Assim, quanto maior a homofilia mais, provavelmente, os atores estarão conectados. A homofilia tem implicações tanto no plano individual quanto no plano coletivo.

Argumento, então, que a posição de Marques, segundo a qual se deve tratar relações sociais e atributos em associação, vai ao encontro daquilo que Silva (2007) sugere a título de operacionalização de uma abordagem relacional em análises de experiências de participação, ou seja, uma articulação entre análise de redes sociais e análise de trajetórias. Segundo Silva, a análise de trajetórias tem sua potencialidade na medida em que possibilita apreender a mudança de posição dos atores no espaço social trazendo à tona aspectos mais amplos nos quais suas trajetórias estão inseridas.

A análise das trajetórias dos atores, dessa forma, possibilita apreender qual o lugar que os atributos dos atores sociais em questão têm nas relações sociais que eles estabelecem entre si e que constituem aspecto importante para a configuração que a rede apresenta e na qual os atores operam.

Os aspectos relativos às trajetórias dos atores foram acessados durante as entrevistas, tendo em vista que o conteúdo do roteiro abrangeu aspectos relativos à formação escolar/acadêmica e atuação profissional, os vínculos com os segmentos e entidades representadas, sindicatos, partidos políticos e tempo de atuação como conselheiro. Essas informações proporcionam um bom panorama a respeito de quem são os atores e que atributos compartilham.

A título de ilustração a respeito das trajetórias dos atores foi elaborado o quadro abaixo que sintetiza algumas de suas características principais. Cada aspecto das características relativas às trajetórias dos atores, por sua vez, remete à diferentes esferas de sociabilidade que são, de acordo com Marques et al. (2007), processos de especialização das atividades sociais e humanas. Essas esferas incluem conjuntos de indivíduos e de organizações nos quais e pelas quais os atores sociais estabelecem relações, constituem e constroem identidades, conjuntos de signos e padrões discursivos. Cada uma dessas esferas constitui diferentes contextos nos quais vínculos entre os atores podem ser estabelecidos.

Quadro 6: aspectos relativos às trajetórias dos atores

Atores	Escolaridade	Filiação sindical	Relação com partido	Entidade representada	Representou outra entidade no CMS	Tempo no CMS	CIMS	Experiência adm Pública
Profissional Saúde 3/Usuários	Superior	Sim	Socialista sem partido	Entidade Sindical	Sim	13 anos	Sim	Sim
Profissional Saúde 4/Usuários	Superior	Sim	Filiado PT	Entidade Sindical	Sim	12 anos	Não	Sim
Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde	Superior	Sim	Filiado PT	Entidade Sindical	Sim	15 anos	Sim	Sim
Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde	Superior	Sim	Simpatizante PT e PSOL	Entidade Profissional	Sim	14 anos	Sim	Sim
Profissional Educação/Usuários	Superior	Não	Filiado PT	Associação de Moradores	Não	8 anos	Não	Não
Trabalhador 2/Usuários	Fundamental	Sim	Filiado PT	Entidade Sindical	Não	12 anos	Não	Não
Profissional Saúde 6/Trabalhadores Saúde;	Superior	Sim	Filiado PT	Entidade Profissional	Não	2 anos	Não	Sim
Profissional Saúde 5/Prestadores serviço;	Superior	Sim	Simpatizante PT	Instituição Hospitalar	Não	3 anos	Não	Sim
Profissional Saúde 2/Governo	Superior	Sim	Filiado PT	Secretaria de governo	Sim	11 anos	Não	Sim
Trabalhador 3/Usuários	Médio	Sim	Filiado PSDB	Associação de Moradores	Não	4 anos	Não	Não
Trabalhador 4/Usuários	Fundamental	Sim	Não	Entidade Sindical	Não	4 anos	Não	Não

(continuação) Atores	Escolaridade	Filiação Sindical	Relação com Partido	Entidade Representada	Representou outra entidade no CMS	Tempo no CMS	CIMS	Experiencia adm Publica
Trabalhador 5/Usuários	Médio	Sim	Filiado PT	Entidade Sindical	Não	9 anos	Não	Não
Profissional Saúde 8/Usuários	Superior	Não	Não	Ong	Não	9 anos	Não	Não
Estudante /Usuários	Superior incompleto	Não	Simpatizante PSOL	Associação de Moradores	Não	6 meses	Não	Não
Profissional Saúde 9/ Governo	Superior	Sim	Simpatizante PT	Secretaria de governo	Não	3 anos	Não	Sim
Trabalhador 1/Usuários	Fundamental	Não	Ex-filiado PTB e PPB	Associação de Moradores	Não	4 anos	Não	Não

Fonte: elaboração do pesquisador baseado em dados da pesquisa

Ao centrar nossas atenções nos aspectos relativos às trajetórias dos atores e, conseqüentemente, nos atributos que suas trajetórias fazem emergir, é possível perceber que há alguns pontos a serem destacados.

Dentre os seis atores incluídos no grupo central e no grupo intermediário principal (os seis primeiros de cima para baixo), temos que: 1) cinco deles têm formação em cursos superiores, sendo que quatro na área da saúde; 2) cinco deles são sindicalizados; 3) os seis tem posições ideológicas de esquerda, sendo quatro filiados ao PT, um simpatizante do PT e do PSOL, e um socialista sem partido; 4) quatro deles representam entidades sindicais; 5) quatro já representaram outra entidade ou segmento no CMS; 6) cinco deles são ou foram conselheiros por mais de 10 anos; 7) três deles chegaram a integrar o órgão precursor do Conselho, a CIMS; 8) quatro deles têm experiência em órgãos da administração pública.

Dentre os atributos destacados das trajetórias dos atores, apenas para um deles houve, entre os seis atores, semelhança de apenas 50 % (ter integrado a CIMS). Para todos os outros o percentual de atributos comuns foi igual ou superior a 66,6%, ou seja, pelo menos quatro com atributos comuns entre os seis. Saliento aquele que se refere às diferentes entidades ou segmentos representados pelos atores no Conselho, por apontar para o trânsito dos indivíduos que, ora podem estar no âmbito do Estado, ora no da sociedade civil.

Do ponto de vista teórico adotado nessa pesquisa, de acordo com Silva (2007), o trânsito dos atores entre organizações e instituições que ora estão no âmbito do estado ora no da sociedade civil aponta para a necessidade, de abordar as relações estado sociedade civil de forma não substancialista considerando-as enquanto processos sociais e políticos que se desdobram ao longo do tempo nos quais e pelos quais os espaços de participação se constituem e se instituem.

Argumento ainda, que o conjunto dos atributos dos atores se convertem naquilo que Bourdieu (1989) denominou princípios de diferenciação no espaço social que, nesse caso, assumem a forma de capital cultural e capital político. De posse desses capitais é que o núcleo da rede exerce sua influência junto aos demais atores. Logicamente isto ocorre de forma dinâmica e complexa, mas perfeitamente compreensível se considerarmos que no contexto em que se estabelecem as discussões referentes às políticas de saúde, um conjunto de saberes e, de certa forma, um reconhecimento desses saberes são requisitados. De maneira que, aqueles que conseguem se fazer reconhecer pelos outros são aqueles que, de alguma forma, conseguem acionar essas espécies de capital exercendo sua influência que, por sua vez, é reconhecida como legítima pelos demais. Em outros termos, de acordo com Montagner (2007)⁵⁹, há uma sobreposição à estrutura relacional das marcas distintivas das trajetórias dos agentes, de modo que as trajetórias constituem a objetivação das relações entre os agentes e as forças presentes no campo.

Nesse sentido, parece possível afirmar que a rede de atores que opera no CMS de Santa Maria, considerando as duas relações com densidade mais significativas, apresenta a configuração que apresenta, ao menos em parte, em razão dos mecanismos de homofilia. Esses mecanismos são observáveis nos principais aspectos das trajetórias dos atores que, por sua vez, convertem-se em capital cultural e capital político, os quais tem importância na tomada de posição dos atores frente às disputas nas quais estão inseridos. Além disso, pode-se dizer que a rede atua enquanto uma *policy community*, na medida em que constitui um subgrupo, na rede de política, que se articula em torno de um interesse comum que, como veremos a seguir, consiste em uma tomada de posição frente a uma questão específica que diz respeito à situação do Hospital Casa de Saúde.

4.5 Considerações Finais

O recurso ao referencial teórico-metodológico fundamentado na sociologia relacional possibilita uma perspectiva analítica que procura ir além da rígida separação que coloca de um lado a sociedade civil, como entidade homogênea e virtuosa, e de outro a sociedade política,

⁵⁹ Ver no segundo capítulo desta dissertação, páginas 48 e 49.

enquanto encarnação dos males e vícios da política, tendências recorrentes na vertente mais influente na literatura que tem analisado experiências de participação.

Como procurou-se demonstrar ao longo deste capítulo, as relações sociais que os atores estabelecem entre si são o ponto de partida que nos conduz ao campo relacional que os constitui e que, por sua vez, é constituído por processos sócio-históricos dinâmicos e complexos. Nesse sentido, vimos que a trama das relações aponta para uma configuração da rede que coloca alguns atores em posições nas quais a possibilidade de exercer influência no processo decisório é maior do que em outras.

Vimos também, a partir da análise das trajetórias dos atores e dos atributos individuais que delas foi possível destacar, que os chamados mecanismos de homofilia têm papel importante na compreensão a respeito da configuração que a rede assume.

Assim, pensando em associação as relações sociais e os atributos individuais e articulando a análise de redes sociais com a análise de trajetórias procurou-se demonstrar a conversão de elementos de homofilia em pelo menos duas diferentes formas de capital, o cultural e o político enquanto recursos que são acionados pelos atores para assim serem reconhecidos e legitimados e, conseqüentemente, exercer influência.

Por fim, concluiu-se que a rede enquanto subgrupo, dentro da rede de política, que partilha de posição, proposta ou interesse, constitui uma policy community atuante no CMS em Santa Maria. No capítulo seguinte veremos como os atores tomam posição frente às discussões relativas a situação do Hospital Casa de saúde, assim como alguns indicativos da influência dos atores centrais na posição que o Conselho adota.

5 A REDE E A POLICY COMMUNITY EM AÇÃO NO CMS

Este capítulo consiste numa tentativa de apresentar alguns aspectos que apontam como a configuração da rede influencia a tomada de posição dos atores frente a uma questão específica debatida no CMS.

Nesse sentido, é apresentada uma versão a respeito de como se desenrolou naquele espaço, o debate referente ao Hospital Casa de Saúde, e quais são os demais atores envolvidos, e que posições tomaram frente às decisões e ações que envolveram a Casa de Saúde em 2007 e 2008.

Veremos que há entre os atores atuantes na rede, apresentada anteriormente, o reconhecimento da existência de um grupo que, em razão de determinadas características relacionadas à suas trajetórias e à pouca participação dos demais, toma a frente nos debates e influencia as decisões que o Conselho quando necessário toma.

Por fim, serão elencados alguns aspectos que sugerem a existência de uma outra rede que, eventualmente, pode atuar no âmbito do CMS, mas que não o elegeu como espaço principal para a defesa de seus interesses, especialmente com relação à questão que envolveu a Casa de Saúde.

5.1 O Hospital Casa de Saúde e sua inserção na pauta do Conselho e da rede

O Hospital Casa de Saúde, fundado em 1931 pela Cooperativa de Consumo dos Funcionários da Viação Férrea (COOPFER), inicialmente destinado a atender seus cooperados e dependentes, ultimamente vinha atendendo principalmente usuários do SUS. Há anos a instituição vem enfrentando dificuldades financeiras com risco de fechamento, demissão dos empregados e conseqüente agravamento da falta de serviços de saúde à população, tendo em vista que, em 1996 outra instituição hospitalar de porte com sede no município, o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo, descredenciou-se do SUS, aumentando a demanda na Casa de Saúde.

A situação da Casa de Saúde era tão grave que, por mais de uma vez, o hospital chegou a fechar as portas, ainda que por breves períodos. A primeira vez foi no ano 2000 conforme o relato a seguir:

no momento que a casa de saúde fechou em 2000, ela também foi fechada pelo [hospital] caridade, porque ela estava funcionando, o caridade fez um convênio com a cooperativa, assumiu a administração ficou trinta dias e fechou o hospital. Então, daí o conselho todo se mobilizou pra reabrir né, foi os conselheiros, eu era presidente, coordenadora do conselho na época, fomos a porto alegre pra conversar com a secretária de saúde e com o governador e fomos a Brasília e fomos sabe o conselho...ele capitaneou vamos dizer assim, uma possibilidade de alguma forma de reabrir a casa de saúde, e daí foi que saiu o tal de convênio né. (Entrevista, Profissional Saúde 3/Usuários)

O convênio ao qual a entrevista faz referência foi assinado em 30 de outubro de 2001 e retificado em março do ano seguinte, tendo em vista que a primeira versão previa um período de 8 anos de duração que passou, então, a ser de 5 anos. Nessa época, Valdeci Oliveira do PT já era o prefeito de Santa Maria e Olívio Dutra, do mesmo partido, o governador do Estado. O convênio consistiu em uma parceria entre a Prefeitura Municipal, o Governo do estado Rio Grande do Sul representado pela Secretaria Estadual de Saúde, a Universidade Federal de Santa Maria e a COOPFER. O ônus financeiro do convênio recaiu sobre a prefeitura e o governo do estado, cabendo à universidade garantir a referência terciária, o acesso a serviços de alta complexidade, apoio diagnóstico e consultoria técnica e administrativa, enquanto que à cooperativa coube disponibilizar as instalações físicas, manter os contratos de trabalho dos funcionários e possibilitar o livre acesso a documentos, especialmente os de caráter contábil.

Terminado o convênio, no final do ano de 2006, a Casa de Saúde volta a paralisar as atividades e fechar as portas. A época em que findou o convênio, coincidiu com o fim do mandato do então governador do estado, Germano Rigotto do PMDB, que foi sucedido pela atual governadora Yeda Crusius do PSDB. No entanto, a troca de governo no estado não alterou a direção da pasta da saúde que continuou sob a condução do médico e deputado federal, eleito pelo PMDB, Osmar Terra. O que mudou foi a visão do gestor estadual com relação ao formato do convênio que mantinha a Casa de Saúde em funcionamento, pois se durante o governo de Germano Rigotto o estado era partícipe do convênio que mantinha o Hospital Casa de Saúde, no início do Governo de Yeda Crusius optou pela não renovação do convênio e sugeriu um novo do qual não participaria e o Grupo Hospitalar Mãe de Deus teria papel central.

A partir do fechamento do Hospital Casa de Saúde, diferentes atores se mobilizaram para que a instituição voltasse a atender a população santamariense. Alguns movimentos, já no início de 2007, começaram a acontecer com vistas à reabertura do hospital. Um deles foi articulado pela direção do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que apresentou para o secretário de saúde do Estado, Osmar Terra, em reunião realizada em Porto Alegre no dia 29 de janeiro, uma proposta oficial e por escrito da Universidade Federal de Santa Maria, com o objetivo de administrar a Casa de Saúde.

A proposta feita pelo diretor do HUSM pretendia que a Casa de Saúde se transformasse numa extensão de ensino do hospital, gerenciada pelo corpo docente e discente, em parceria com os funcionários da própria Casa de Saúde. Segundo matéria publicada em um jornal diário local⁶⁰, o Reitor da Universidade Federal de Santa Maria, naquele momento, estaria em Brasília para discutir com o governo federal a questão. Também de acordo com o periódico, a reunião contou com a participação de integrantes do Conselho Municipal de Saúde que apoiavam a proposta, conforme o trecho da reportagem a seguir:

A proposta de gestão da Casa de Saúde pela UFSM e HUSM, tem o apoio de **Salvador Penteado do Conselho Municipal de Saúde**, José João Geremia do Sindicato da Saúde de Santa Maria, representantes dos empregados da Casa de Saúde e **Profissional Educação/Usuários** do atual Conselho Gestor do complexo hospitalar (...). Participaram da reunião na secretaria de saúde em Porto Alegre, além dos citados acima, o secretário Osmar Terra, o prefeito Valdeci Oliveira, a secretaria de saúde Elaine Resener e os diretores do HUSM, Jorge Freitas, Carlos do Amaral e Angelino Moreira.

Ainda que a proposta do HUSM tenha contado, segundo o Jornal A razão, com o aval do prefeito Valdeci Oliveira, da secretária de saúde do município e de membros do Conselho Municipal de Saúde presentes na reunião em Porto Alegre, o próprio Conselho, duas semanas depois, aprovou resolução que propôs outro encaminhamento para a questão. É o que se pode deduzir da resolução que decide “aprovar a proposta que apóia a criação de uma fundação de direito privado e de interesse público, para viabilizar o funcionamento do Hospital Casa de Saúde/HCS, como foi apresentada”⁶¹.

No início do mês seguinte, em reunião plenária do Conselho Municipal de Saúde realizada no dia 1º de março, a Direção do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo apresentou proposta para reativar o Hospital Casa de Saúde. Não há maiores detalhes sobre quem

⁶⁰ Jornal A Razão edição de 31 de janeiro de 2007.

⁶¹ Resolução 04/2007 do CMS, registrada na ata nº004, de 15 de fevereiro de 2007.

foram, além dos integrantes da direção do Hospital de Caridade, os participantes daquela reunião. Nada ficou decidido a não ser que uma nova reunião voltaria a discutir o assunto.

Na reunião seguinte, realizada no dia 15 de março, a questão da Fundação reaparece, contando inclusive com um regimento interno elaborado. Um dos conselheiros, o Profissional Saúde 3/Usuários, informou que em reunião do Conselho Regional de Saúde fora discutida uma resolução para a criação de uma Fundação, e elaborado um Regimento Interno para a mesma, com a finalidade de resolver a situação do Hospital Casa de Saúde. De acordo com o conselheiro, o Secretário Estadual de Saúde intencionava estabelecer um convênio com a Fundação a ser criada. Nesse convênio tomariam parte o Hospital Universitário (HUSM), o Estado do Rio Grande do Sul, a Prefeitura Municipal e o Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo.

Se a reunião do dia 15 dava a entender que tudo caminhava na direção da constituição de uma Fundação para administrar a Casa de Saúde, a ata da reunião seguinte registra apenas a apreensão de alguns conselheiros com relação a inércia dos movimentos que procuravam uma solução. No entanto, o início do mês seguinte trouxe elementos novos, é o que se pode deduzir a partir dos registros em ata:

A conselheira (**Profissional Educação/Usuários**) informou que neste momento acabava de receber a ligação de uma rádio local informando que o Prefeito Municipal receberia a imprensa para uma coletiva, na oportunidade apresentaria uma proposta de apoio ao Hospital de Caridade para solucionar os problemas do Hospital Casa de Saúde, a surpresa foi grande, devido o CG [Conselho Gestor da Casa de Saúde] e nem o CMS terem sido comunicados da decisão do Prefeito; (CMS, Ata nº008, Reunião Ordinária do dia 5 de abril de 2007)

Ao que parece a surpresa foi enorme entre os conselheiros, pois exatamente na hora de uma reunião do Conselho, na qual a situação do Hospital Casa de Saúde é ponto de pauta, o prefeito concede à imprensa uma entrevista coletiva para informar que encontrou uma solução para o hospital. Ao mesmo tempo em que alguns conselheiros se deslocavam para o local onde o prefeito concedia a entrevista, o vice-prefeito rumava em direção ao Conselho Municipal para justificar a atitude do chefe do poder executivo. Ainda de acordo com a ata do dia 5 de abril:

Três conselheiros (**Profissional Saúde 4/Usuários, Trabalhador 2/Usuários e Trabalhador 3/Usuários**) foram até o local da coletiva do prefeito(...) o vice prefeito compareceu a reunião para justificar a posição do prefeito em estabelecer um convênio com o hospital de caridade para administrar a casa de saúde. (CMS, Ata nº008, Reunião Ordinária do dia 5 de abril de 2007)

Nessa ocasião o vice-prefeito foi questionado com relação às promessas feitas na campanha eleitoral que apontavam para a desapropriação e municipalização da Casa de Saúde.

Ele argumentou que o município não dispunha de recursos suficientes e que os mesmos foram solicitados à bancada gaúcha na câmara federal via direcionamento de emendas parlamentares, mas que o deputado federal e secretário estadual da saúde, Osmar Terra, teria inviabilizado essa proposta em razão de seu projeto de construir, em Santa Maria, um Hospital Regional. De maneira que, para o governo estadual, segundo o vice-prefeito, a única saída para o impasse seria o estabelecimento de um novo convênio no qual o Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, administraria a Casa de Saúde. Assim, não concordando com o governo do estado, o prefeito resolveu estabelecer convênio com uma empresa local, o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo.

Temos aqui que uma das explicações do governo municipal para a intenção de estabelecer convênio com o Hospital de Caridade com vistas à administração da Casa de Saúde fundamentou-se na falta de interesse do governo estadual em disponibilizar recursos financeiros estaduais para o hospital localizado em Santa Maria, pois seria intenção dos gestores estaduais a construção de um Hospital Regional com sede no município.

Um mês depois, de acordo com nota, assinada pelo secretário Osmar Terra, divulgada pela Secretaria Estadual da Saúde em 8 de maio de 2007, o prefeito de Santa Maria decidiu, no dia 7, para a surpresa do governo estadual, assumir a reabertura da Casa de Saúde sem a participação do Estado, do Grupo Hospitalar Mãe de Deus e do Hospital Universitário de Santa Maria⁶².

A surpresa do gestor estadual com relação à atitude do prefeito de Santa Maria justificasse, de acordo com o secretário Osmar Terra, porque o município e a região central sofrem com a pior situação para o atendimento hospitalar no Rio Grande do Sul, situação que é decorrente do descredenciamento do SUS do Hospital de Caridade há dez anos, a partir de uma decisão unilateral da direção do hospital. Também de acordo com o secretário, nesses dez anos foi o governo estadual quem garantiu o funcionamento da Casa de Saúde, sem com isso ter deixado de pressionar o Hospital de Caridade a voltar para o SUS, tendo inclusive, como forma de pressão, cancelado junto às instâncias competentes os benefícios da filantropia que a instituição recebia sem fazer juz. Mesmo assim, após o fechamento da Casa de Saúde com o término do convênio, em novembro de 2006, o governo estadual foi quem tomou a iniciativa.

⁶²A nota foi divulgada em <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=noticias&cod=11476>, no dia 8 de maio de 2007.

Para resolver a situação estabeleceu uma negociação com o Hospital de Caridade para que o mesmo administrasse a Casa de Saúde, sob a condição de disponibilizar leitos para o SUS dentro de suas instalações. Diante da negativa da direção do Hospital de Caridade a solução encontrada pelo governo do estado foi uma parceria com o Grupo Hospitalar Mãe de Deus que, conforme Osmar Terra, ofereceria a população de Santa Maria e região não só 170 leitos SUS, mas a gestão de um dos melhores sistemas hospitalares do país.

Interessa destacar que apenas em maio, e após decisão do prefeito de Santa Maria em outra direção, é que o governo estadual torna pública uma proposta para solucionar a situação do Hospital Casa de Saúde. Até então, alguns comentários haviam sido feitos nesse sentido pelo vice-prefeito, quando da sua rápida passagem em reunião do CMS para justificar a atitude do prefeito em estabelecer convênio com o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Até então, a informação disponível era que o governo estadual havia recebido uma proposta da Universidade Federal de Santa Maria e do seu Hospital Universitário, no entanto, não havia um pronunciamento público a respeito da solução adotada.

Uma semana após a divulgação da nota assinada pelo secretário estadual da saúde, o poder executivo municipal enviou ao Conselho Municipal de Saúde a minuta de um convênio a ser firmado entre a Prefeitura, o Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo e a COOPFER para administrar o Hospital Casa de Saúde.

Na reunião plenária do Conselho Municipal realizada no dia 14 de maio foi nomeada uma comissão de conselheiros para analisar a referida proposta de convênio. Nessa mesma reunião, a então secretária municipal de saúde e conselheira fez uma retrospectiva do tema Casa de Saúde. De acordo com a secretária, em 2001 o Governo do estado convidou o Hospital Universitário e a Prefeitura Municipal para participarem de convênio com vistas à administração do Hospital Casa de Saúde. Nessa ocasião, foi constituído um Conselho Gestor atuante e os repasses financeiros do Governo estadual eram normais. Ainda de acordo com a secretária, os problemas da Casa de Saúde começaram após a troca no Governo do estado em 2003, momento a partir do qual os repasses financeiros começaram a ser feitos com atraso. A secretária mencionou ainda que com o fim do convênio se aproximando, discussões iniciaram inclusive com a apresentação pelo HUSM de um projeto para a criação de uma Fundação, com a qual o governo estadual não concordou, tendo sugerido um convênio com o Grupo Hospitalar Mãe de Deus.

Como é possível perceber, o ponto de vista do gestor municipal é bem diferente daquele publicizado pelo representante do Governo estadual. Enquanto o último reivindica as iniciativas que possibilitaram manter a Casa de Saúde em funcionamento, o primeiro argumenta que o Governo estadual não fazia os repasses financeiros com a periodicidade necessária, tampouco fora parceiro na construção de uma Fundação para administrar o Hospital Casa de Saúde, tendo optado em respaldar, como única alternativa, uma parceria com empresa sediada em Porto Alegre.

Ao que parece, os diferentes atores envolvidos na busca de solução para o Hospital Casa de Saúde tinham sérias dificuldades em dialogar no sentido de buscar uma solução conjunta, pois a Universidade Federal de Santa Maria e o seu Hospital Universitário haviam feito uma proposta segundo a qual a Casa de Saúde seria uma extensão do Hospital Universitário, o Governo do estado queria um convênio onde o administrador seria o Grupo Hospitalar Mãe de Deus, o Conselho Municipal de Saúde propunha a constituição de uma Fundação e a Prefeitura Municipal em um primeiro momento era parceira da Universidade, mas acabou optando por um convênio com a instituição privada local, o Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo.

Também importa destacar que praticamente todas as tratativas foram feitas em espaços que não o do Conselho Municipal de Saúde. Ainda que integrantes do Conselho tenham participado de reuniões em que se discutia algum tipo de proposta para a Casa de Saúde, as mesmas não aconteciam durante as plenárias da instância de controle social, com exceção para a resolução do próprio Conselho pela criação de uma fundação. Em duas ocasiões a plenária participou, mas as propostas já estavam elaboradas.

No início do mês de junho de 2007, o Poder Executivo enviou projeto de lei à Câmara de Vereadores solicitando autorização para o estabelecimento do convênio entre a Prefeitura Municipal, a COOPFER e O Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo para a administração do Hospital Casa de Saúde. Nova celeuma criada, pois o projeto de lei foi aprovado pelos vereadores sem que o Conselho Municipal de Saúde tivesse emitido parecer favorável. Em reunião, no dia 8 de junho, os conselheiros aprovaram a resolução 019/2007 com três pontos principais:

I – Solicitar ao Senhor Prefeito Municipal que não sancione a Lei aprovada na Câmara Municipal de Vereadores até que seu texto esteja de acordo com os preceitos do Controle Social e com as diversas resoluções sobre o tema já exarado do Conselho Municipal de Saúde.

II – Sugerir ao Senhor Prefeito Municipal que seja entabulado processo de busca de consenso sobre a matéria para que possa a Câmara de Vereadores apreciar um projeto de lei que modifique o texto aprovado e que expresse o acordo de vontade de todos os envolvidos.

III – Indicar o Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde para em nome do controle social, juntamente com os partícipes do futuro Convênio, remover os obstáculos que possam estar dificultando a necessária, definitiva e sustentável reabertura do Hospital Casa de Saúde. (CMS/SM, Ata nº 014, reunião extraordinária, 8 de junho de 2007).

De nada adiantou, pois no dia 12 de Junho, o prefeito Valdeci Oliveira sancionou a Lei Municipal nº 5006/2007 que entrou em vigor sendo retroativa ao dia 17 de maio. Ao Conselho restou protestar, ingressar com ação no Ministério Público Estadual e aprovar resolução contestando a legitimidade do convênio. A principal questão que contrariou os conselheiros foi que o convênio não previa uma câmara técnica - que seria composta, dentre outros, por integrantes do Conselho Municipal de Saúde - de caráter deliberativo. A câmara técnica prevista pelo convênio era consultiva. De acordo com um dos conselheiros:

o executivo municipal acabou mandando para a câmara de vereadores é... um projeto de lei que prevê um convênio com...o hospital de caridade... o conselho vinha discutindo né, essa proposta de convênio com recursos do município, o empréstimo de equipamentos para a administração desse hospital... então o governo municipal não esperou a posição final do conselho e acabou mandando pra câmara de vereadores e a câmara aprovou a tal lei que prevê, autoriza o município a fazer esse convênio... ela vinha sendo discutida, tinha vários pontos que havia consenso da plenária, mas tinha alguns pontos que precisavam ainda ser definidos, principalmente no que diz respeito ao caráter da câmara técnica que o convênio previa né... os proponentes do convênio queriam uma câmara técnica com caráter consultivo apenas, e o conselho entendia que a câmara técnica devia ter caráter deliberativo, foi um ponto que foi um dos grandes nós... (Entrevista, Profissional Saúde 4/ Usuários)

O quadro a seguir, ilustra sinteticamente os movimentos que procuraram solucionar os problemas da Casa de Saúde no primeiro semestre de 2007.

Quadro 7: propostas e ações sobre a Casa de Saúde e posições do CMS/1º semestre 2007

Data	Proposta/Ação	Conselho Municipal de Saúde
Janeiro/2007	Proposta HUSM/UFMS para administrar a Casa de Saúde. Apoiada pela Prefeitura	Alguns conselheiros apóiam publicamente
Fevereiro/2007	Criação de Fundação para administrar a Casa de Saúde	Resolução 04/2007 Aprovada pela plenária do CMS
Março/2007	Conselho Regional de Saúde aprova resolução para criação de Fundação	O CMS já havia aprovado resolução similar
Março/2007	Proposta de convênio apresentada pelo Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo	A proposta foi apresentada no CMS, mas não foi aprovada ou rejeitada
Abril/2007	Prefeitura Propõe Convênio com Hospital de Caridade	O CMS toma conhecimento pela imprensa

(Continuação) Data	Proposta/Ação	Conselho Municipal de Saúde
Maio/2007	Estado divulga nota lamentando a decisão da prefeitura afirmando que tinha solução melhor	O CMS não emitiu qualquer consideração sobre a nota do secretário estadual
Maio/2007	Prefeitura decide firmar o convênio e solicita posição do CMS	Formada uma comissão para analisar os termos do convênio
Junho/2007	A prefeitura, sem o aval do CMS, envia o convênio à Câmara de Vereadores que o aprova.	Não aprova o convênio nos termos em que foi apresentado sugerindo alterações que não foram consideradas

Fonte: elaboração do pesquisador baseado em dados da pesquisa

De junho até o final do ano de 2007 a questão do convênio sobre a Casa de Saúde voltou a ser assunto das reuniões do CMS apenas em duas ocasiões, no final do mês de outubro e no início do mês seguinte sem desdobramentos mais significativos.

No entanto, no dia 27 de Dezembro o Prefeito Valdeci Oliveira anunciou a municipalização da Casa de Saúde que, a partir de então, passou a se chamar Hospital Municipal Casa de Saúde. De acordo com nota divulgada na página da Prefeitura Municipal na internet, o município pagou à antiga proprietária do prédio onde funciona o hospital, a COOPFER, a quantia de 2 milhões de Reais, valor que seria suficiente para quitar todas as dívidas trabalhistas dos ex-funcionários, o que levava a Casa de Saúde a freqüentes leilões⁶³. O hospital, segundo a nota, continuaria funcionando da mesma maneira, a diferença é que a partir de então haveria uma nova administração partilhada entre o Hospital de Caridade, Prefeitura e os munícipes, os funcionários passariam a ter vínculo com o Hospital de Caridade e não haveria nenhuma demissão. Duas exigências para que a municipalização fosse concretizada foram feitas: manter os funcionários no local e priorizar o atendimento pelo Sistema Único de Saúde. A nota finaliza informando que um novo convênio, com as mudanças e adequações necessárias, seria enviado para a Câmara de Vereadores para apreciação e que o prefeito estaria em Brasília garantindo recursos adicionais para a Casa de Saúde, valores que só seriam repassados em razão da municipalização.

Dessa forma, o ano de 2008 começa com a Casa de Saúde novamente na pauta do Conselho. Já no dia 3 de janeiro, a principal discussão, conforme a ata nº 001/2008, girou em torno da “Desapropriação do Hospital Casa de Saúde e da proposta de convênio para a Gestão Compartilhada entre o Município de Santa Maria e o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo”. A mesma ata informa que fora realizada dias antes uma reunião na qual tomaram parte

⁶³A notícia foi divulgada em <http://www.santamaria.rs.gov.br/index.php?secao=noticias>, no dia 28 de dezembro de 2007.

os integrantes do núcleo de coordenação do Conselho e a secretária municipal da saúde, com o objetivo de elaborar uma proposta de convênio, tendo como base o convênio anterior. A proposta foi discutida, modificada em alguns pontos e aprovada. Concomitantemente, foi constituída uma comissão de conselheiros que acompanhariam o andamento das negociações.

Para os conselheiros, os pontos problemáticos eram dois: um referente à obrigatoriedade de depósito dos recursos referente à isenção de impostos num fundo, a ser criado para esse fim, o outro, a Câmara Técnica com oito membros e seu caráter. Assim como no convênio anterior, novamente vinha à tona a questão referente ao caráter da câmara técnica, se consultiva como queria o Hospital de Caridade, ou deliberativa como exigia o Conselho. O impasse estabeleceu-se e ficou resolvido que nova reunião aconteceria, desta vez com a participação do Prefeito.

Assim, no dia 8 de janeiro o Prefeito e um representante do Hospital de Caridade expuseram aos conselheiros os motivos pelos quais o convênio fora concebido naqueles termos e porque ele não poderia ser como o Conselho gostaria que fosse. Ao que parece, os argumentos do prefeito e do diretor do Hospital de Caridade convenceram os conselheiros, de forma que, após votação foi autorizado o estabelecimento do convênio, conforme consta na ata nº003/2008. Faltava apenas o aval da Câmara de vereadores para que o acordo fosse efetivado.

Surpreendentemente, na reunião ordinária do CMS ocorrida no dia 14 de fevereiro, a secretária de saúde informou aos conselheiros que na semana anterior, dia 8, a direção do Hospital de Caridade enviara documento ao prefeito municipal solicitando que o poder executivo não encaminhasse à Câmara de Vereadores o projeto de lei municipal que previa o convênio entre a Prefeitura Municipal e o Hospital de Caridade para o funcionamento do Hospital Municipal Casa de Saúde, de acordo com trecho da ata da reunião:

Neste documento, o Hospital de Caridade também manifesta que, devido à desapropriação e a nomeação de um novo gestor, sua participação no Convênio foi derrogada. A única razão exposta neste documento é a preocupação com a herança trabalhista. O documento finaliza com a manifestação de disposição do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo continuar discutindo a busca de alternativas para uma nova parceria. (CMS/SM, Ata nº 006, reunião ordinária, 14 de fevereiro de 2008)

A herança trabalhista acima mencionada como motivo que inviabilizou a efetivação do convênio, refere-se às dívidas trabalhistas da COOPFER com os funcionários do Hospital Casa de Saúde que teriam que ser assumidas, ao que parece, pelos novos administradores da instituição. Dessa maneira, algumas discussões sobre os rumos que a Casa de Saúde iria tomar foram realizadas no

Ministério Público do Trabalho. Isto não significou, porém, o fechamento da Instituição tendo em vista que o atendimento à população foi mantido com recursos da Prefeitura Municipal e do Hospital de Caridade, o que posteriormente foi objeto de contestação por parte de integrantes do CMS.

Em reunião ordinária no dia 22 de março, de acordo com a Ata nº 010/2008, a Casa de Saúde voltou a ser ponto de pauta do CMS. Nessa ocasião, o Conselho foi informado sobre a situação daquele hospital e que o mesmo estava sendo financeiramente mantido com recursos depositados no Fundo Municipal de Saúde, em uma conta específica, e que os mesmos eram oriundos da Prefeitura Municipal e do Hospital de Caridade. Um dos conselheiros (Profissional Saúde 4/Usuários) lembrou que em nenhum momento o CMS fora consultado ou discutira tal situação, de forma que a Procuradoria Geral do Município deveria ser questionada a respeito da legalidade daquele procedimento.

Como conseqüência do questionamento mencionado acima, foi realizada uma reunião na qual, pelo menos, um conselheiro esteve presente. Esta reunião foi relatada aos demais conselheiros em reunião ordinária no dia 3 de abril conforme ata e assim foi registrada:

o Conselheiro (**Profissional Saúde 4/Usuários**), fez o relato da reunião ocorrida com a Procuradoria do Município de Santa Maria onde foi informada a audiência com o Ministério Público do Trabalho a qual resultou em uma proposta de Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta, que seria assinado pela Prefeitura Municipal, pelo Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo e pela Cooperativa dos Empregados da Viação Férrea do Rio grande do Sul, onde entre tantas ações, a Prefeitura de Santa Maria repassaria, por dez anos, em forma de comodato, o Hospital Municipal Casa de Saúde, para o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. (CMS/SM, Ata nº 012, reunião ordinária, 3 de abril de 2008)

Os dias foram se sucedendo e como não havia informações novas, as discussões foram sendo postergadas para as reuniões futuras. Assim, novas informações surgiram no início do mês de maio e elas consistiram em uma nova proposta de convênio entre a Prefeitura Municipal e o Hospital de Caridade para a administração da Casa de Saúde. Para o anúncio e discussão da proposta fora convocada um reunião extraordinária do CMS no dia 5 de maio.

No entanto, os registros da ata dessa reunião apontam que, no dia 30 de abril, antes da reunião do Conselho acontecer, um grupo de conselheiros do núcleo de coordenação fora convocado pelo prefeito em exercício para serem informados a respeito da intenção da Prefeitura Municipal em firmar novo convênio com o Hospital de Caridade para viabilizar o funcionamento da Casa de Saúde. Gerou-se novo impasse, pois os integrantes do Conselho presentes àquela reunião não poderiam tomar uma posição sem que os demais conselheiros fossem consultados.

Ainda de acordo com a ata do dia 5 de maio, no momento da reunião havia a informação de que o convênio já havia sido assinado de forma que a própria reunião perdia seu sentido original.

Após o relato da reunião com o Prefeito em exercício, o Conselheiro (**Profissional Saúde 4/Usuários**) informou que, segundo informações veiculadas na imprensa, o referido convênio fora assinado e que isso retiraria o caráter de urgência desta reunião e alteraria inclusive a sua pauta uma vez que já não se tratava de uma proposta de novo convênio e sim de um novo convênio já assinado. O referido Conselheiro propôs o seguinte encaminhamento para a reunião o qual foi aprovado por mais de dois terços dos Conselheiros presentes: Manifestação do Gestor Municipal de Saúde seguido de manifestações da Plenária em relação à assinatura do convênio, após seria realizada a leitura do convênio assinado e por último, apenas a identificação de dúvidas ou de irregularidades encontradas no convênio para posterior discussão em uma Reunião Extraordinária a ser convocada exclusivamente para este fim no dia quinze deste mês. (CMS/SM Ata nº 016, Reunião extraordinária, 5 de maio de 2008)

Como é possível deduzir a partir dos registros do CMS, no momento em que os conselheiros haviam se reunido para avaliar os termos nos quais o novo convênio seria firmado entre Prefeitura e Hospital de Caridade o mesmo já havia sido assinado, pois essa foi a intenção comunicada pelo representante do prefeito e também o que a imprensa dava a entender.

Assim, a reunião teve prosseguimento e dois representantes do governo municipal no Conselho argumentaram que a assinatura do convênio era “a única alternativa viável no momento, para a manutenção e a ampliação do funcionamento do Hospital Municipal Casa de Saúde” e que “houve uma inércia e um desinteresse da maioria dos Conselheiros pela situação do Hospital Municipal Casa de Saúde após a sua desapropriação”. Após a leitura e discussão das cláusulas do convênio os conselheiros destacaram pontos de controvérsia, que foram os seguintes conforme os registros em ata: existência ou não de repasses financeiros por parte do município; a necessidade de que o Conselho delibere sobre o assunto, tendo em vista que se trata de recursos pertencentes ao Fundo Municipal de Saúde; o caráter da Câmara Técnica proposta; sobre a necessidade do pagamento das despesas propostas pelo Município; sobre o tamanho do comprometimento em relação às dívidas que o município assume; sobre a isenção de comprometimento do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo e da Cooperativa dos Empregados da Viação Férrea do Rio Grande do Sul com quaisquer dívidas em um determinado período; sobre a constituição jurídica da nova instituição administradora proposta; sobre a legalidade do ato de permitir que uma instituição privada movimente uma conta corrente bancária pública, sendo esta pertencente ao Fundo Municipal de Saúde que tem legislação própria; sobre o tempo de vigência do convênio; sobre a não necessidade de autorização legislativa para o estabelecimento do convênio; sobre a

não apresentação de medidas que sinalizem a constituição da Fundação deliberada pelo Conselho⁶⁴.

Antes do encerramento da reunião os conselheiros decidiram comunicar os fatos aos Conselhos Estadual e Nacional de Saúde e também solicitaram o comparecimento do prefeito municipal na reunião ordinária seguinte para que ele justificasse, perante o Conselho, sua decisão de estabelecer o acordo sem o aval do órgão de controle social.

Assim, em reunião extraordinária realizada no dia 15 de maio os conselheiros esperavam a participação do prefeito para que ele prestasse os esclarecimentos aguardados pela plenária, ou seja, as razões pelas quais o convênio havia sido firmado, e nos termos em que foi firmado, sem a avaliação do Conselho. Para a decepção dos conselheiros o prefeito não compareceu. Ao invés disso, enviou um ofício comunicando que, apesar da ausência, estava a disposição para prestar os esclarecimentos necessários. Diante disso, os conselheiros decidiram que o núcleo de coordenação agendaria uma reunião com o prefeito, momento em que levariam a ele os pontos do convênio com o qual não concordavam ou que não estavam claros. Posteriormente, a reunião com o prefeito foi realizada e os conselheiros entregaram a ele os questionamentos.

O CMS recebeu as respostas do prefeito quase três meses depois, por escrito, em reunião ordinária realizada no dia 7 de agosto. Naquela ocasião, vários conselheiros pediram a palavra e se manifestaram com relação às respostas do prefeito. Chegou-se a conclusão de que a única atitude a ser tomada era a de procurar assessoria jurídica, pois o convênio estava em vigor e não havia nenhuma disposição por parte da Prefeitura Municipal em modificar os termos nos quais ele fora estabelecido.

O quadro a seguir sintetiza os principais movimentos que procuraram solucionar a situação do Hospital Casa de Saúde desde os últimos dias de 2007 até o mês de agosto de 2008.

Quadro 8: propostas e ações sobre a Casa de Saúde e posições do CMS/dez. 2007 e 1º semestre 2008

Data	Proposta/Ação	Conselho Municipal de Saúde
Dezembro/2007	Prefeitura desapropria o Hospital Casa de Saúde	Não há notícia de envolvimento do CMS nessa ação
Janeiro/2008	Prefeitura e Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo apresentam ao CMS proposta para administrar o Hospital Municipal Casa de Saúde	O CMS aprova a proposta apresentada pela Prefeitura e Hospital de Caridade

⁶⁴ Conforme CMS/SM, Ata nº 016, Reunião extraordinária, 5 de maio de 2008.

(Continuação) Fevereiro/2008	o Hospital de Caridade volta atrás e retira-se da parceria para não contrair dívidas trabalhistas da COOPFER ex-proprietária do Hospital Casa de Saúde	O CMS é informado da situação pela Secretária Municipal de Saúde
Março e Abril/2008	Reuniões com Ministério Público do Trabalho e Procuradoria Geral do Município. Informações dão conta de que a Casa de Saúde estava sendo mantida financeiramente com recursos oriundos da Prefeitura e do Hospital de Caridade	Conselheiros participam de reuniões no Ministério Público do Trabalho e com a Procuradoria do Município. Posicionam-se contrariamente aos repasses financeiros feitos pelo Hospital de Caridade à Casa de Saúde
Abril/2008	Prefeito em exercício convoca reunião com o núcleo de coordenação do CMS e solicita aprovação de novo convênio com o Hospital de Caridade	Os integrantes do CMS presentes à reunião informam ao prefeito que só a plenária é quem pode autorizar o convênio
Maio/2008	O CMS convoca reunião extraordinária para analisar a nova proposta de convênio entre Prefeitura e Hospital de Caridade para administrar o Hospital Casa de Saúde	No dia da reunião o CMS é surpreendido pela informação segundo a qual o convênio já estaria assinado. Comunica os fatos ao Conselho Estadual e Nacional de Saúde
Maio/2008	O prefeito é convidado para dar explicações ao CMS e não comparece	O CMS agenda nova reunião com o prefeito e entrega documento onde constam as divergências relativas ao convênio
Agosto/2008	O prefeito responde ao CMS	Não satisfeito com as respostas do prefeito o CMS decide procurar assessoria jurídica

Fonte: elaboração do pesquisador baseado em dados da pesquisa

Este é, nos seus principais aspectos, o contexto no qual se desenrolou a temática da Casa de Saúde nas discussões realizadas no CMS de Santa Maria, assim como algumas de suas repercussões na imprensa. Vimos que vários atores envolveram-se na questão da Casa de Saúde: o Governo Estadual e o Grupo Hospitalar Mãe de Deus, a Universidade Federal de Santa Maria e o Hospital Universitário, o Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo, a Prefeitura Municipal e o CMS. Vimos, também, que alguns integrantes do Conselho tomaram parte ativa no desenrolar dos acontecimentos. Foi assim que o Profissional Educação/Usuários esteve presente na primeira reunião realizada em janeiro de 2007 apoiando a apresentação de proposta da Universidade e do Hospital Universitário para a Casa de Saúde. A mesma pessoa foi quem recebeu em abril do mesmo ano, em meio a uma reunião do Conselho, uma ligação telefônica avisando que o prefeito concedia entrevista à imprensa sobre um acordo a ser firmado entre Prefeitura e Hospital de Caridade. Nessa mesma ocasião, o Profissional Saúde 4/Usuários, o Trabalhador 2/Usuários e o Trabalhador 3/Usuários saem da reunião do Conselho para pedir esclarecimentos ao prefeito a respeito do acordo. Em momento anterior, março de 2007, o Profissional Saúde 3/Usuários informou aos conselheiros durante reunião que o Conselho Regional de Saúde havia encaminhado uma proposta que consistia na constituição de uma Fundação, tendo inclusive o estatuto elaborado, para administrar a Casa de Saúde. Em outro momento, já no ano de 2008, o Profissional Saúde 4 /Usuários relata, aos seus pares, reunião com

representantes do Prefeito e da Procuradoria do Município cujo tema foi a pretensão da Prefeitura em estabelecer novo acordo com o Hospital de Caridade.

Foi possível, também, perceber que o Conselho oscilou nas posições que tomou ao longo desse ano e meio, pois em um primeiro momento, janeiro de 2007, aprovou resolução que encaminhava a constituição de uma Fundação, posteriormente, em janeiro de 2008, aprovou proposta de convênio que acabou não sendo estabelecido e, finalmente, em maio de 2008, firmou posição contrária ao convênio que fora estabelecido sem o seu aval.

Em todas essas ocasiões, conselheiros que ocupam posições de destaque na rede que descrevemos no capítulo anterior foram, se não os elementos principais, pelo menos elementos ativos na busca por uma solução e por uma tomada de posição do Conselho frente à questão que envolvia a Casa de Saúde. Argumento, então, que a configuração da rede, foi fator de influência para o desfecho do caso do Hospital Casa de Saúde. Indicativos desta influência podem ser percebidos nas interpretações dos próprios atores a respeito da atuação do Conselho e de suas posições a respeito do convênio.

5.2 Indicativos da influência da rede na posição do CMS sobre a Casa de Saúde

De acordo com o que vimos no capítulo anterior, a configuração da rede mostra alguns atores em posição de destaque. Há entre eles um certo entendimento de que o Conselho é composto, em parte, por pessoas com uma certa trajetória que os coloca a par da complexidade das questões debatidas naquele espaço. No entanto, outra parte dos integrantes do Conselho precisa de capacitação para um melhor entendimento a respeito das discussões que ali são travadas.

a gente deve ta pensando ai a realização de algum seminário de capacitação pros conselheiros pra ta melhorando um pouco mais a atuação dos conselheiros né, porque embora ele tenha um núcleo, vamos dizer assim, de conselheiros que já tem uma trajetória na atuação como membro de uma instancia de controle social como o conselho municipal de saúde que tem uma visão é.. um pouco mais ampla do conjunto de situações e de fatores que envolvem a questão da saúde, embora ele tenha esse núcleo, ele tem um conjunto de outros conselheiros que ainda ficam meio perdidos as vezes em determinadas discussões (...)eu acho que nesse momento o conselho ta precisando disso, que haja uma capacitação pra poder instrumentalizar melhor esses conselheiros (Entrevista, Profissional Saúde 4/Usuários).

Essa percepção também é compartilhada por outros atores, que não necessariamente encontram-se entre aqueles que ocupam posições de destaque na rede, mas que também apontam, por um lado, um grupo que precisa de qualificação para aprimorar sua atuação e, por outro, atores com trajetória em espaços de participação que têm uma compreensão mais ampla a respeito das discussões que têm lugar naquele espaço.

se tu não investir em formação de conselheiros eu acho que é complicado, nós tínhamos que ter mais fóruns, eu acho que nós tinha que ter no mínimo assim ó, no primeiro trimestre de cada ano nós tinha que promover um fórum, sentar e discutir como é que tá a situação das políticas públicas, atrelar isso a gestão, entendeu, a gestão tanto municipal quanto estadual e federal pras pessoas entenderem o que está acontecendo também né, porque a gente, claro por essa experiência que está vivendo (...) a gente tem uma visão mais macro, mas nem todo mundo que tá ali dentro sabe disso. (...) O grupo da Profissional Saúde 3/Usuários é o grupo histórico, assim vamos dizer, são os que dão sustentação na realidade, se tu for fazer uma análise, quando dá problema no conselho tu chama Profissional Saúde 3/Usuários, mas é ou não é, tu chama Profissional Saúde 3/Usuários, tu chama a Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde, tem alguns históricos que até tem... até por respeito, na construção deste Conselho,... no momento tu alguns conselheiros mais experientes assim até pela sua trajetória de militância e profissional e outros que estão crescendo, então a gente hoje vê que o conselho tá numa reavaliação de conselho...(Entrevista, Profissional Saúde 5/Prestadores Serviço)

O trecho acima sugere que, apesar de o Conselho estar passando por um momento de renovação e que parte dos seus membros precisa de qualificação, há um grupo histórico que lhe dá sustentação e que “resolve os problemas”. Outro aspecto desta mesma questão é o entendimento a respeito da pouca participação da maioria dos conselheiros:

eu acho que também os conselheiros deixam muito a desejar né, muitos conselheiros, começando a não participação pelos próprios conselheiros, pode ver ali ó, quem é que participa, pouca gente, aquilo que eu digo eu vou ganhar um monte de diploma, eu vou em tudo que é comissão, entende...um pouco é questão de disponibilidade de tempo outra coisa é querer participar, é gostar né, muitos conselheiros só vem aqui, participam da reunião ali, vão embora e adeus. (Entrevista, Profissional Educação/Usuários)

A questão da pouca participação, no relato a seguir, trás consigo outro aspecto importante no que tange à dinâmica interna do Conselho que se refere à relação entre os conselheiros e suas entidades, ou seja, o grau de estruturação das organizações que mantêm representantes no CMS e, conseqüentemente, ao tipo de posicionamento desses atores relativamente às questões sobre as quais o Conselho deve firmar posição.

Todos esses segmentos que estão ali dentro têm que ter absolutamente claro o papel que eles exercem lá dentro e inclusive a contribuição que eles tem a dar, por isso é super importante o Conselho, e acho que agora a gente tem discutido isso com o tempo, e começou a fazer, é dar espaço pra capacitação dos conselheiros(...) o CMS ele pode ter uma série de questões que ele ainda precisa avançar né, das pessoas falarem mais, de ter o retorno pra sua comunidade que talvez não seja tanto quanto deveria, tem uma série

de questões, acho que a gente podia estar capacitando e qualificando mais os nossos conselheiros né... (Entrevista, Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde)

A fala acima remete a um contexto no qual parte significativa dos atores, além de necessitarem de capacitação para que assim tenham um melhor entendimento das questões debatidas, exercem a auto representação dentro do Conselho. Não são exceções os casos de conselheiros que representam entidades que não possuem sede e que não realizam reuniões frequentes. Além disso, como foi mencionado em relato anterior, esses conselheiros não possuem trajetórias em espaços de participação, conhecimento técnico a respeito dos serviços e tampouco tem a dimensão dos impactos de certas decisões políticas.

O relato de um dos entrevistados, que na configuração da rede encontra-se no grupo dos atores periféricos, também parece apontar nesse sentido, o que por sua vez sugere a legitimidade que o grupo central construiu frente aos demais.

tem cumprido em parte mas não totalmente, até pelo desconhecimento dos conselheiros, tá mudando muito, tem muita gente nova que tá entrando, que entra no conselho dá bom dia, sai ao meio dia e diz tchau, não abre a boca, a maioria não abre a boca, então ali quem tem conhecimento domina, realmente é uns quatro ou cinco que falam, aqueles que tem mais conhecimento é que dão o direcionamento pra coisa onde vai pra votação e onde é aprovado...(Entrevista, Trabalhador 4/Usuários)

Ainda que o Trabalhador 4 utilize outros termos que não os dos relatos anteriores, parece bastante provável que eles tenham feito referência à mesma questão, ou seja, que há entre os Conselheiros um grupo que orienta as discussões e as posições que o Conselho, quando necessário, toma, tendo em vista que boa parte dos conselheiros não participa de forma efetiva. Além da pouca participação da maior parte dos conselheiros, há como que uma ausência de debate ou ao menos de divergências que apontem para a existência de pontos de vistas em conflito. E, se não há divergência, certamente há determinados pontos de vista que predominam, sustentados que são por aqueles que têm o seu discurso e suas trajetórias, reconhecidos como legítimos. Neste mesmo sentido, a fala do Profissional 3/Usuários é emblemática:

se tu for olhar no núcleo todo mundo pensa igual né, pode ver dificilmente a gente tem embates ideológicos lá dentro, né o que tem, os embates que tem são mais da forma com que vamos fazer(...)esses que eu citei, o Profissional Saúde 4/Usuários né, a Profissional Saúde 1/Trabalhadores Saúde talvez, quando tava a Profissional Saúde 7/Trabalhadores Saúde, que agora também não tá mais no Conselho, aqueles mais jurássicos (risos) e quem são os mais jurássicos? (risos) esses que eu te citei (risos) to brincando né, mas é que na verdade são as pessoas que se envolvem mais não é...e tem muitos que acabam seguindo a idéia do grupo né, lá no conselho tem um grupo que dá um suporte assim, daí os outros acabam...embora eles não sejam Maria vai com as outras, não são, mas eles são mais de ouvir do que do que de falar né... (Entrevista, Profissional 3/Usuários)

Ora, não há embates ideológicos, os mais antigos são os que dão sustentação ao Conselho porque também são os que mais se envolvem, enquanto que os demais são mais de ouvir do que de falar. Todos esses aspectos convergem no sentido de apontar a existência de um grupo que difunde propostas e pontos de vista que, conseqüentemente, acabam por influenciar as decisões que o Conselho em determinadas situações deve tomar em razão do seu caráter de instância deliberativa.

Além disso, de acordo com um dos entrevistados, eles são facilmente reconhecidos tendo inclusive um perfil identificado, que está estreitamente vinculado às suas posições dentro do, ou de seu conhecimento a respeito, do sistema político e do sistema público de saúde, assim como às suas trajetórias profissionais.

normalmente quem puxa o conselho são os trabalhadores de saúde não é, porque eles detêm a informação, é... eles vivem o dia a dia e muitas vezes eles conseguem fazer a ponte entre o possível e a necessidade né, porque nem tudo que tu precisa as vezes é possível...e o trabalhador ele tá nessa posição, por que ele conhece os dois lados, ele conhece o governo, ele conhece os problemas administrativos, ele conhece as dificuldades, ele conhece e...também ele conhece os usuários, ele sabe quais as necessidades, então ele tá no meio, então normalmente os conselhos... o ator quando se usa o ator principal nos conselhos normalmente são os trabalhadores em saúde. (Entrevista, Profissional Saúde 3/Usuários)

Aqui, também, diferentes aspectos convergem para o entendimento daquilo que, no capítulo anterior, foi descrito como os elementos que os atores acionam, no sentido de se fazer reconhecer e ter os seus pontos de vista aceitos como legítimos pelos demais: o capital cultural e o capital político, dos quais alguns atores são detentores. Da mesma forma, o trecho da entrevista acima indica, em linhas gerais, o perfil dos atores que ocupam as posições centrais na rede, Profissionais da saúde com formação de nível superior e experiência junto a diferentes níveis da administração pública e em instâncias de controle social.

Como é possível perceber, há elementos suficientes para apontar a existência de uma rede de atores que influencia as tomadas de posição do Conselho. Tal influência deve-se por um lado, em razão da pouca participação da maioria dos seus integrantes, talvez fruto das dificuldades em compreender a complexidade que algumas questões apresentam e, por outro lado, pela atuação de pessoas com uma determinada trajetória profissional e de militância no SUS, que tem suas posições e propostas reconhecidas como legítimas. Mas até que ponto essa influência reflete nos posicionamentos individuais dos atores com relação ao convênio que a Prefeitura Municipal firmou

com o Hospital de Caridade? Argumento que as interpretações dos atores podem nos indicar algo a respeito.

É um convênio que pra mim não existe dentro da lei, o conselho não aprovou, pelas diretrizes da lei, vamos dizer, todo convênio tem que passar pelo conselho pra ser aprovado ou não, se não for aprovado no conselho e for pra o executivo e o executivo, ele não pode, vamos dizer, dar um canetaço e mandar valer, ele tem que pedir modificações pro conselho e devolver de novo pro conselho(...) o único problema do convênio é trocar uma vírgula e uma palavra, o conselho gestor da casa de saúde tem que ser deliberativo ponto final, é isto só que manda a lei, nós não queremos mais nada, nós já aparamos as arestas é só este ponto, mas o Caridade aceita? ele não aceita... (Entrevista, Trabalhador 3/Usuários)

A fala do Trabalhador 3/Usuários traz à tona um ponto central na divergência entre o Conselho e a Prefeitura, o caráter da câmara técnica ou conselho gestor. Além disso, é mencionado o fato de o prefeito ter desconsiderado a avaliação do órgão de controle social, exatamente na mesma linha que outros atores pontuaram. O que é significativo nesse caso é que o ator foge do perfil que tem os considerados centrais, pois além de não ter trajetória longa em espaços de participação, não representa entidade sindical, não é trabalhador da área da saúde e tampouco é filiado ou militante de partido de esquerda, pelo contrário. Outras interpretações ainda que mais amplas, contêm elementos em comum:

Eu acho assim que houve um atropelo, entende, por parte do prefeito por ele não ouvir o Conselho, o Conselho tinha muitas sugestões, tinha dado opiniões sobre o novo convênio que não foram ouvidas, não foram consideradas, então eu nunca concordei com essa questão do convênio do hospital de caridade com a prefeitura sobre o assunto da casa de saúde...também pelo fato de que o hospital de caridade não ter a mesma filosofia que tínhamos lá na casa de saúde, que era cem por cento atendimento SUS, era pra ser um hospital público cem por cento SUS, e não concordamos com a privatização desse hospital... e outra que o município pagou um milhão e meio pela desapropriação e o hospital continua sendo administrado pelo setor privado, então tá uma situação dúbia e com isso o conselho realmente não concorda, como é que pode o município dando dinheiro público pra uma instituição administrada por uma firma, porque o hospital de Caridade é uma firma né, privada. (Entrevista, Profissional Saúde 8/ Usuários)

Há, ainda, quem lembre da posição inicial do Conselho, de constituir uma Fundação para administrar a Casa de Saúde, no mais os elementos são basicamente os mesmos, ou seja, o repasse de verbas para uma instituição privada e Câmara técnica não deliberativa.

na verdade é assim ó, a gente tá tirando dinheiro que é público e tá dando pra uma iniciativa administra a casa...porque na verdade o pensamento nosso como conselheiros era fazer uma fundação né... o compromisso do próprio governo que tá aí hoje era desapropriar e tocar se não fosse uma fundação no mínimo tocado com os hospitais públicos, o universitário e outros aí tarem nos ajudando... não dessa maneira que foi... e a outra que a gente não concorda é da maneira que veio o convênio, esse convênio veio pra nós tirando toda a nossa autonomia como conselheiros, porque nós também defendíamos uma câmara técnica lá dentro, acho que tú tá lembrado disso né, e essa câmara técnica que a gente queria ela não seria consultiva e sim deliberativa e fiscalizadora e eles também não aprovaram isso, foi o momento que a gente trancou o

pé e não concordamos com esse convênio, por causa disso. A câmara técnica eles até aceitavam, mas não deliberativa nem fiscalizadora, era consultiva. Quer dizer, repassar dinheiro público pra lá e nós simplesmente ia dar aval só. Nós queríamos era fiscalizar... (Entrevista, Trabalhador 5/Usuários)

Como se percebe, os relatos apresentados convergem, e os últimos três atores mencionados estão, todos, entre aqueles que ocupam posições periféricas na rede, proporcionando uma posição quase consensual, ao menos nos seus aspectos principais. Considerando que a rede de atores, conforme apresentada no capítulo anterior, apresenta-nos alguns elementos de destaque e que há, entre os entrevistados, o reconhecimento da existência de um grupo que resolve os problemas, que direciona ou influencia os demais conselheiros, não parece descabido sugerir que há alguma influência da configuração da rede na tomada de posição dos atores frente à questão Casa de Saúde.

Também como já foi mencionado, a influência dos atores centrais junto aos demais atores que compõem a rede, está fundamentada nos termos em que Bourdieu definiu o capital cultural e o capital político, ou seja, recursos acionados pelos atores para aglutinar em torno de si, a partir da legitimidade do conhecimento técnico e do reconhecimento e confiança do qual são detentores, outros atores com o objetivo de defender interesses ou pontos de vista semelhantes ou, pelo menos, não contraditórios e excludentes. Nesse sentido, também parece adequado falar na existência de uma *policy community* atuante no CMS.

Cabe, ainda, uma última palavra sobre o ator Trabalhador 1/Usuários, o único que além de aparecer na configuração da rede como nó sem conexão foi, também, o único a expor uma posição claramente contrária aos demais e, conseqüentemente, à rede enquanto *policy community* que, como procurou-se demonstrar, atua no CMS de Santa Maria.

Este ator aparece sem conexão porque não mencionou ninguém como fonte de informação tampouco como importante. Muito pelo contrário, segundo ele o Conselho é um espaço dominado pelo partido do governo municipal e, conseqüentemente, por pessoas que manipulam os demais e que não dão importância para o SUS:

não é aquele conselho que a gente via uns anos atrás. É aqueles interesses particular que eu coloquei, partidários, porque não se pode, eu sempre recordo do nosso coordenador geral da UAC que era do tempo que eu trabalhei na coordenação da UAC, que ele sempre dizia assim, pessoal... quando o pessoal queria discutir alguma coisa... eu sempre digo o P tem que ficar lá fora, que é o partido, aqui dentro nos temo que discutir a comunidade, a saúde, da porta pra fora nos discutimo política, e é isso que tá acontecendo no conselho infelizmente...então tem algumas coisas que quando eles

acham que não serve... pro governo eles trancam... quando eles acham que serve o governo eles são a favor, e agora ta num patamar de que eles não tão se acertando...tem aqueles que já tem seu convênio (plano de saúde), não tão nem preocupado com o SUS, se fecha o hospital ou se não tiver atendimento no pronto socorro não tão preocupado porque eles tem né... eu penso diferente...

Ele vai além, e afirma categoricamente ser favorável ao convênio entre a Prefeitura e o Hospital de Caridade, tendo inclusive dado esta declaração em uma entrevista a uma rádio local:

sobre esse convênio quando foi assinado um conselheiro lá um conselheiro foi na rádio de Santa Maria e deu entrevista falando que o conselho tava entrando no ministério público contra o convênio que o convênio não era bem assim que não podia ser bem assado e tal e nós, eu e outro companheiro, ouvimos fomos lá e pedimos espaço e falamos que nós era favorável porque pensamos no atendimento da população e tal e esses conselheiros que estavam nos vendo e sendo contra era porque não tinham necessidade de ser atendido pelo SUS e talo conselho por maioria né maioria dos votos venceu entrar no ministério público não concordando com algumas questões do convênio, então vê, ao invés do conselho estar pensando na população no atendimento ele esta pensando em alguns... em algumas coisinhas mínimas que tem as vezes detalhes que eles querem que seja de uma maneira e evidentemente da outra parte o gestor não concorda, mas em vez de eles sentarem e tentarem o entendimento eles preferiram entrar no ministério público...(Entrevista, Trabalhador 1/Usuários)

Como fica evidente, este ator não só é destoante como não faz parte da rede aqui apresentada, tendo em vista que seus posicionamentos são outros. Ele aparece entre os entrevistados porque uma das relações investigadas foi a de divergência, que acabou não sendo analisada em maiores detalhes por ter apresentado densidade menor do que aquelas que optamos por trazer à tona.

Por outro lado, este ator ao não fazer parte da rede que atua no Conselho, sinaliza a existência de uma outra rede à qual está, de alguma forma, vinculado e que, em alguns momentos, pode estar atuando no Conselho, mas que não o utiliza como lócus privilegiado para influenciar os rumos das políticas de Saúde na cidade de Santa Maria.

Tanto é assim que, outros atores que defendem ou tinham interesse no referido convênio, como o prefeito, o Hospital de Caridade, o Governo Estadual e o Hospital Mãe de Deus não elegeram o CMS como o espaço principal para defenderem seus pontos de vista ainda que em uma ou outra oportunidade alguns tenham participado de reunião daquele fórum a respeito do tema. De maneira que, a questão relativa a quem são os demais atores que compõem a rede da qual o Trabalhador 1/Usuários é um dos integrantes, como se articulam etc., é assunto para outro trabalho tentar responder.

5.3 Considerações Finais

Em análises de experiências de participação, como a que foi objeto desse estudo, focar as relações que os atores estabelecem entre si considerando a correlação delas com a distribuição de poder ou influência resultante e condicionante das interações possibilita uma apreensão desses fenômenos como processos complexos, social e historicamente situados que são.

A partir dos dados apresentados e analisados, procurou-se caracterizar o contexto no qual a rede de atores que atua no CMS se posicionou frente às diferentes propostas discutidas em Santa Maria as quais objetivavam encontrar uma solução para o Hospital Casa de Saúde.

Vimos que há entre os atores um determinado grupo que, ao ocupar posições centrais na estrutura relacional, exerce influência no conjunto da rede e nas decisões que são tomadas no âmbito do Conselho. Nesse contexto, destaque-se o papel dos profissionais da saúde e das entidades sindicais como os atores que, a partir dos seus capitais políticos e culturais, se fazem reconhecer como os detentores de conhecimento e legitimidade. Assim, esses atores mobilizam em torno de si outros atores para defender determinados pontos de vista ou propostas a respeito das políticas de saúde em Santa Maria, no caso analisado, as diferentes posições do Conselho em relação ao convênio entre a Prefeitura Municipal e um hospital privado para administrar a Casa de Saúde

6 CONCLUSÕES

A primeira conclusão possível de ser feita é que, tanto as atividades inerentes à pesquisa científica, quanto os fenômenos sob estudo, são processos complexos e dinâmicos, que envolvem estratégias de ação, escolhas pessoais e, conseqüentemente, políticas. Em ambos os casos, diferentes relações são estabelecidas, enquanto que nas atividades de pesquisa estabelecem-se relações entre pesquisador e protagonistas da pesquisa, orientador e, referenciais teóricos e metodológicos, nos fenômenos investigados observa-se relações entre os atores, entre eles e suas organizações e entre as organizações.

No que diz respeito aos dados apresentados e analisados é possível também chegar a algumas conclusões. Com relação à institucionalização do espaço de participação da sociedade civil na gestão das políticas de saúde no município de Santa Maria, vimos que o caso em estudo segue um padrão segundo o qual sua origem decorre da adaptação de órgão antecessor, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. Vimos também que, em linhas gerais, a atual organização e composição interna do Conselho Municipal de Saúde respeita os mandamentos legais em vigência.

Também é possível concluir que, no espaço institucional de participação da sociedade civil na gestão das políticas de saúde, em Santa Maria, há uma rede de atores atuante, cujos integrantes, por diferentes motivos procuram influenciar as políticas locais. Esses atores, também por motivos os mais variados, elegeram o espaço do Conselho Municipal de Saúde como o lócus principal para de alguma forma influenciar as decisões que dizem respeito aos serviços públicos de saúde desenvolvidos naquele município.

A atuação desses atores ocorre em um contexto no qual padrões sócio-históricos de relações entre gestores municipais e a instância de participação deslocam-se na direção de um patamar de maior diálogo e reconhecimento. Esse novo patamar esteve associado à ascensão, ao governo do município, após vitória no pleito eleitoral do ano 2000, de uma coalizão político-partidária de esquerda, liderada pelo Partido dos Trabalhadores e pelo prefeito Valdeci Oliveira, cuja trajetória inclui militância em associação de moradores, sindicato e partido, além das atividades como parlamentar no município e na câmara federal. No entanto, por ocasião do fechamento do Hospital Casa de Saúde, no final de 2006, e das propostas e ações que

mobilizaram diferentes atores sociais com o objetivo de reabrir o hospital nos anos de 2007 e 2008, as posições adotadas pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo poder executivo municipal colocaram-se novamente em oposição.

No espaço do Conselho, os atores interessados em influenciar as políticas de saúde no município estabelecem relações entre si. Mas suas relações não se restringem a tal espaço, tendo em vista que esses atores participam de diferentes esferas de sociabilidade, nas quais muitas vezes se encontram e se relacionam. O Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, nesse sentido, consiste no lócus privilegiado para identificar os atores proeminentes na arena política da área e, para caracterizar as relações que eles estabelecem com vistas a influenciar o processo decisório a respeito das políticas de saúde naquela cidade. Essas relações, como vimos, são relações de ordem imaterial e envolvem o reconhecimento e legitimidade a respeito do conhecimento acerca de pontos de vista e propostas para o setor saúde. As relações entre os atores no Conselho, enquanto lócus político, conformam uma estrutura relacional na qual cada ator ocupa posições distintas e cujo poder de influência é variável. A estrutura relacional resultante e condicionante das interações entre os atores distribui de tal forma, entre eles, o poder de influenciar as decisões do Conselho que alguns atores assumem posições de maior destaque frente aos demais.

Dentre as características da rede descrita nesta dissertação estão, sua baixa conectividade expressa nos indicadores relativos à sua densidade e, sua tendência à centralização em mais de um ator conforme os indicadores para o grau de centralização. A configuração da rede, considerando as diferentes posições ocupadas pelos atores, sugere a existência de grupos distintos de atores que exercem mais ou menos influência no conjunto da rede. Como vimos, foi possível identificar um grupo central, em torno do qual gravitam um grupo intermediário principal, um grupo intermediário secundário e um grupo periférico.

Assim, vimos que o grupo periférico, predominantemente, é constituído por atores ligados às associações de moradores e entidades sindicais representantes do segmento dos usuários, os quais não tem formação e atuação profissional na área da saúde. No grupo intermediário secundário, os atores são profissionais de nível superior na área da saúde ligados aos segmentos do governo, dos trabalhadores em saúde e dos prestadores de serviço. No grupo intermediário principal, aquele que mais se aproxima do grupo central no que diz respeito à importância

relativa dos atores, temos uma composição mais heterogênea marcada pelas diferentes formações profissionais, as quais abrangem atores com formação superior na área da saúde e da educação e formação de nível médio. Os atores do grupo intermediário principal estavam ligados aos segmentos de usuários e de trabalhadores em saúde. No grupo central, foram identificados os atores de maior destaque e que desempenham, frente aos outros, papel relevante no âmbito das discussões sobre as políticas de saúde em Santa Maria. Este grupo estava composto por atores que, de forma geral, têm uma trajetória de envolvimento em espaços de participação, formação de nível superior na área da saúde, e que, quando conselheiros, estavam representando entidades sindicais ligadas aos segmentos dos trabalhadores em saúde e dos usuários. Nesse sentido, temos que os atores de maior destaque no conjunto da rede, são aqueles que ao longo de suas trajetórias acumularam maior volume relativo de capital cultural e capital político. Dessa forma, esses atores se fazem reconhecer pelos demais e têm seus pontos de vista e propostas reconhecidos como legítimos.

Os aspectos relacionados aos atores centrais na estrutura da rede sugerem uma certa inércia, ao longo do tempo, em tal estrutura tendo em vista que há, entre eles, atores com trajetória tão longa quanto a do próprio espaço em questão, ou seja, o Conselho Municipal e seu órgão antecessor, a CIMS. Estudos futuros poderiam investigar quais os fatores que concorrem tanto para permanências como para mudanças na estrutura da rede e na correlação de forças que influencia o processo decisório que tem lugar em espaços como o Conselho.

Também foi possível perceber que, além dos atores da rede que foi descrita e que atua no Conselho, há outros atores que possivelmente atuam em rede, mas, ao menos no que respeita às questões referentes ao Hospital Casa de Saúde, não escolheram aquele fórum como o principal espaço para defenderem seus interesses e propostas. Como vimos, dentre esses atores estavam o Governo estadual, o Hospital Mãe de Deus, O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a Prefeitura Municipal e o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Nenhum deles, ainda que em uma ou outra oportunidade tenham participado de reuniões no Conselho, entendeu o espaço do Conselho como o mais propício para debater seus pontos de vista e propostas para o Hospital Casa de Saúde e através disso influenciar o processo de decisão sobre a política de saúde municipal para que suas propostas fossem implementadas. Nem mesmo o HUSM, a Prefeitura Municipal, o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo e Governo estadual, que têm representantes formais no CMS, elegeram o

Conselho como espaço estratégico na defesa de seus interesses. Foi assim que a UFSM e o HUSM elaboraram proposta para reabrir o Hospital Casa de Saúde, que foi respaldada pela administração municipal sem que houvesse sido discutida no CMS, ainda que tenha contado com o apoio de alguns conselheiros. A proposta foi feita diretamente ao Secretário Estadual de Saúde, o qual só tornou pública a proposta de parceria a ser estabelecida com o Grupo Hospitalar Mãe de Deus após o anúncio, por parte da Prefeitura, da intenção de firmar convênio com o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo.

Também foi possível perceber que, nas discussões que foram travadas no Conselho Municipal de Saúde a respeito dos rumos do Hospital Casa de Saúde, os atores envolvidos eram oriundos de lugares institucionais distintos, o que por sua vez trouxe a tona aspectos relativos às disputas a respeito de como devem ser conduzidas as políticas de saúde na arena da política de saúde estadual e municipal e, aos interesses dos prestadores públicos e privados de serviços de saúde. Isto decorre, como vimos, das diferentes posições adotadas pelo gestores estaduais e municipais a respeito de como resolver a situação do Hospital Casa de Saúde, assim como das diferentes propostas feitas pelos prestadores de serviços envolvidos na questão como o Hospital Universitário, o Grupo Hospitalar Mãe de Deus e o Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo.

Além disso, os achados da pesquisa vão ao encontro de alguns aspectos destacados por parte da literatura que, até então, têm sido pouco abordados em análises a respeito de processos de participação de atores da sociedade civil na gestão de políticas públicas, tais como: a emergência de *policy communities* atuantes nesses espaços, a questão da representação profissional dentro dos conselhos, a influência de outras instituições (poder executivo, por exemplo) e as trajetórias dos atores no âmbito dos espaços participativos.

Como vimos, a rede de atores atua enquanto *policy community* no Conselho Municipal de Saúde na medida em que constitui um subgrupo, na rede de política, que se articula em torno de interesses comuns ou, pelo menos, não contraditórios. Também foi possível perceber que, na *policy community* os profissionais da saúde têm exercido papel importante com representação nos diferentes segmentos, em especial no dos usuários e dos trabalhadores em saúde. Vimos, ainda, que a trajetória dos atores e as posições do Poder executivo com relação ao reconhecimento da legitimidade do caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde são fatores importantes para a análise do processo em estudo.

Por fim, a pesquisa mostra que, por mais democráticos e participativos que possam ser espaços como o Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, eles ainda estão dependentes da posição que o poder executivo assume com relação à sua legitimidade para deliberar em nome da coletividade. Os dados da pesquisa reforçam esta situação na medida em que o período focado estava relacionado a um contexto um pouco mais amplo, no qual as relações entre o Conselho e o executivo municipal caminhavam na direção de maior diálogo, assim como do reconhecimento e legitimação do caráter deliberativo do Conselho, mas que, no entanto, culminou com a adoção, por parte dos gestores, de medidas que desconsideravam as decisões tomadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, é possível afirmar que, no tocante às questões relativas aos problemas enfrentados pelo Hospital Casa de Saúde, o espaço do Conselho Municipal de Saúde foi muito mais um espaço de debate e de comunicação a respeito das propostas que buscavam solucionar a questão, do que um espaço de tomada de decisão a respeito de qual solução seria adotada.

REFERÊNCIAS

ADAM, Silke; KRIESI, Hanspeter. The Network Approach. In: Paul A. Sabatier (Editor); *Theories of the Policy Process*. Cambridge: Westview Press, 2007.

ARBORIO, Anne-Marie; FOURNIER, Pierre. Collecter les matériaux In: *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*. Paris: Nathan Université, 2001.

ÁLVAREZ, O A.V.; AGUILAR, G.N. *Manual Introductorio al análisis de redes sociales*. Junio 2005. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/Manual_ARS.pdf Acesso em 20 fevereiro de 2009.

BICHR, Renata Mirandola; CASTELLO, Graziela; LAVALLE, Adrián Gurza. *Os bastidores da sociedade civil: protagonismo, redes e afinidades no seio das organizações civis*. CEBRAP, Novembro/2006.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Lisboa: Ed. Difel; Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.

_____. Os três estados do capital cultural. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Orgs.). *Escritos de Educação*. 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. *Razões Práticas Sobre a Teoria da Ação*. Ed. Papirus, Campinas/SP, 7ª Edição, 2005.

BRAGA, J. C. de Souza; PAULA, S. Góes. *Saúde e Previdência: Estudos de política social*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: *Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre, v.9, p.11-47, 1998.

_____. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato Monseff; FUCKS, Mário (orgs.). *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

_____. Fóruns participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO, Catia; COELHO, Denílson Bandeira; MELO, Marcus André. (Orgs.). *Desenho Institucional e Participação Política: experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005 a.

_____. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. In: *Educar*. Curitiba: Editora UFPR, n. 25, p.143-174, 2005 b.

CUNHA, Eleonora S. Martins. O potencial de Conselhos de Políticas e Orçamentos Participativos para o aprofundamento democrático. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Orgs.). *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2007.

DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana. Introdução. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Orgs.). *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2007.

DAVID, Clarete Teresinha N. de. *Representantes e representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DRAIBE, Sônia M. *Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis*. In: PNUD - Taller Inter-Regional “Protección Social en una Era Insegura: Un Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas en Respuesta a la Globalización”. Santiago, Chile – 14/16 mayo/2002.

FERNANDES, Antonio Sérgio; BONFIM, Washington Luís. A democratização da gestão municipal no Brasil: a abordagem teórica do objeto. In: LUBAMBO, Catia; COELHO, Denílson Bandeira; MELO, Marcus André. (Orgs.). *Desenho Institucional e Participação Política: experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005.

FONTES, Breno A. S. M.; STELZIG, Sabrina. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de relé social como mecanismo criador de novas redes sociais. *Política e Sociedade, Revista de Sociologia e Política/Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina*. Florianópolis/SC, Vol. 3, nº5, p. 55-76, 2004.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George. (Editores). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. revista e atualizada, Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

GONZALÉZ, Rosa Luz; MOLINA, José Luiz. Introducción: Redes para repensar lo social. In: *REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales*. Vol. 4 nº1, jun/jul 2003. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es>> Acesso em 04 de agosto de 2008.

HAGUETE, Maria Teresa F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1995.

HANNEMAN, Robert. *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales*. Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside. 2000 Disponível em: <<http://wizard.ucr.edu/~rhannema/networks/text/textindex.html>> Acesso em 05 de agosto de 2008.

KADUSHIN, Charles. *Introduction to social network theory*. February 17, 2004. Disponível em: <<http://home.earthlink.net/~ckadushin/Texts/Basic%20Network%20Concepts.pdf#search%22charles%20cadushin%20chapter%201%22>> Acesso em 24 de outubro de 2007.

KLIJN, E.H. *Redes de políticas públicas: una visión general*. Tradução de Mariângela Petrizo do original: Klijin, E.H. – Policy networks: an overview. In: KICKERT, W.J.M.; KOPPENJAN, J.F. (Ed.), *Managing complex networks*. London: Sage, 1998. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf>> Acesso em 04 de agosto de 2008.

LEMIEUX, Vincent; OUIOMET, Mathieu. *Análise Estrutural de Redes Sociais*. Lisboa: Divisão Editorial Instituto Piaget, 2004.

MARQUES, Eduardo César. Redes sociais e Estado Brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, Vol. 21 n° 60, fevereiro/2006.

_____. Os mecanismos relacionais. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, Vol. 22 n° 64, junho/2007.

_____; BICHIR, Renata; PAVEZ, Thais; ZOPPI, Miranda; MOYA, Encarnación; PANTOJA, Igor. *Redes pessoais e pobreza: considerações preliminares para as políticas públicas*. In: Seminário Temático 25 Políticas Públicas – Métodos e Análises. XXXI Encontro Anual da ANPOCS, 2007, Caxambu. Anais...São Paulo: ANPOCS, 2007.

MENICUCCI, Telma M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. In: *Sociologias*. Porto Alegre, ano 9, n°17, jan/jun. 2007.

NEVES, Ângela Vieira. Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da participação da sociedade civil. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Orgs.). *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2007.

PATRÍCIO, Zuleica Maria; GRISOTTI, Marcia; *A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

PAVEZ, Thais R.C. *Políticas públicas e ampliação de capital social em comunidades segregadas: o programa Santo André mais igual*. Dissertação de Mestrado em Ciência Política/Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PERISSINOTTO, Renato Monsseff; FUCKS, Mário. Recursos, influência política e cultura cívica nos conselhos gestores de Curitiba. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Orgs.). *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2007.

PORTUGAL, Sílvia. *Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica*. Oficina do CES (Centro de Estudos Sociais/Universidade de Coimbra), n° 271, março de 2007. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf>. Acesso em 21/02/2008.

SILVA, Marcelo Kunrath. Dos objetos às relações: esboço de uma proposta teórico-metodológica para a análise dos processos de participação social no Brasil. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Orgs.) *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2007.

SANTA MARIA, Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2009-2012*. Dezembro de 2008.

SILVA, Marcelo Kunrath; MOURA, Joana T. V. de. *Atores sociais em espaços de ampliação da democracia: redes sociais em perspectiva*. Trabalho apresentado no 31º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu/MG, 22 a 26 de outubro de 2007.

SOUZA, Marcelo M. C. *Trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos 1930 aos anos 1990*. Texto para discussão n° 852, Brasília/DF: IPEA. 2001.

TEIXEIRA, Sonia M. F; GIOVANELLA, Ligia; GERSCHMAN, Silvia; LABRA, Maria E.; VALTSMAN, Jeni – Textos de Apoio: *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro, ENSP, 1988.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VILLASANTE, Tomás R.; MARTÍ, Joel – Presentación del monográfico. In: *REDES. Revista Hispana para el análisis de redes sociales*. Vol. 11 n°1, Diciembre 2006. Disponível em: <http://revista-redes.rederis.es> Acessado em 04 de agosto de 2008.

WASSERMAN, Stanley.; FAUST, Katherine. *Social network analysis: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press, c1994, 2007.

APÊNDICE A - Roteiro entrevistas

Identificação do entrevistado

Nome; Idade; Escolaridade; Estado civil; Filhos.

1-trajetória profissional/de trabalho.

1.1-Que atividade remunerada desenvolve atualmente;

1.2-Que outras atividades remuneradas já desenvolveu;

2-sobre trajetória sindical

2.1-É filiado a sindicato; 2.3-há quanto tempo; 2.4-exerceu cargos de direção;

3-Sobre vínculos com partidos políticos

3.1-É ou foi filiado a partido político; 3.2qual/quais; 3.3-por quanto tempo; 3.4-exerceu cargos de direção (municipal, estadual, nacional); 3.5-se foi e não é mais, porque? 3.6-Se não é filiado, é simpatizante de algum?

4-Sobre trajetória como conselheiro (se for conselheiro)4.1-É conselheiro desde quando? 4.2-Representou sempre o mesmo segmento e entidade? 4.3-Já atuou em outros conselhos? 4.4-Quais? 4.5-Qual a razão/motivação para atuar como conselheiro?

5-Sobre relações com outros conselheiros

5.1-Tem relação afetiva/familiar/parentesco com algum dos atuais (e antigos) conselheiros?

5.2-É ou foi colega de escola, faculdade ou pós-graduação de alguém que é ou foi conselheiro? Pode dizer o nome?

5.3-É ou foi colega de trabalho de alguém que é ou foi conselheiro? Como é/era a relação com ele (s). Pode dizer o nome?

5.4-Tem algum amigo pessoal que é ou foi conselheiro? Pode dizer o nome?

5.5-Já militou em alguma organização ou mov. social com algum dos atuais (e antigos) conselheiros? Em qual ou em quais organizações? (associação, sindicato, partido, igreja, ONG, mov. social ou estudantil). Pode dizer o nome dessas pessoas?

5.6-Dentre os atuais conselheiros (e os que foram conselheiros nos últimos anos), cite o nome daqueles com os quais houve ou há possibilidade de haver divergência com relação a temas polêmicos discutidos no CMS. (ex de tema polemico, a homologação de conselheiros da uac que eram cc do gov municipal ou, o convenio casa de saúde)

5.7-Dentre os atuais conselheiros (e os que foram conselheiros nos últimos anos), cite o nome daqueles com os quais houve ou há possibilidade de haver concordância com relação a temas polêmicos discutidos no CMS. (ex de tema polemico, a homologação de conselheiros da uac que eram cc do gov municipal ou, o convenio casa de saúde).

5.8-Se, com relação a algum tema discutido no conselho, lhe faltassem informações suficientes para tomar uma posição, a quem você poderia solicitá-las? Essa pessoa é ou foi conselheiro?

5.9-Você poderia citar o nome ou os nomes de conselheiros (ou não) que no seu ponto de vista desempenham ou desempenharam papel importante no CMS? Qual ou quais?

6-Posições sobre o SUS e sobre o CMS

6.1-Qual a sua posição com relação ao convenio firmado entre a prefeitura e o hospital de caridade para administrar a casa de saúde?

6.2-Qual é a importância do conselho municipal de saúde

6.3-Voce acredita que o CMS tem cumprido o seu papel no contexto do SUS?

6.4-Você acredita que o SUS deve poder ser acessado universalmente, ou seja, por todos, ou só por quem não pode pagar assistência médica particular ou plano de saúde?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto de Pesquisa: “**Redes sociais e participação política: um estudo de caso sobre o conselho municipal de saúde de Santa Maria**”

Pesquisador: Carlos Alberto da Cruz Azambuja Junior

Orientadora da Pesquisa: Profª Drª Soraya Maria Vargas Cortes

Eu, _____ informo que fui esclarecido (a) livre de qualquer tipo de constrangimento ou coerção que a pesquisa acima declarada, de autoria do pesquisador acima indicado, tem por objetivo compreender a dinâmica das relações entre os atores sociais integrantes do Conselho Municipal e Saúde de Santa Maria e demais atores que contribuem com a construção das políticas municipais de saúde no município.

Os dados poderão ser divulgados e publicados, mantendo, contudo o anonimato da minha pessoa.

Fui igualmente informado (a) que tenho assegurado o direito de:

- a) Receber resposta para todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- b) Retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- c) Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Observações:

- Este documento é apresentado em duas vias, uma ficando em posse do informante e a outra do pesquisador.

Para qualquer esclarecimento está à disposição o e-mail: tchejr@hotmail.com e o telefone: 0xx 55 9171 9773 ambos do pesquisador e, o endereço do Programa de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Avenida Bento Gonçalves nº 9500, Prédio do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) sala nº103, Campus do Vale, Bairro Agronomia, Porto Alegre/RS, CEP 91509900, Fone:(51)33086635, e-mail: ppgsoc@ufrgs.br e a pagina de internet <http://www.ufrgs.br/ppgs>.

Santa Maria, _____ de 2008.

Participante

Pesquisador