

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E O
PROCESSO DE DECISÃO SOBRE A POLÍTICA
DE SAÚDE MUNICIPAL**

Andréa Valente Heidrich

Porto Alegre, dezembro de 2002

Andréa Valente Heidrich

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E O PROCESSO DE DECISÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof.^a Soraya M. Cortes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

Pós Graduação em Sociologia

2002

AGRADECIMENTOS

A etapa do trabalho dedicada aos agradecimentos normalmente é a última, mas a mais emocionante. É o momento em que paramos e lembramos das pessoas e instituições que colaboraram na construção destas páginas e, principalmente do conhecimento produzido.

Agradeço imensamente aos meus pais pelo incentivo, apoio (emocional, afetivo e financeiro) e tolerância nos momentos em que ficamos distantes – tanto quando tive que morar em Porto Alegre para acompanhar as aulas, como depois, na produção do trabalho e na reprodução da vida.

Agradeço à Prof.^a Soraya Cortes, minha orientadora, pacenciosa com minhas “amarrações” e constantes dúvidas e questionamentos, e suas brilhantes contribuições para a análise da prática dos conselhos de saúde.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, especialmente na pessoa do presidente Dr. Humberto José Scorza, exemplo de militante da reforma sanitária e da construção do SUS. Obrigada também às secretárias Jane e Silvia pelas horas que passaram me fornecendo documentos e informações do CMS.

A todos os conselheiros entrevistados, pela dedicação e atenção às minhas questões e disponibilidade em conversar comigo por alguns instantes.

A CAPES, pelo auxílio financeiro, sem o qual não teria como me manter em Porto Alegre por quase dois anos.

Especialmente, agradeço e dedico este trabalho ao meu companheiro e amigo, Rodrigo Brod Méndez, que me escutou, entendeu e aceitou todos os meus momentos de idas e vindas na construção destas páginas que seguem.

Muito obrigada.

SUMÁRIO

SIGLÁRIO	07
LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS	10
RESUMO	11
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – Processo de descentralização do Estado e os mecanismos de participação	20
1.1 Reforma do Estado capitalista e descentralização.....	20
1.2. Instituições atores envolvidos em processos descentralizantes e participatórios.....	30
1.3 Participação e controle social.....	33
1.4 Considerações finais.....	38
CAPÍTULO 2 – Trajetória da participação na Política de Saúde no Brasil	40
2.1. Mecanismos de participação nas origens da Política de Saúde Brasileira (1900-1930).....	40
2.2 O segundo período da política de saúde: contenção de recursos e da participação (1930-1945).....	43
2.3 Ampliação da cobertura e dos recursos como reflexos do Welfare State (1945-1964).....	45
2.4 O período autoritário : intensificação da centralização (1964-1980).....	47
2.5 Anos 80 – gestando a participação na área da saúde.....	51
2.6. O Sistema Único de Saúde e os Conselhos de Saúde (da Constituição de 88 até a atualidade).....	55

2.7. Considerações finais.....	61
CAPÍTULO 3 – O Município de Porto Alegre: participação política e criação do Conselho Municipal de Saúde.....	63
3.1. O município de Porto Alegre: caracterização geral.....	63
3.2. Participação popular em Porto Alegre.....	68
3.3 Organização do sistema de saúde em Porto Alegre.....	72
3.4 A formação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	77
3.5. Considerações finais.....	81
CAPÍTULO 4 – O processo de decisão sobre a política de saúde em Porto Alegre.....	83
4.1. O CMS de Porto Alegre – normatização e funcionamento.....	83
4.2. O processo de decisão no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	86
4.2.1. As pautas de discussão no CMS de Porto Alegre.....	87
4.2.2. Frequência dos conselheiros às reuniões do CMS de Porto Alegre.....	93
4.2.3. Atores que predominam no processo de decisão do CMS de Porto Alegre.....	102
4.3. Considerações finais.....	108
CONCLUSÃO.....	110
BIBLIOGRAFIA.....	115
ANEXOS.....	123

SIGLÁRIO

ABRANGE -	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADUFRGS	Associação dos Docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
AGAPAN	Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAIS Mental	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMCE	Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados
CMPA	Câmara Municipal de Porto Alegre
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde

CNT	Conselho Nacional do Trabalho
CONAM	Confederação Nacional de Associação de Moradores
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONIC	Conselho Nacional das Igrejas Cristãs
COSMAM	Comissão de Saúde e Meio Ambiente
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FIERGS	Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOM	Lei Orgânica Municipal
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista

PED	Pesquisa de Emprego e Desemprego
PIB	Produto Interno Bruto
PREV-SAÚDE	Programa nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROCOM	Proteção e Defesa do Consumidor
PSF	Programa de Saúde da família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RMPA	Região Metropolitana de Porto Alegre
SAMU	Serviço de Pronto-Atendimento Municipal à Urgência
SETEC	Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde
SIMPA	Sindicato dos Municipários de Porto Alegre
SINDICAMARA	Sindicato da Câmara Municipal de Porto Alegre
SINDISEPE	Sindicato dos Servidores Previdenciários
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSE/RS	Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SUDS	Sistemas Universais Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAMPA	União das Associações de Moradores de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1	Demonstrativo da Distribuição da Rede Assistencial.....	76
Quadro 2	Composição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, por segmento.....	80
Quadro 3	Pautas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	88
Quadro 4	Decisões selecionadas para a análise.....	103
Gráfico 1	Mortalidade proporcional por grupos de causas em 1999, em Porto Alegre.....	65
Gráfico 2	Composição do CMS de Porto Alegre.....	80
Gráfico 3	Total de conselheiros presentes às reuniões do CMS no primeiro semestre de 2000.....	94
Gráfico 4	Total de presenças dos conselheiros representantes dos usuários nas reuniões do CMS no primeiro semestre de 2000.....	95
Gráfico 5	Total de presenças dos conselheiros representantes dos trabalhadores em saúde nas reuniões do CMS no primeiro semestre de 2000.....	96
Gráfico 6	Total de presenças dos conselheiros representantes do governo nas reuniões do CMS no primeiro semestre de 2000.....	97
Gráfico 7	Total de presenças dos conselheiros representantes dos prestadores de serviço nas reuniões do CMS no primeiro semestre de 2000.....	98
Tabela 1	Estimativa da população ocupada, por setor de atividade, na RMPA – dez/2002.....	66

RESUMO

A possibilidade dos mecanismos de participação na gestão pública, criados a partir da década de 70 estarem exercendo influência nos processos de decisão sobre as políticas públicas configura o debate central desenvolvido neste trabalho.

O envolvimento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de decisão sobre a política de saúde municipal é analisado sob dois aspectos: (1) o envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre a política municipal de saúde e (2) os atores que têm controlado o processo decisório no interior do próprio Conselho. Para analisar o primeiro aspecto, consideramos apenas se o Conselho participa ou não participa no processo, buscando verificar se ele exerce controle social sobre a definição da política de saúde e, se exerce, como está se processando. Para isso, analisamos as pautas das reuniões plenárias do Conselho, buscando classificar os tipos de temas discutidos e os encaminhamentos dados pelo gestor. A análise do segundo aspecto focalizou a possibilidade dos representantes de usuários influírem sobre a formação da pauta de discussões do Conselho e a capacidade destes atores de controlarem a implementação das decisões deste mecanismo de participação. Os indicadores utilizados foram (a) a

presença dos conselheiros às reuniões do Conselho e (b) a identificação da origem dos assuntos discutidos nas plenárias.

O estudo concluiu que há uma participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de decisão sobre a política, evidenciado no bom relacionamento entre este fórum e o gestor e no fato de que as principais questões relacionadas à saúde em Porto Alegre têm sido analisadas e decididas nas reuniões plenárias do Conselho. Entretanto, o estudo concluiu também que, no que tange à influência na formação da pauta de discussões, o gestor municipal predomina na proposição das ações debatidas no Conselho. Além disso, não tem havido por parte do Conselho Municipal de Saúde um acompanhamento na implementação das decisões.

Assim, embora possamos atribuir ao tipo de envolvimento do Conselho Municipal de Saúde o status de participação (Arnstein, 1969), o que tem havido é uma delegação de poder. O status de “controle cidadão” só se efetivará quando o Conselho Municipal de Saúde, além de ter poder de decisão sobre a política, conseguir efetivamente, exercer um controle sobre o gestor.

ABSTRACT

The central theme in discussion of this issue is the influence of public management participation mechanisms, created in the 70's, in the public policies decisions.

The participation of the Municipal Health Council from the city of Porto Alegre in the municipal health policies decisions is analyzed under two aspects: (1) the Council role in the municipal health policies and (2) the actors that control the decision process within the Council. In relation to the first aspect the Council was analyzed considering whether it participates of the process or not, identifying if it makes social control over the health policy definition and, if it does, the way it happens. For this purpose the guide lines of the plenary reunion were analyzed in order to classify the themes discussed and the way they were directed. The second aspect analysis focused the possibility of the user's representative to influence the guide lines establishment and if these actors have influence in the way decisions are made. The indicators used were (a) the presence of these members in the Council and (b) the identification of the matters in discussion origin.

The study concludes that there is an effective participation of the Municipal Health Council in the policies decision process, showing a good relationship between this assembly and the government, evidenced by the fact that the main health questions in Porto Alegre have been analyzed and directed within the Council plenary reunions. However, in relation to the origin of the discussions guide lines definitions, the government have a predominant influence in purposing the matters to be discussed. There's also an absence from the Council in the decisions implementation process.

Although it makes it possible to attribute the Council influence involvement the status of participation (Arnstein, 1969), what has happened is a power delegation. The status of "citizen control" will just take place when the Municipal Health Council, besides having decision influence over the policies, is able to make an effective management control.

INTRODUÇÃO

O debate em torno da criação de mecanismos de participação da sociedade civil na gestão pública originou-se na década de 70, tendo sido desencadeado pela conjunção de três fatores, quais sejam: (1) a crise de legitimidade política das democracias liberais; (2) o surgimento dos novos movimentos sociais e (3) a crise econômica mundial durante os anos 70. Assim, os mecanismos de participação que passaram a ser criados neste período, representavam uma possibilidade de melhor gerir os recursos públicos e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de democratização.

No Brasil, a criação de mecanismos de participação origina-se na década de 80. No setor saúde, a instituição de mecanismos de participação na gestão da política de saúde pública¹ coincide com a implementação das Comissões Interinstitucionais de Saúde, ao nível federal, estadual, municipal e local criadas através do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). A Constituição Federal aprovada no ano de 1988 fortalece o estabelecimento destes mecanismos, visto que, apresenta como uma de suas diretrizes, a participação dos cidadãos na gestão

¹ Até a década de 70 o sistema de saúde brasileiro era dividido em dois subsetores: o de saúde pública e o de saúde previdenciária. No subsetor de saúde previdenciária sempre houve algum tipo de mecanismo de participação nas definições, como será tratado no segundo capítulo deste trabalho.

das políticas sociais, entre elas a saúde. A normatização referente à política de saúde foi concluída no ano de 1990, com a aprovação das Leis Federais 8.080 e 8.142/90, que passaram a regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Desde então, os conselhos de saúde vêm sendo criados na maioria dos municípios brasileiros, e vêm buscando se consolidar como espaço de discussão e definição da política de saúde. Até meados do ano 2000, 97,04% dos municípios do país havia municipalizado seus serviços de saúde (Cortes, 2002 a, 04) e, portanto, pressupõe-se que em todos eles havia o Conselho de Saúde. O fato da existência do Conselho ser obrigatória para o recebimento de recursos federais, tem gerado desconfiança acerca da possibilidade destes fóruns estarem se constituindo como canais de participação da população.

Vários estudos têm sido realizados sobre a temática dos Conselhos de Saúde e concluído que uma série de fatores devem estar articulados para que eles possam propiciar aos diversos segmentos sociais neles representados, um real poder de decisão sobre a política de saúde e constituírem-se, assim, em canais de participação da população na gestão pública. (Cortes, 1995, 1996, 1998; Carvalho, 1995, 1998; Cohn, 1996).

O presente trabalho analisa o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde no processo de decisão da política de saúde municipal e elegeu o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre como objeto de análise. O desenvolvimento da pesquisa buscou alcançar os seguintes objetivos: (a) verificar como ocorre o

processo de definição da política municipal de saúde; (b) identificar quais foram as principais decisões do Conselho Municipal de Saúde no período compreendido entre janeiro e junho de 2000; e (c) verificar o cumprimento das deliberações do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre por parte do gestor municipal.

Para alcançar os objetivos propostos, o problema de pesquisa foi tratado enfocando duas questões: (a) se o Conselho tem ou não se envolvido no processo de decisão da política de saúde no município e (b) quais atores têm influenciado o processo de decisão que ocorre no interior do Conselho Municipal de Saúde. Para responder a estas questões, analisamos uma série de indicadores, como por exemplo: (1) o tipo de assuntos que tem sido discutido nas reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, (2) a presença dos diversos segmentos sociais representados no Conselho nas reuniões plenárias, (3) os atores que têm sugerido os temas a serem debatidos e (4) os atores que têm acompanhado a implementação das ações e políticas de saúde decididas pelo Conselho.

A coleta de dados envolveu instrumentos diferenciados, tais como: (1) entrevistas semi-estruturadas com conselheiros de todos os segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, (2) análise documental em Atas das Plenárias e do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde e (3) Observação em reuniões da Plenária e do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde .

O trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro, apresenta as principais referências teóricas que contribuirão para a análise do problema da

pesquisa. A primeira parte do capítulo apresenta os modelos de organização do Estado capitalista, enfocando a forma como cada um destes modelos de Estado tratou as políticas sociais. Depois, analisa-se o processo de descentralização desencadeado pela Reforma de Estado vivenciada pela maioria dos países capitalistas a partir dos anos 80, que acabou por possibilitar a criação de mecanismos de participação na gestão pública. Na segunda parte do capítulo, as instituições e os atores envolvidos nos processos descentralizantes e participatórios são analisados. A última parte do capítulo trata do conceito de participação e seus determinantes, sendo que no final, é construída uma tipologia para análise do envolvimento do Conselho de Saúde no processo de decisão sobre a política.

O segundo capítulo apresenta uma retrospectiva histórica da política de saúde no Brasil. Procurou-se caracterizar a forma como o Estado administrava as ações referentes à política, a estrutura governamental para gerenciamento das ações e a existência ou não de canais de participação em cada um dos períodos da história da política de saúde no Brasil – divididos pela Literatura (Oliveira e Teixeira, 1989; Braga e Paula, 1986). Por fim, o capítulo apresenta as mudanças institucionais que vêm sendo constituídas, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O terceiro capítulo procura fazer uma caracterização da cidade de Porto Alegre, de sua população, de sua rede de atenção à saúde e, finalmente, do próprio Conselho Municipal de Saúde. O objetivo principal deste capítulo é contextualizar o leitor acerca do município onde atua o Conselho e apresentar as características que

fazem com que a população de Porto Alegre destaque-se com relação à de outras cidades, no que tange à organização e participação popular.

Finalmente, o quarto capítulo apresenta a análise empírica e busca demonstrar através de indicadores diversos que o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem se envolvido no processo de decisão sobre a política de saúde municipal. Para isso, num primeiro momento, através da apresentação da normatização e das instâncias que compõem o Conselho Municipal de Saúde, busca-se demonstrar a dinâmica de funcionamento do Conselho. Depois, o processo de decisão no Conselho Municipal de Saúde é descrito, sendo focado através de dois aspectos: (a) o envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre a política de saúde do município e (b) os atores que controlam o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde. Para mensurar cada um destes aspectos, foram elencados indicadores que são apresentados no capítulo final.

1 - PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO ESTADO E OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO

A criação de mecanismos de participação na gestão pública nas sociedades capitalistas está relacionada a uma série de transformações no Estado que ocorrem principalmente a partir da década de 70. O conjunto destas transformações ficou conhecido como Reforma do Estado. Este capítulo apresentará os modelos de organização do Estado capitalista e as transformações que eles enfrentam, que resultaram na implementação de medidas descentralizantes. A seguir examina-se o debate que vem sendo feito pela literatura sobre as instituições e os atores envolvidos nestes processos de descentralização, bem como sobre a participação que estes processos podem – ou não - estar proporcionando.

1.1 Reforma do Estado capitalista e descentralização

Podemos identificar, pelo menos, três modelos de organização estatal em sociedades capitalistas, as quais se configuram como três maneiras diferentes do Estado se relacionar com o mercado e com a sociedade civil. Segundo Pereira (2001) elas são: o Estado Liberal, o *Welfare State* e o Estado Neoliberal. Como os

tipos ideais de Weber, estes modelos não existem de forma pura na realidade, tampouco pode-se afirmar que o desenvolvimento do capitalismo e do Estado capitalista se deu de maneira similar em todos os lugares e situações histórico-sociais. Apresentaremos estes “modelos” de Estado sem nos determos em casos concretos, pois eles serão úteis como parâmetros analíticos ao longo deste trabalho.

No período inicial do capitalismo como modo de produção o Estado apresentou-se como Estado Liberal (Pereira, 2001). Neste primeiro momento não há intervenção estatal na economia ou nos mercados. Os liberais defendiam a teoria da “mão invisível” de Adam Smith, ou seja, que o mercado se auto-regularia, funcionaria de forma harmônica e qualquer intervenção estatal conturbaria essa harmonia. Ao Estado Liberal, cabia zelar pela segurança pública, e pelos direitos civis, ou seja, aqueles direitos necessários à liberdade individual: “liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça” (Marshall, 1967:63). Os indivíduos deveriam lutar pela sobrevivência e bem-estar no mercado, tirando daí, os recursos e bens necessários para manutenção da vida, não tendo a coletividade – no caso representada pelo Estado – nenhum compromisso ou responsabilidade sobre isso.

O ideal liberal nunca se realizou plenamente. Analisando esta questão, Esping-Andersen (1991) afirma que quando os mercados se tornaram universais e hegemônicos, o bem estar dos indivíduos passou a depender exclusivamente de relações monetárias, ou seja, houve uma “mercadorização das pessoas”. A única forma de se garantir os recursos necessários à sobrevivência e bem-estar era através do mercado. Ocorre que o mercado não foi – e não é – capaz de absorver a

todos e mesmo os que conseguiram ser inseridos, trabalhavam em condições insalubres, recebendo salários que se mostraram insuficientes para seu sustento e de suas famílias. Assim, pode-se dizer que a “mão invisível” de Adam Smith foi incapaz de manter a harmonia entre o mercado e a sociedade. Eclodiram conflitos e surgiu o que Pereira (2001) chama de Questão Social:

“As mudanças estruturais verificadas nas sociedades modernas criaram, [...] novos e complexos problemas para o Estado capitalista. A “questão social” que eclodiu na segunda metade do século XIX, no rastro da Revolução Industrial, impôs-se como um fato perturbador da ordem e das instituições liberal-burguesas. Com efeito, a questão social, constituída em torno do pauperismo e da miséria das massas, representou o fim da concepção idealista de que a sociedade, por si só ou, quando muito acossada pela polícia, pudesse encontrar soluções para os problemas sociais”. (Pereira, 2001:31)

O segundo momento do Estado Capitalista é conhecido como Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State* ou, ainda, Estado Social. Neste trabalho vamos nos referir como *Welfare State*. A grande diferença com relação ao modelo de Estado anteriormente apresentado refere-se ao fato de o *Welfare State* intervir na economia e nos mercados dos países, a fim de garantir algum tipo de bem-estar aos cidadãos através de políticas sociais públicas. O Estado assume como dever a garantia de acesso a condições mínimas de vida e trabalho e reconhece os cidadãos como portadores de direitos sociais. Medeiros (2001:06) definiu o *Welfare State* como “a mobilização em larga escala do aparelho do Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas ao bem-estar da população”. Harvey (1989) afirma que as mudanças na forma de intervenção do Estado no mercado foram possíveis graças a uma espécie de tripé entre mercado, sociedade e Estado que

funcionava da seguinte maneira: o Estado assumia uma série de obrigações e construía novos poderes institucionais. Ele passou a investir em educação, saúde, assistência social, previdência, de forma a garantir um tipo de tranquilidade para o mercado atuar. Com isso, ampliou-se o mercado consumidor com a inclusão da classe média e de parte dos trabalhadores. Aumentava a lucratividade das empresas, desoneradas de parte dos custos de reprodução da força de trabalho. Se por um lado elas colaboravam com impostos para que o Estado pudesse investir nas políticas sociais e garantir o bom funcionamento do mercado e da sociedade, por outro a subsistência de seus trabalhadores – agora também consumidores – deixava de depender exclusivamente de seus salários. Desse modo, trabalhadores passaram a ter acesso ao mercado consumidor, ao mesmo tempo em que tinham seus direitos sociais garantidos pelo Estado.

Esping-Andersen (1995) afirma que o *Welfare State* representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política.

“Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das idéias de justiça social, solidariedade e universalismo. Politicamente, o *Welfare State* foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo.”
(Esping-Andersen, 1995:73)

A implantação do *Welfare State* não se deu de forma igual em todos os países, variando o volume dos investimentos sociais por parte do Estado e a extensão, ou seja, a quem são dirigidas as ações sociais públicas. Usando a

expressão de Esping-Andersen, trata-se de quanto o Estado consegue “desmercadorizar as pessoas” através das políticas sociais. Três tipos de *Welfare State* foram caracterizados por este autor: (a) *Welfare State* liberal , que é o tipo mais restrito, limitando o acesso às políticas sociais públicas somente aos comprovadamente pobres; (b) *Welfare State* conservador – que é o tipo mediano de *Welfare State* onde predominou a preservação da diferença de status; e (c) *Welfare State* social-democrata – que é o tipo mais abrangente buscando promover a igualdade com melhores padrões de qualidade e não uma igualdade de mínimos (Esping-Andersen, 1991).

O terceiro formato do Estado Capitalista é o neoliberal. Os defensores deste modelo estatal tecem duras críticas ao *Welfare State*, considerando-o pouco eficiente e dispendioso. Medidas neoliberais passaram a ser defendidas com mais ênfase e implementadas, de acordo com Anderson (1995), na década de 70. Passou a haver uma “redefinição do padrão histórico de intervenção do Estado na área social” (Melo e Costa, 1995). O ideário neoliberal afirma que o *Welfare State* gasta muito e é pouco eficiente. Conforme Anderson (1995), os neoliberais sugerem como “remédio” para crise,

“manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper com o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas pouco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo” (Anderson, 1995:11)

Nos anos 80, de acordo com Boron (1995:77), houve um duplo movimento: uma exaltação desmedida ao mercado, “*fechando os olhos para os*

resultados catastróficos que seu funcionamento autônomo havia produzido no passado e, uma “satanização do Estado”, que passa a ser a causa de todas as desgraças e infortúnios que afetaram as sociedades capitalistas.

Entre os argumentos para “satanizar” o Estado, aparecem os citados por Pereira (2001): ineficiência, incapacidade, corrupção, paternalismo entre outros adjetivos pejorativos que justificam a necessidade de novamente transformar o Estado capitalista. Durante os anos oitenta teve início um processo de transformação das atribuições e alcance do Estado que ficou conhecido como Reforma de Estado.

A Reforma do Estado - ou as reformas - vem se estabelecendo de forma diferente em cada país. Mas todas elas seguem uma série de recomendações de organismos internacionais de desenvolvimento econômico, tais como o Banco Mundial ou o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD). Estes organismos são controlados pelas “grandes nações” mundiais, principalmente pelos Estados Unidos. Para que possamos entender que tipo de Estado ou que tipo de investimento estas agências propõem aos Estados Nacionais, recorreremos a uma análise que Simionatto (2002) fez sobre alguns documentos do Banco Mundial, como por exemplo, o intitulado “Desenvolvimento Mundial”, de 1997. De acordo com a autora, as diretrizes dos organismos internacionais recomendam que a Reforma do Estado seja orientada para o mercado, exigindo o abandono dos instrumentos de controle político e restrição de alocação de recursos públicos, principalmente na área social. O papel do Estado é considerado fundamental no processo de desenvolvimento econômico e social, porém não como um agente direto do

crescimento. O Estado passa a ser um sócio, um agente catalisador e impulsionador do processo de desenvolvimento. Assim, os países, sobretudo aqueles em desenvolvimento, passaram a tentar se adequar às exigências das agências internacionais, sob pena de não conseguir participar do mercado internacional globalizado.

Junto com o debate sobre o novo papel do Estado na economia, a Reforma do Estado propõe a descentralização do poder estatal. Na maior parte dos países, o fortalecimento do Estado-nação havia acarretado centralização de recursos e de poder. Este fato ocasionou desequilíbrios regionais e sociais e a cristalização de aparatos estatais extremamente verticalizados. O processo de tomada de decisão era normalmente pouco visível e pouco controlável pelos organismos de representação de interesses locais ou regionais.

A descentralização administrativa começa, então, a ser desenhada nos mais diferentes países, tornando-se uma espécie de consenso no discurso sobre administração de recursos públicos. Alguns autores (Melo, Cohn, Jacobi, Mendes,...) têm se dedicado a estudar de forma mais detalhada a que tem servido esta descentralização. Em que pese as diferentes visões, a descentralização aparece como uma possibilidade real de melhor gerir os recursos públicos e, nos países egressos de ditadura, também como possibilidade de democratização. Melo (1996) afirma que duas concepções estão presentes nos processos de descentralização. Na primeira, a descentralização é entendida como transferência de poder decisório a municípios ou entidades e órgãos locais, expressando tendências democratizantes, participativas e de responsabilização. Na segunda dimensão, o foco recai sobre o

processo de modernização gerencial da gestão pública, onde apenas a questão da eficiência é levada em consideração. Para o autor, é a natureza da coalizão política que dá suporte às reformas e que vai determinar a dimensão que se sobressairá. *“Coalizões com predomínio de forças políticas liberais/conservadoras enfatizam os aspectos relativos aos ganhos de eficiência e de redução do setor público. Coalizões social-democratas, por outro lado, privilegiam os aspectos relativos ao controle social e democratização da gestão local”* (Melo, 1996:13). De fato, as coalizões de força são um dos fatores que determinam os objetivos a que a descentralização vai servir. Porém é necessário, também, levar em consideração outras questões como o contexto político e social em que o processo é desenvolvido e os atores que estão nele envolvidos.

Arretche (2000) analisou o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e apontou três tipos de fatores que explicariam o processo de transferência de competências governamentais. O primeiro fator seria o do tipo *estrutural* e refere-se, de acordo com a autora, à capacidade de gastos dos governos, pois

“a possibilidade de que estes venham a assumir atribuições de gestão em programas sociais depende diretamente de sua capacidade de gasto ou de sua capacitação político-administrativa” (Arretche, 2000:28)

Em outras palavras, as administrações locais só poderiam assumir funções de gestores de políticas sociais se e quando tiverem recursos financeiros para arcar com as despesas e pessoal e equipamentos técnicos capacitados a atender às demandas de tais políticas.

O segundo fator apontado pela autora é o do tipo *institucional*, ou seja, refere-se à natureza das instituições no âmbito das quais se tomam as decisões e se implementam as reformas. Diante da dificuldade de definir quais as instituições que deveriam ser tomadas para análise, Arretche considerou três variáveis do tipo institucional: (a) o legado das políticas prévias, (b) as regras constitucionais que normatizam a oferta de bens e serviços e (c) a engenharia operacional inerente a sua prestação (Arretche, 2000: 29). O legado das políticas prévias refere-se ao fato de que os processos de reforma de programas sociais são influenciados pela herança institucional dos programas anteriores. Assim, pode-se exemplificar com a questão que a reforma do setor saúde, implementada no Brasil na década de 80, é influenciada pela maneira como estavam colocadas as ações públicas relacionadas à saúde no período anterior, ou seja, no período militar. Segundo a autora, a importância do legado das políticas prévias deriva do fato de que, na história, o que vem antes condiciona o que vem depois.

A outra variável institucional analisada por Arretche, refere-se às regras constitucionais que normatizam a distribuição de competências entre os níveis de governo. Trata-se das regras existentes que determinam procedimentos que facilitam ou impedem a emergência de determinados desenhos institucionais, porque estabelecem regras de jogo diferentes para os diferentes atores. Mais uma vez, ilustrando com a política de saúde brasileira, pode-se considerar a Constituição de 1988, bem como as Legislação Complementar (Leis 8.080 e 8.142/90 e NOBs 93 e 96, principalmente) estabelecem diretrizes e mecanismos que facilitam a descentralização. Finalmente, a terceira variável institucional analisada “diz respeito

à engenharia operacional das políticas, isto é, a fatores relacionados às condições particulares de operação dos serviços, os quais podem ser elementos facilitadores ou inibidores da transferência de atribuições” (Arretche, 2000:32).

Há ainda um terceiro fator determinante aos processos de descentralização que está relacionado à ação política que envolve duas variáveis a serem consideradas: uma que se refere à natureza das relações entre o Estado e a sociedade onde

“as variações na disposição dos governos locais brasileiros para assumir funções na gestão da política social estariam colocadas do seguinte modo: encontraríamos taxas mais elevadas de descentralização naquelas regiões ou Estado em que a tradição de participação política for mais forte, e, paralelamente, quanto mais verticalizadas as relações políticas em uma dada região ou Estado, mais baixas taxas de descentralização seriam encontradas (2000, 32-33).

A outra variável relacionada à ação política diz respeito às relações entre os níveis de governo, ou seja, o quanto o governo federal interfere, ou não, nas ações dos governos locais. Assim, de acordo com Arretche, há uma série de fatores e variáveis que determinam o “grau de descentralização” das políticas sociais brasileiras, desde a disponibilidade de recursos humanos, técnicos e financeiros, até a forma de relacionamento dos diferentes níveis governamentais.

1.2. Instituições e atores envolvidos em processos descentralizantes e participatórios

Havendo processos descentralizantes que envolvam aberturas de canais participatórios, faz-se necessário analisar a interação entre os atores envolvidos e as instituições nas quais ocorrem os principais “embates políticos” e nas quais são representados os diversos interesses sociais. Putnam (2002) diz que há pelo menos dois consensos envolvendo o debate sobre as instituições: (1) que elas moldam a política, já que influenciam com suas normas e procedimentos o comportamento político e (2) que elas são moldadas pela história. Esse segundo consenso, denominado neoinstitucionalista, corrobora com a afirmação de Arretche de que o “legado das políticas prévias” é importante na forma como as políticas atuais serão implementadas. Putnam diz a este respeito que a

“ (...) história é importante porque segue uma trajetória: o que ocorre antes (mesmo que tenha sido de modo acidental) condiciona o que ocorre depois. Os indivíduos podem escolher suas instituições, mas não o fazem em circunstâncias que eles mesmos criaram e suas escolhas por sua vez influenciam as regras dentro das quais seus sucessores fazem suas escolhas” (Putnam, 2002:23).

Além destas duas questões sobre as instituições, o autor inclui em sua análise uma terceira em que “o desempenho prático das instituições, (...) é moldado pelo contexto social em que elas atuam” (Putnam, 2002:24), ou seja, as instituições atuam de forma diferente em diferentes contextos. Mas o que é o desempenho institucional? De acordo com o autor, é capacitar os atores a resolver suas divergências da maneira mais eficiente possível, considerando suas diferentes preferências (2002, 24) e exemplifica da seguinte forma:

“o conceito de desempenho institucional baseia-se num modelo bem simples de governança: demandas sociais → interação política → governo → opção de política → implementação. As instituições governamentais recebem subsídios do meio social e geram reações a esse meio. Pais que trabalham fora procuram creches acessíveis, comerciantes preocupam-se com furtos em suas lojas, veteranos de guerra execram a morte do patriotismo. Os partidos políticos e outros grupos articulam seus interesses, e as autoridades, quando muito, deliberam sobre o que fazer. Então, adota-se uma política (que pode ser apenas simbólica). A menos que essa política seja “nada a fazer”, ela tem que ser implementada – criar novas creches (ou incentivar a iniciativa privada a fazê-lo), pôr mais guardas na ronda, hastear bandeiras com mais freqüência. Para ter um bom desempenho, uma instituição democrática tem que ser ao mesmo tempo sensível e eficaz: sensível às demandas de seu eleitorado e eficaz na utilização de recursos limitados para atender essas demandas (Putnam, 2002: 24-25).

Essa longa citação de Putnam contribui para entender, na prática, como ocorre o processo de decisão sobre as políticas públicas e para vislumbrar a forma como se articulam os atores e instituições nesse processo. Entre estas questões colocadas como parte de um bom desempenho institucional por Putnam, destacamos a interação política como um dos momentos-chave do processo decisório.

A interação entre os atores no processo de reforma da política é fator determinante nas decisões sobre políticas públicas e a influência que cada ator exerce sobre o processo depende dos “recursos de poder” que cada um deles dispõe em cada momento. (Korpi, 2000). Os recursos de poder são “características que os atores individuais e coletividades provêm com a habilidade de castigar ou recompensar outros atores” (Korpi,2000,78). Para ele, os recursos de poder são a

força ou o potencial que os atores dispõem sobre o processo de decisão acerca das políticas.

No caso específico do setor saúde, Cortes (1995) identificou três tipos de atores que podem influenciar os mecanismos de decisão sobre a política: os grupos de interesse, os servidores públicos e as “*policy communities*”. Os grupos de interesse são criados pelas organizações da sociedade civil e representam no setor saúde, os interesses dos profissionais ou trabalhadores de saúde, provedores privados dos serviços de saúde, sindicatos, excluindo os representantes dos profissionais de saúde, usuários e outras organizações não-governamentais no qual as atividades têm impacto ou são afetadas pelo setor saúde (Cortes, 1995:55). Conforme a autora, “a relação entre grupos de interesse e o Estado, é sem dúvida, um dos mais influentes mecanismos do processo de tomada de decisão governamental” (Cortes, 1995:58).

O segundo tipo de atores destacado pela autora é composto pelos servidores públicos, responsáveis pela formulação da política e pela administração e execução da política de saúde.

“Os servidores públicos podem ser considerados como atores que exercem considerável influência na formulação e execução de políticas sociais. Lee e Mills (1985: 67-8) observam que a imagem deles como agentes impessoais, cumpridores de ordens e politicamente neutros, é irrealista. Eles efetivamente podem tomar decisões, pois detêm informações e os meios essenciais para a implementação de políticas” (Cortes, 2002:9)

Finalmente, o terceiro grupo refere-se a um ator muito influente, conhecido como *policy communities*. De acordo com Cortes, as *policy communities* vêm substituindo o centro político tradicional como fonte substancial de decisões e

“Nelas sobressaem-se acadêmicos, profissionais e grupos de interesse os quais em conexão com servidores em altos cargos na burocracia dos ministérios ou secretarias influenciam o processo de tomada de decisão em áreas específicas do governo.” (Cortes, 2002:10)

Esses atores se enfrentam em espaços públicos – às vezes considerados arenas – onde os interesses são colocados, disputados, e as ações públicas definidas. O grau de envolvimento dos atores no processo de decisão depende dos “recursos de poder” (Korpi) que eles dispõem e do contexto social, econômico e político em que se desenvolve o processo. No caso da saúde no Brasil, as principais definições devem passar pelos conselhos criados a partir da Constituição de 1988. Para que possamos entender a importância deste mecanismo de participação, analisaremos a seguir o conceito de participação.

1.3 Participação e controle social

Ao conceito de participação é atribuída ampla gama de significados na atualidade. Desde o ato de freqüentar uma reunião de partido político ou associação de moradores, votar em uma eleição até o de comparecer a uma celebração religiosa, são considerados participação. Além disso, a participação tem feito parte do discurso de lideranças políticas de todas as “bandeiras ideológicas”, quer como

uma forma de cooperação social, quer como mecanismo de democratização da sociedade. Não é raro ouvir nos meios de comunicação apelos à participação cidadã em campanhas filantrópicas, eventos de solidariedade e responsabilidade social. Por outro lado, os movimentos sociais e partidos de esquerda chamam à participação cidadã, ou seja, proclamam a necessidade dos cidadãos participarem das definições com relação ao destino comum da sociedade. Assim, é preciso delinear que tipo de participação iremos analisar neste trabalho. Para facilitar esse delineamento vamos introduzir aqui um outro conceito, o de controle social, que ajudará a definir de qual participação estaremos tratando.

“Controle social” é um conceito antigo na Sociologia e nos últimos tempos teve seu significado transformado, e até, pode-se dizer, invertido. Carvalho (1995) fez uma busca da trajetória conceitual do termo. Na tradição sociológica clássica, de acordo com este autor, controle social significava a influência da sociedade (coletivo) sobre o indivíduo. Atualmente – principalmente nos debates sobre os mecanismos de participação criados com a descentralização, o termo controle social tem um significado bastante diverso. Tem sido tratado como o controle que a sociedade faz sobre o Estado. Alguns autores relacionam o controle social diretamente com a questão do “gasto público”, colocando-o como o controle dos gastos e despesas públicas e limitando à fiscalização pública sobre o Estado, como Correia (2000) que afirma:

“controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Conseqüentemente, implica o controle social sobre o gasto público” (Correia, 2000:53).

Pode-se ampliar o sentido do termo e agregar a ele a participação da sociedade civil na proposição e definição das decisões públicas. Neste sentido, controle social passa a ser a capacidade da sociedade civil intervir, influenciar e controlar o poder público, não só com relação às despesas, mas num sentido de administração pública em geral.

A possibilidade da sociedade civil conseguir exercer o controle social com este sentido ampliado depende da instituição de mecanismos de participação. Estes mecanismos diferem dos mecanismos representativos tradicionais, como o Parlamento, por exemplo, e facilitam a participação direta pelo fato de se organizarem localmente na cidade, no bairro, no local onde a população vive, trabalha, ou seja, onde ela produz e reproduz a sua vida. O Brasil instituiu alguns destes mecanismos, principalmente a partir de 1988. A própria Constituição Federal determina a participação da sociedade civil nas decisões públicas, trazendo entre os objetivos da Seguridade Social, em seu Artigo 194, Parágrafo Único

“caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados” (Brasil, 1988).

A legislação complementar setorial irá prever a criação de conselhos e conferências das políticas sociais. Porém, a existência dos conselhos, por si só, não garante que ocorra uma efetiva participação da sociedade. É preciso analisar como se dá o envolvimento dos conselheiros representantes dos diferentes grupos de interesse nas decisões tomadas pelo Conselho e, ainda mais, verificar se as

principais definições públicas sobre a política de saúde passam, de fato, pelo Conselho.

Alguns autores analisaram processos participativos e construíram tipologias de participação para analisar os diversos graus de envolvimento dos participantes nos processos decisórios (Ham, Paul, Lee e Mills, Arstein). Para analisar o envolvimento dos conselheiros no Conselho de Saúde e no processo de decisão sobre a política de saúde, utilizaremos como inspiração a tipologia desenvolvida por Arnstein (1969). A autora construiu o que chama de “escada da participação cidadã” (ladder of citizen participation), na qual cada degrau corresponde à extensão de poder cidadão em cada projeto ou plano². A “escada” é composta por oito degraus. (a) **Manipulação e terapia** são os dois primeiros degraus da escada; referem-se a níveis de não-participação. Seu real objetivo não é permitir às pessoas participarem no planejamento ou condução dos programas, mas permitir aos “donos do poder” (power-holders) “educar” ou “curar” os participantes; (b) **Informação e consulta** progridem em relação à participação, permitem aos participantes ter ouvido e voz, mas não asseguram a mudança do status quo. No caso de haver (c) **aplacação**, os “donos do poder” permitem aos participantes fazer recomendações (aconselhar), mas continuam com o direito de decidir. O sexto, sétimo e oitavo degraus, segundo a autora representam o envolvimento real dos participantes no processo de tomada de decisão. Nestes últimos degraus, haveria participação. Ao sexto degrau corresponderia a (d) **parceria**, na qual os participantes estão habilitados a negociar com os “donos do poder”. Os dois últimos níveis da escada correspondem à (e) **delegação de poder** e ao (f) **controle**

² A autora se refere aos planos governamentais “restauração urbana, anti-pobreza e cidade modelo”, de Washington.

cidadão. A delegação de poder ocorreria quando os gestores transferissem, de fato o poder de decisão aos participantes. O controle cidadão – o mais alto degrau da escada – ocorreria quando os participantes tivessem poder de decisão e controlassem o gestor.

Utilizando a tipologia de Arnstein como inspiração, analisaremos o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de decisão sobre a política de saúde municipal enfocando principalmente dois aspectos. O primeiro refere-se ao envolvimento do Conselho nas decisões referentes à política de saúde do município. Para verificar se o Conselho Municipal de Saúde se envolve ou não nas decisões da política de saúde, serão examinadas as discussões do Conselho para analisar se as principais decisões públicas com relação a formulação da política estão – ou não – passando pelo Conselho. O segundo aspecto refere-se aos atores que predominam no processo de decisão que ocorre no Conselho Municipal de Saúde. Para verificar quem são os atores que controlam o processo de decisão, serão analisadas (1) a presença efetiva dos conselheiros às reuniões do Conselho Municipal de Saúde, considerando o segmento social por eles representado; (2) quais os segmentos sociais que mais colaboram para a formação da pauta de discussões e (3) como é acompanhada a implementação das decisões tomadas.

Em relação ao primeiro aspecto examinado será considerado apenas se o Conselho **participa** ou **não participa** no processo de decisão das políticas de saúde municipais. Ou seja, se ele está ou não exercendo controle social sobre o processo e como este controle social, caso ocorra, está se processando.

No que tange ao segundo aspecto – atores que controlam o processo de decisão que ocorre no Conselho Municipal de Saúde – o foco principal recairá sobre a possibilidade dos representantes de usuários influírem sobre a formação da pauta de discussões do fórum. A grande novidade que esses fóruns participativos apresentam é a possibilidade de setores sociais tradicionalmente excluídos dos processos de decisão presentes nos fóruns e influenciarem o processo de definição da política. Assim, medir o envolvimento dos representantes de usuários permitirá analisar a efetividade do Conselho Municipal de Saúde como mecanismo de participação. Haverá **não participação** se os representantes de usuários estiverem ausentes ou comparecerem em pequeno número às reuniões plenárias do conselho, se eles não influenciarem ou pouco influenciarem a formação da pauta de discussões e não acompanharem as decisões tomadas pelas reuniões plenárias. Haverá **participação**, se em contraste, eles estiverem comparecendo às reuniões plenárias, influenciando a formação da agenda e acompanhando a implementação das decisões tomadas no Conselho. Caso haja participação, ela poderá ser caracterizada como **parceria, delegação de poder ou controle social**, dependendo principalmente da natureza da relação entre conselheiros representantes de usuários e gestores municipais, que são tradicionalmente os detentores exclusivos da prerrogativa de formular e executar as políticas de saúde municipal.

1.4. Considerações Finais

Este capítulo tratou de apresentar as referências teóricas básicas para que se possa analisar o processo de definição de políticas de saúde. Primeiramente

examinou os modelos de Estado em sociedades capitalistas e o processo de reforma do Estado implementado em vários países a partir da década de 70. Depois, analisou o conceito de descentralização e os processos descentralizantes das decisões e gestão das políticas sociais públicas, inclusive a de saúde. Depois, foram apresentados os principais grupos de atores envolvidos no setor saúde, as diferentes possibilidades de envolvimento dos mesmos no processo de tomada de decisão sobre a política de saúde municipal. Finalmente, foram estabelecidos os parâmetros para análise da participação em conselhos de saúde que serão utilizados no decorrer deste trabalho.

2 - TRAJETÓRIA DA PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A criação de mecanismos de participação de usuários na definição de políticas de saúde coincide com as primeiras ações do Estado brasileiro nesta área. O caráter e o alcance desta participação sofreram alterações no decorrer da história das políticas de saúde no Brasil, acompanhando o contexto político e social do país, como veremos no decorrer deste capítulo.

2.1 Mecanismos de participação nas origens das políticas de saúde no Brasil (1900-1930)

A literatura sobre a política de saúde brasileira aponta o início do século XX como o momento onde surgem as primeiras ações públicas direcionadas a esta política no país (Oliveira e Teixeira, 1989). O Brasil vivenciava sua primeira etapa de desenvolvimento capitalista com economia predominantemente agrícola exportadora. Uma das características da organização política neste período foi a grande autonomia dos estados da federação em relação ao governo central. Assim, as primeiras medidas de saúde no Brasil, foram marcadas pela falta de uma coordenação central. As primeiras preocupações com a questão saúde referiam-se a endemias e problemas de saneamento nos núcleos urbanos que surgiam e à

estratégia de atração e retenção de mão-de-obra por parte das empresas e do próprio Estado (Braga e Paula, 1986:42) e se refletiram em ações como o combate às chamadas doenças de massa (tuberculose, febre amarela, varíola,...) que se “espalhavam” devido à falta de higiene e saneamento dos portos do país.

O sistema de saúde brasileiro iniciava sua estruturação dividido em dois subsetores: o de saúde pública e o de saúde previdenciária (Braga e Paula, 1986). O primeiro era de responsabilidade exclusiva do Estado e o segundo tinha a responsabilidade de administração e financiamento partilhada entre as empresas, os trabalhadores e o Estado³.

O subsetor de saúde pública teve suas primeiras ações no início do século, mas foi na década de 20 que passou a ser organizado de forma mais consistente. As primeiras ações buscaram criar condições sanitárias mínimas para combater as chamadas doenças de massa, tais como a tuberculose, a febre amarela e a varíola. Buscando expandir os serviços de saúde pelo país, em 1923, a Reforma Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública e passaram a ser questões federais, questões como o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, a saúde dos portos entre outras. Entretanto, essas atribuições não chegaram a ser postas em prática e o combate às endemias e o saneamento seguiram sob responsabilidade dos estados (Braga e Paula, 1986 46). Nos principais estados, como São Paulo, Riode Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, por exemplo, haviam Departamentos ou Diretorias de

³ Uma exceção à regra foram as CAPS que embora tenham sido criadas por exigência do Estado eram administradas somente por empresários e trabalhadores, sem influência ou financiamento estatal (Oliveira e Teixeira, 1989).

Saúde, que desenvolviam ações de saúde pública, principalmente de combate às endemias.

No mesmo ano de 1923 ocorre o que Oliveira e Teixeira (1989), consideram como marco inicial da assistência à saúde dos trabalhadores brasileiros. Neste ano, através da Lei Eloy Chaves, inaugura-se o Sistema de Previdência Social Pública no Brasil. A Lei criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas da Companhia Ferroviária . As CAPs eram instituições previdenciárias estruturadas por empresas e administradas por empregadores e trabalhadores. Tinham como características uma *“relativa amplitude no plano de atribuições das instituições previdenciárias; uma prodigalidade nas despesas e a natureza basicamente civil privada”* (Oliveira e Teixeira, 1989:23). Embora tenham sido criadas por exigência do Estado, este mantinha-se à distância, tanto com relação ao financiamento quanto à administração.

Cada CAPs era dirigida por um “Conselho de Administração” composto por: a) um superintendente ou inspetor da respectiva empresa, b) por dois empregados do quadro da empresa (o caixa e o pagador) e c) por dois empregados. O presidente das CAPs era o representante da empresa, mas não dispunha de nenhum tipo de poder especial com relação aos outros membros, apenas coordenava o colegiado. O Estado não tinha participação direta neste Conselho. Sua presença era prevista como um controle externo , destinada exclusivamente à resolução de conflitos entre a Caixa e algum segurado, por exemplo (Oliveira e Teixeira). Pode-se, portanto, verificar nas CAPs, algum grau de participação dos usuários na administração previdenciária do período. Saliente-se que os

representantes eram eleitos diretamente pelos usuários dos serviços prestados pelas Caixas.

Em 1926, foi lançado um Decreto que estendia as CAPs a outras categorias - portuários e marítimos - e introduzia algumas especificações e ampliações sobre a Lei de 1923⁴. Embora limitado a três categorias profissionais, as CAPs permitiram a primeira experiência de participação dos usuários dos serviços de saúde na gestão da política.

2.2. O segundo período da política de saúde: contenção de recursos e da participação. (1930-1945)

O período que passamos a apresentar é marcado por uma transformação na forma de administração pública no país. Um dos resultados da Revolução de 30 foi a considerável redução da autonomia dos estados da federação e isso se reflete em uma centralização das ações públicas por parte do Estado.

A principal alteração administrativa no período foi a criação, em 1930, do Ministério de Educação e Saúde, composto por dois Departamentos Nacionais de Educação e da Saúde. Quatro anos mais tarde uma reorganização ministerial renomeou o Departamento Nacional de Saúde Pública que passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. A partir de 1935,

⁴ Este Decreto mantinha a mesma estrutura administrativa, mas detalhava a capacidade de intervenção de um órgão do poder público que se chamava “Conselho Nacional do Trabalho” (CNT). Este órgão tinha a capacidade de destituir de seus cargos os membros do Conselho de Administração que julgasse conveniente. Isso ocorreria no caso de desarmonia ou desídia de qualquer dos membros que pudesse prejudicar o bom andamento dos serviços (Oliveira e Teixeira, 1989:32).

retoma-se as campanhas sanitárias – que haviam sido interrompidas entre 1930 e 1934. Tais campanhas, de acordo com Braga e Paula (1986:54) foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde, de sua caracterização como nacional. Outro fator que caracterizou a centralização da política segundo estes autores foi a

“crescente participação de “Assistentes Técnicos do Governo Federal, verdadeiros interventores do Departamento Nacional de Saúde junto aos serviços estaduais de saúde. Em 1937 o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assume a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde dos estados de fraco poder político e econômico (...). Desde então uniformiza-se a estrutura dos departamentos estaduais (Braga e Paula, 1986:54).

Este processo centralizador culminará com uma reorganização no Ministério da Educação e Saúde em 1941. O Departamento Nacional de Saúde “não só incorpora vários serviços de combate a endemias (...), como assume o controle da formação de técnicos em saúde pública e (...) institucionaliza as campanhas sanitárias” (Braga e Paula, 1986:55). Como pode-se verificar, não há mecanismos de participação dos usuários nas definições das ações do subsetor de saúde pública neste período.

Com relação ao subsetor de saúde previdenciária, em 1933 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A principal diferença dos IAPs com relação às CAPs refere-se à participação do Estado na administração e no financiamento das ações em saúde. No período anterior, a participação do Estado limitava-se à determinação da criação das Caixas. Os IAPs, ao contrário, eram autarquias administradas pelo Estado e organizadas por categorias nacionais de

trabalhadores (Cohn, 1996:14). Eram financiados com recursos oriundos de contribuições de empresários, trabalhadores e do Estado.

As mudanças com relação ao período anterior também são evidenciadas na análise do Conselho de Administração. A eleição dos representantes deixou de ser direta e passou a ser realizada através dos sindicatos. Em 1934, através de um decreto, o Estado tenta avançar ainda mais na centralização das decisões: os representantes dos trabalhadores e das empresas passariam a ser escolhidos pelo governo e o Conselho Administrativo passaria a ter dois representantes do Estado. Cabe ressaltar que o governo brasileiro encontrou resistência por parte dos trabalhadores na implantação destas mudanças.

A participação dos usuários nas definições da política de saúde neste período, então, é extremamente “regulada” pelo Estado brasileiro. Mais uma vez no subsetor saúde pública não havia qualquer tipo de envolvimento dos usuários na gestão da saúde. No subsetor de saúde previdenciária, apesar de existir os Conselhos Administrativos dos IAPs, a participação não é espontânea, sendo manipulada e controlada pelo Estado, extremamente centralizador.

2.3 Ampliação da cobertura e dos recursos como reflexos do Welfare State (1945-1960)

O período que passamos a analisar coincide com uma fase de democratização do Estado brasileiro e, no caso da política de saúde, reflete-se numa sensível diminuição de medidas centralizadoras somada a um aumento de recursos

públicos na área. Ficou conhecido como período desenvolvimentista e a prática da saúde refletia um posicionamento que defendia que “o progresso, a riqueza e o bem-estar estariam alcançados se fossem seguidos os caminhos percorridos pelos países capitalistas industrializados” (Braga e Paula, 1986:60).

“Sua idéia era montar nas áreas rurais sob sua responsabilidade aparelhos de atenção à saúde complexos e diversificados; instalava postos de saúde e hospitais arcando com vultuosos custos de implantação e passando, paulatinamente, a administração e os gastos de custeio para os governos estaduais e municipais”(Braga e Paula, 1986:60)

A saúde pública brasileira foi orientada desta forma durante este período, até o momento em que os “desenvolvimentistas” fazem uma espécie de auto-crítica, e na metade dos anos 50 passam a defender a idéia de que um melhor nível de saúde da população viria com o desenvolvimento.

No ano de 1953, o Ministério da Educação e Saúde foi desdobrado e de acordo com Braga e Paula, evidenciou duas questões: por um lado, a importância da saúde pública na política estatal de saúde e, por outro, seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado Brasileiro, visto que apenas 1/3 dos recursos antes destinados ao Ministério de Educação e Saúde passou para o recém-criado Ministério da Saúde (Braga e Paula, 1986:57)

No subsetor de saúde previdenciária, as principais mudanças ocorridas no período analisado referem-se a uma “progressiva desmontagem das medidas contencionistas que marcaram o período anterior” (Oliveira e Teixeira, 1989:154) Este processo de desmontagem se faz de forma gradual até a promulgação da Lei

Orgânica de Previdência Social – LOPS, em 1960. Através de uma série de decretos, os benefícios de assistência médica, hospitalar e farmacêutica do setor previdenciário passam a ser estendidos a todos os aposentados e pensionistas e elevam-se os tetos dos gastos com este tipo de assistência dos Institutos.

Somando-se a este conjunto de normas legais, a Constituição promulgada em 1946 vai consolidar o vínculo entre Previdência e assistência médica, colocando como atribuição previdenciária a assistência à saúde dos trabalhadores (Oliveira e Teixeira, 1989:158). Com relação aos mecanismos de participação na definição da política no subsetor de saúde previdenciária é mantida a estrutura do período anterior, ou seja, a participação dos representantes dos trabalhadores era prevista nos Conselhos de Administração dos IAPs, juntamente com representantes do Estado e dos empresários.

2.4 O período autoritário : intensificação da centralização (1964-1970)

A instauração do regime autoritário, em 1964, intensifica o processo de centralização iniciado em 1930. O período ora analisado é marcado por duas questões centrais: a concessão de políticas sociais como um mecanismo de suavização de tensões sociais e legitimização do regime (Oliveira e Teixeira, 1989), e o fechamento de canais de participação da sociedade.

O subsetor de saúde pública não mudou sua estrutura organizacional durante os anos 70 e início dos anos 80 (Cortes, 1995:77). No entanto, teve sua

parcela orçamentária diminuída consideravelmente no período. Em 1968, o orçamento do Ministério da Saúde correspondia a 2,21% do orçamento global da União, no ano de 1972, caiu para 1,40% (Braga e Paula, 1986:91). A queda de investimento em determinados programas, como o Serviço de Tuberculose, por exemplo, não correspondia à melhores níveis de saúde da população, mas a uma inversão de prioridades por parte do governo:

“Tratava-se, na verdade, de uma decisão de política de gasto. Um certo padrão de estrutura do “Setor Saúde” implantou-se no período, com ênfase na Medicina Previdenciária e simultâneo descuro da Saúde Pública, o que se reflete no padrão de gastos de cada um dos subsetores.” (Braga e Paula, 1986:92-3)

No ano de 1973, de acordo com Braga e Paula, a sociedade brasileira apresenta um quadro de saúde pública muito grave configurado pela ocorrência de uma série de doenças antes mais controladas, como a doença de Chagas, a tuberculose e a desnutrição, conjugadas a altas taxas de mortalidade infantil (Braga e Paula, 1986:93).

O fim do “Milagre econômico”, em 1974 colabora para que a questão saúde volte a ter importância para o governo militar que buscava um certo respaldo popular. Assim, em 1975, o Ministério da Saúde passa por uma “rearticulação institucional” e eleva seus gastos em torno de 35 % com relação ao ano anterior.

Se o subsetor saúde pública vivenciou um período de restrições com relação à alocação de recursos e gastos em programas específicos do Ministério da Saúde, o subsetor de saúde previdenciária expandiu seus investimentos e

atribuições. Cortes, citando Donnangelo, afirma que em meados dos anos 70, cerca de 90% dos cuidados médicos no Brasil eram feitos pelo Sistema de Seguridade Social (Cortes, 1995:80).

No ano de 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou os IAPs e padronizou a atenção médica oferecida aos segurados, promovendo, assim, a integração do sistema previdenciário brasileiro.

A adoção de medidas privatizantes na saúde foi marcante. Teixeira (1989:45) aponta, no entanto, que existiam obstáculos a essa privatização como, por exemplo, a ausência de uma rede privada de serviços ambulatoriais e hospitalares. O governo militar, então, criou em 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), cujos recursos eram destinados a financiamentos na área social. No setor saúde, a maioria dos recursos foi investido na construção e reforma de hospitais privados (Braga e Paula, 1981).

A articulação entre o governo militar e o setor privado era intensa. O governo financiava a construção e reforma de hospitais privados a juros baixíssimos. Depois, comprava os serviços desses mesmos hospitais, alegando num primeiro momento, necessidades técnicas (não havia suporte na rede pública para atendimento) e, num segundo momento, deixando claro o privilegiamento do produtor privado de serviços. Dentre 1969 e 1975, por exemplo, a compra de serviços de terceiros representava cerca de 90 % da despesa geral do INPS (Oliveira e Teixeira, 1989).

A crise do chamado “milagre brasileiro”, o início da crise do capitalismo mundial e a perda da legitimidade do regime autoritário, evidenciada pelo resultado das eleições de 1974, forçaram mudanças nas políticas adotadas pelo governo (Paim, 1989:9). Em 1974, foram criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Conselho de Desenvolvimento Social. Este último tinha como função assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação dos Ministérios envolvidos na implementação dessa política (Oliveira e Teixeira, 1989). Várias outras medidas foram adotadas tentando reverter a crise política e econômica do governo militar. Na área da saúde foi criado, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde. Em 1977 foi consolidado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que passou a coordenar toda a atenção médica prestada aos previdenciários. Rabelo (1998), resume da seguinte forma a previdência social brasileira no período:

“Consolidava-se, ao longo da década de 70, a centralização administrativa, a diluição dos mecanismos de controle e o modelo privatista de atendimento no qual o Estado cumpre principalmente o papel de arrecadação e repasse de recursos à iniciativa privada, através da compra de serviços” (Rabelo,1998).

Concluindo este período da história da política de saúde brasileira, cabe destacar que, estando o Brasil vivenciando um regime de exceção, não havia canais de participação dos usuários do sistema de saúde na gestão da política. Sua participação limitava-se em contribuir para o financiamento das ações em saúde. (Teixeira, 1989).

2.5 Anos 80 – gestando a participação na área da saúde

A crise da Previdência Social tem seu ponto de inflexão no ano de 1980.. Oliveira e Teixeira indicam as principais características da fase aguda da crise: (1) o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde, na direção da reversão do modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde; (2) eclosão de movimentos grevistas por parte dos profissionais de saúde que identificam a origem de seus problemas no funcionamento do sistema de saúde; (3) ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate; e (4) o bloqueio de qualquer proposta de mudança mais radical, que viesse a penalizar os setores capitalistas mais diretamente envolvidos. (Oliveira e Teixeira, 1989:269-270). Esse conjunto de questões refletiu em ações públicas relacionadas á saúde, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – o PREV-SAUDE.

O PREV-SAÚDE foi criado em 1980 por um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e do MPAS. Oliveira e Teixeira (1989) afirmam que com o PREV-SAÚDE criou-se um espaço no interior do aparelho estatal para que técnicos esclarecidos veiculassem um projeto de reformulação da política de saúde vigente. O programa seguia orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), tais como o aumento do controle do setor público sobre o sistema de saúde, a promoção da descentralização operacional e da participação comunitária e a integração das atividades de promoção, recuperação e reabilitação de saúde. (Oliveira, 1999:18; Oliveira e Teixeira, 1989).

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que era um órgão do MPAS. O CONASP era formado por quinze membros representando o Estado e a sociedade. Carvalho (1995:42) destaca que o CONASP “constituiu-se numa arena de disputa e concertação de interesses”. Pela primeira vez, um órgão oficial no espaço da Previdência assumia a crítica ao sistema e propunha a reversão do sistema vigente⁵.

Em 1982, o CONASP propôs o Plano da Assistência à Saúde da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP. O documento apresentou uma série de propostas com vistas a transformar o sistema de saúde, entre elas, sugeria a integração das ações de saúde pública e previdência. Seguindo as recomendações do Plano CONASP, em 1983 surgiu o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS).

“Os princípios que norteavam as AIS eram os seguintes: (a) a universalidade do atendimento; (b) a integração da atenção; (c) a equidade da atenção; (d) a regionalização e hierarquização dos serviços; (e) descentralização das ações e do poder decisório; (f) democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários ; (g) planejamento e controle efetivo do setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo o setor filantrópico e privado” (Pereira, 1999:19).

As AIS foram implementadas pelo INAMPSS/MPAS no período de 1983/1986 e se caracterizaram por ampliar a cobertura dos serviços médicos oferecidos à população não previdenciária. O programa das AIS estabelecia que a

⁵ Cabe salientar que o Plano foi elaborado com o apoio do Movimento da Reforma Sanitária, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e com grande oposição da Federação Brasileira de Hospitais. (Oliveira e Teixeira)

previdência social transferiria recursos para estados e municípios, que optassem por tomar parte no Programa. O objetivo era melhorar a rede de serviços nos três níveis de governo, retendo a demanda por cuidados ambulatoriais e hospitalares. Além disso, as AIS fortaleciam a gestão colegiada através da criação da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), das 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. Foi no nível municipal, com as CIMS que, de fato, os diversos segmentos passaram a se envolver na gestão da política de saúde (Rabelo,1998; Cortes, 2001). Além de servirem para integrar as ações dos provedores públicos de serviços, essas comissões também institucionalizaram-se importantes fóruns no setor saúde, transformando-se em canais de participação política dentro da organização estatal (Cortes, 2001, 02).

As CIMS foram sendo constituídas em todo o Brasil como instâncias colegiadas de discussão, visando o planejamento da saúde municipal. Eram compostas de autoridades da área da saúde, gestores dos diversos órgãos assistenciais (públicos, privados e universitários), profissionais de saúde e usuários organizados em diversos tipos de organizações comunitárias e sindicais (Pereira, 1999:20). As CIMS foram o embrião dos atuais Conselhos Municipais de Saúde.

A discussão em torno de propostas para a reforma do setor saúde, desencadeou a organização de um movimento de intelectuais, técnicos, usuários e profissionais da saúde que ficou conhecido por Movimento pela Reforma Sanitária. Faziam parte deste movimento, entre outras organizações, o Centro Brasileiro de

Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades Públicas , o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Este Movimento teve participação fundamental na discussão e concretização das mudanças na política de saúde na década de 80.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo a participação de 5.000 pessoas entre delegados e observadores. A Conferência propôs que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde – SUS. Propunha-se, portanto, a construção de um arcabouço institucional separando totalmente a saúde da previdência social, através de uma ampla reforma na área da saúde. Entre as conclusões desta Conferência, ressalta-se a ênfase na participação da população na formulação da política de saúde e as recomendações de criação de um conselho nacional e de conselhos estaduais e municipais de saúde com funções de formular e controlar a execução da política de saúde e a criação de fundos de saúde nacional, estaduais e municipais, que seriam administrados pelos conselhos correspondentes (Relatório da VIII CNS ; Pereira, 1999).

Em 1987, através do Decreto 94.657/87, foi criado o Programa Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que deu continuidade à reforma do setor saúde. De acordo com Heimann e outros (1992:23), a implementação do SUDS tinha como objetivo contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS. Além disso, constituía-se em um:

“aperfeiçoamento das AIS na medida em que apresentava instâncias mais permanentes de participação popular (Conselho Diretores de Unidades, Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde) e experimentação de novas normas organizativas e gerenciais como : a criação de estruturas administrativas, a implantação de distritos sanitários e o controle dos contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS no âmbito do Estado” (Heimann e outro, 1992:23).

O SUDS criava o suporte legal para transferência a estados e municípios de significativo volume de recursos financeiros, humanos e patrimoniais. Com relação à participação, de acordo com Carvalho (1995), é firmado um novo convênio entre os níveis federal, estadual e municipal, tornando obrigatória a participação de setores da sociedade nas CIMS e recomendando a criação dos Conselhos de Saúde. Desta forma, o repasse de recursos, pela primeira vez, é vinculado à participação da sociedade na formulação da política, o que viria a contribuir de forma significativa para a ampliação da participação de usuários na área da saúde.

2.6. O Sistema Único de Saúde e os Conselhos de Saúde (da Constituição de 1988 até a atualidade)

Em 1988, é promulgada a Constituição Federal que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde é definida no artigo 196 da Constituição, como sendo um direito de todos e um dever do Estado. São estabelecidos como princípios do SUS: universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; a seletividade e

distributividade na prestação dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a equidade na forma de participação no custeio; a diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, aposentados e empresários.

A normatização do SUS foi concluída em 1990, com a aprovação das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, que passaram a regular o seu funcionamento. A Lei 8.142/90 criou as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Embora tenha havido experiência de participação da população na gestão da saúde anteriormente, como nos Conselhos de Administração das CAPs e IAPs ou nas CIMS, os Conselhos previstos na lei e criados nas cidades brasileiras na atualidade se diferenciam de qualquer experiência anterior, pela representatividade social que expressam, pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos e pela extensão em que estão implementados em todo o país e nas três esferas de governo (Carvalho, 1995:30-31)

A Lei 8.142/90 define os Conselhos de Saúde da seguinte forma:

“o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo” (BRASIL, Lei 8.140/90).

A organização e as normas de funcionamento dos Conselhos seriam definidas em regimento aprovado pelos próprios. Cabe ainda destacar que a formação dos Conselhos era (e ainda é) um dos critérios para recebimento de recursos dos outros níveis de governo, via descentralização.

No ano de 1992 foi realizada em Brasília a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”. Realizada dois anos após a promulgação das Leis 8080 e 8142/90, a IX Conferência Nacional de Saúde reconhece que os processos de descentralização e municipalização ainda são incipientes. Atribui isso ao fato de o Governo Federal e alguns governos estaduais e municipais serem contrários à proposta e não criarem, assim, os mecanismos operacionais necessários para sua efetivação (Relatório da IX CNS, p.26). No item específico sobre o controle social, o Relatório vai destacar a importância estratégica dos Conselhos de Saúde como instrumentos privilegiados para o exercício do controle social.

Objetivando seguir as orientações da IX Conferência Nacional de Saúde e efetivar a descentralização das ações, no ano de 1993 o Ministério da Saúde apresenta a Norma Operacional Básica (NOB) – “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. A NOB 93 é um documento que apresenta a proposta de operacionalização dos dispositivos legais sobre a descentralização. É uma tentativa do MS de passar a implementar, de fato, a descentralização político-administrativa –e financeira das ações em saúde. Em 1996, é editada a NOB 96, com o título: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, que tinha por finalidade “*promover e consolidar o pleno exercício*

por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde” (Brasil, 1996:2), em outras palavras, normatizar e operacionalizar o processo de municipalização. Cortes (s.d.) comenta as duas NOBs:

“Embora elas não se referissem diretamente ao funcionamento dos conselhos e das conferências municipais, elas tiveram grande importância para seu fortalecimento político. Se não houver controle do gestor municipal sobre a atenção à saúde financiada com recursos públicos, os conselhos e conferências podem ter intensa participação de representantes de usuários, que efetivamente controlem o processo decisório do fórum, mas eles estarão decidindo apenas sobre serviços próprios do município. Nesse caso, as decisões que de fato afetam a organização dos serviços e qualidade e quantidade de cuidados a serem oferecidos estarão ocorrendo nos níveis estadual e federal da administração pública” (Cortes, 1998:04).

O processo de municipalização, de fato, é o que cria condições mínimas para que os conselhos de saúde e as conferências tenham poder decisório sobre as ações em saúde. Isso porque é a municipalização que transfere para os municípios a responsabilidade pela gestão de todos os serviços públicos de saúde e de todos os recursos vindos para o município para serem repassados aos serviços contratados.

A X Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996, traz em seu relatório final, no capítulo dedicado ao controle social sobre o SUS, os principais problemas identificados pelos conselheiros e suas propostas para o fortalecimento dos conselhos. Ressalta-se as seguintes questões: necessidade de ampliar os mecanismos de participação dos cidadãos (por exemplo, através das Ouvidorias), a necessidade de uma maior divulgação dos conselhos e de capacitação dos conselheiros.

A última Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2001, com o tema “Aprofundando o controle social” e também apontou uma série de entraves em seu Relatório Final sobre a efetivação dos conselhos como mecanismos de participação na gestão do SUS.

“A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, contudo ainda sofre impedimentos diversos, entre os quais são citados: a) a falta de controle sobre a Central de Marcação; b) pouco acesso aos dados do DATASUS para orientar as prioridades e o planejamento; c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do sistema da participação efetiva nos conselhos de saúde” (Relatório da X CNS).

O Relatório aponta ainda uma série de dificuldades na prática dos conselhos de saúde, como a carência de estrutura, capacitação e assessoria para assumir tarefas decorrentes de uma postura mais ativa; carência de autonomia frente ao Executivo e a falta de compromisso político de alguns gestores. Diante destas questões, percebe-se que os conselhos de saúde, muitas vezes, ainda carecem de legitimidade perante o poder executivo municipal e à sociedade.

Mesmo assim, até meados de 2000, 97,04% dos municípios do país haviam municipalizado seus serviços de saúde (Cortes, 2001.:04). Portanto, pressupõe-se que em todos eles havia o conselho, o fundo e a conferência municipal de saúde. O fato de a criação dos conselhos ser critério *sine qua non* para recebimento de recursos tem gerado desconfiança com relação à possibilidade destes mecanismos estarem, de fato, se constituindo em canais de participação da população na definição da política de saúde.

Vários autores têm se dedicado a analisar os Conselhos de Saúde (Carvalho 1995 e 2000, Cortes, 1996, 1998, 2000, 2001, 2002, Gonh, 2001). Carvalho (1995 e 2000) é um autor que tem se destacado na literatura, sendo citado em vários outros trabalhos sobre a temática. Para ele, os conselhos de saúde são, antes de tudo, experiência social e inovação política relevantes para a reforma democrática do Estado (Carvalho, 1997:98). Criticando o que chama de visão maniqueísta, que considera o Estado sempre como vilão e a sociedade como vítima, e instrumental, concebendo os conselhos unicamente como mecanismos para controle do Estado, o autor defende um novo olhar sobre estes mecanismos. Considera que

“os Conselhos de Saúde são arranjos institucionais tendentes a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento das demandas na área de saúde.”(Carvalho, 1997:99)

Modernizante porque os conselhos representam um veto ao tradicional jeito brasileiro de lidar com as políticas sociais, se constituindo como um veto às práticas clientelistas na medida em que tornam públicas as decisões e práticas públicas. O impacto democratizante, por outro lado, deve-se ao fato de que demandas antes ignoradas ou não consideradas pelo poder público passam a ser analisadas e implementadas.(1997: 99-100).

Cortes (2001) é outra autora que tem se dedicado a analisar os conselhos, sobretudo seu potencial de democratização. A autora aponta alguns limites colocados no dia-a-dia dos conselhos que os impedem de exercer de forma plena o

controle social. Primeiramente afirma que os Conselhos não têm exercido o papel de mediação de interesses nas cidades de grande e médio porte, pois desde o início dos anos noventa os representantes da categoria médica e dos prestadores privados de serviços têm se retirado dos conselhos ou participado de forma marginal. O mesmo se repete com os representantes dos prestadores privados. Cortes afirma que estes atores têm se utilizado de outros espaços para a influenciarem o processo de decisão. Outro fator que tem limitado a atuação dos conselhos, de acordo com a autora, é o desconhecimento, por parte da população, dos conselhos e das conferências de saúde, bem como da legislação que os normatiza.

O processo de descentralização e municipalização da saúde no Brasil ainda está sendo desenhado. O alcance das medidas no que tange à democratização e à consolidação do SUS depende da organização das instituições e cultura política de cada localidade, bem como da força dos setores populares no sentido de garantir o cumprimento dos princípios da Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, do Sistema Único de Saúde.

2.7. Considerações finais

Este capítulo procurou demonstrar a evolução da política de saúde no Brasil, evidenciando os canais de participação da sociedade civil, especialmente dos representantes dos usuários da política na gestão da mesma.

As primeiras ações de saúde no Brasil datam do início do século XX. Desde destas primeiras ações até os anos 80, o sistema de saúde brasileiro caracterizou-se por ser um sistema dividido em dois subsetores: o de saúde pública e o de saúde previdenciária. No primeiro subsetor, não existiu previsão de canais de participação na gestão. No subsetor de saúde previdenciária, desde o seu surgimento a participação era prevista, mesmo que em momentos de centralização político-administrativa tenha sido reduzida.

A instituição de conselhos de saúde nas três esferas governamentais ganha ênfase nos anos 80, sobretudo após a Constituição de 1988, que previu a participação da sociedade na gestão das políticas sociais, incluindo a da saúde. Desde então, os conselhos de saúde vêm sendo criados nas cidades brasileiras e têm buscado efetivar sua participação na definição da política de saúde.

3 - O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E CRIAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O presente capítulo apresentará o Município de Porto Alegre, com o objetivo de demonstrar as características que fazem com que a cidade tenha uma especificidade no que tange à forma de participação política. Primeiramente será apresentada uma caracterização geral da cidade, com indicadores sócio-econômicos e de condições de saúde da população. Num segundo momento, será analisada a trajetória de participação popular, desde o regime militar até a implementação do Orçamento Participativo. Finalmente, o capítulo versará sobre a organização do sistema de saúde no município, bem como da criação e composição do Conselho Municipal de Saúde.

3.1 O município de Porto Alegre: caracterização geral

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul e está localizada na região sul do Brasil. A cidade tem 495,53 Km² onde residem 1.360.590 pessoas, de acordo com o Censo 2000 do IBGE. A maioria da população é composta por mulheres, que correspondem a 57 % do total. Esta predominância de mulheres pode ser explicada através do índice de esperança de vida média ao nascer que, em

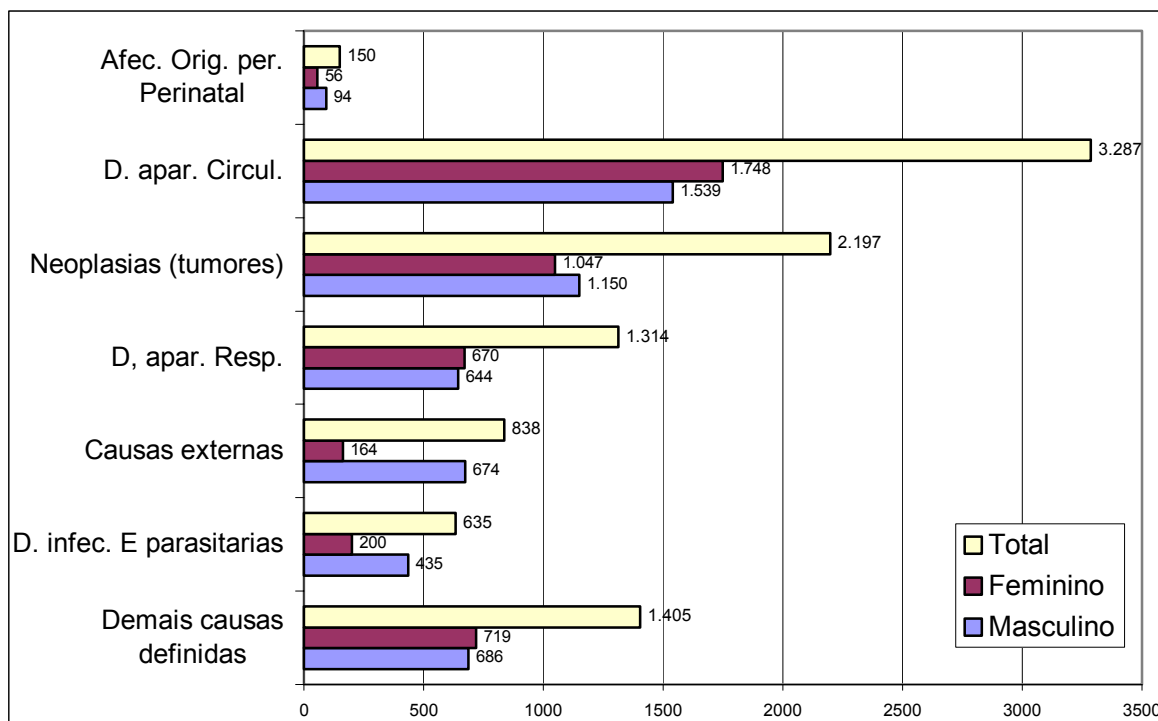
1996, era de 70,3 anos – 74,8 anos para as mulheres e 65,4 anos para os homens.

Portanto, pode-se concluir que os homens morrem antes do que as mulheres.

“A acentuada sobre-mortalidade masculina a partir dos 25 anos pode ser atribuída a fatores sociais, tais como a violência urbana, as condições em que trabalham os homens, o estresse a que estão submetidos pela exigência de “prover” o sustento de suas família ou ter sucesso profissional, no caso da classe média e a hábitos, como, por exemplo, a ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de tabaco (Abel-Smith, 1994). Acrescente-se que o ingresso crescente das mulheres no mercado de trabalho vem modificando este quadro e reduzindo as diferenças de mortalidade entre homens e mulheres” (SMS de Porto Alegre, 2000:12)

Outro índice que contribui para explicar a predominância de mulheres é o de mortalidade por grupos de causas e doenças. Os homens morrem mais na maioria dos grupos de causa de morte analisados (Gráfico 1). No ano de 1999, morreram 9.826 pessoas em Porto Alegre. Destas, 5.222 eram homens, o que corresponde a 53% do total de mortes.

Gráfico 1 – Mortalidade proporcional por grupos de causas em 1999 em Porto Alegre



Fonte: DATASUS – Rede Interagencial de informações para a saúde

Porto Alegre é uma cidade urbana, apenas 3% da população reside em zona rural. É o centro econômico e político da Região Metropolitana (Região Metropolitana de Porto Alegre – RMPA), formada por 31 municípios. No ano de 1998, o PIB de Porto Alegre correspondia a 14,6% do PIB total do Estado. A maior parte da população empregada trabalha nas atividades econômicas dos setores secundário e terciário (FEE, 2002). No último Informe PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego da FEE realizada na Região Metropolitana de Porto Alegre -, de dezembro de 2002, a distribuição dos empregados por setor da economia na RMPA foi assim apresentado:

Tabela 1 : Estimativa da população ocupada, por setor de atividade, na RMPA – Dez/02

Setores	Mês de dezembro de 2002
Indústria	18,6
Comércio	15,9
Serviços	52,5
Outros (construção civil, serviços domésticos e outros)	13,0

Fonte: FEE e outros – Pesquisa de Emprego e Desemprego na RMPA, dez/02

O taxa de desemprego na RMPA em dezembro de 2002, é de 14,2 % da população economicamente ativa.

As condições do saneamento básico são importantes determinantes das condições de saúde da população. Em Porto Alegre 99% das residências da área urbana têm abastecimento de água e 82 % possuem rede de esgoto. A totalidade da população tem coleta de lixo regular e em 117 bairros e vilas da cidade a coleta é feita de forma seletiva, separando o lixo reciclável (SMS de Porto Alegre, 2000).

Outro indicador importante das condições sociais da população e da qualidade dos serviços de saúde dos municípios é a taxa de mortalidade infantil⁶. Em Porto Alegre no ano de 1999, a taxa de mortalidade infantil era de 12,10 (Porto Alegre, Relatório de Gestão), bem menor do que a média nacional, que no mesmo ano era de 31,8 mortes para cada 1.000 nascidos vivos (Datasus – Indicadores de dados básicos, 2000).

⁶ A taxa de mortalidade infantil corresponde ao número de mortes entre crianças de menos de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos.

Outro fator a ser destacado, ao apresentar uma caracterização geral do município de Porto Alegre, é a forma diferenciada como a população da cidade tem se organizado para representar seus interesses. O IBGE realizou um estudo no qual analisou o associativismo e a forma de envolvimento dos cidadãos com a política (através de canais institucionalizados ou não). O estudo foi realizado em seis Regiões Metropolitanas e concluiu que o sindicalismo é o tipo predominante de associativismo. No entanto, a Região Metropolitana de Porto Alegre apresenta dados diferenciados, já que o associativismo comunitário congrega a mesma proporção de pessoas que o sindicalismo e a taxa de participação de pessoas nestas duas formas de associativismo é maior na RMPA do que nas outras Regiões Metropolitanas. Além de participar mais de associações e sindicatos, a forma que os cidadãos se envolvem na política na RMPA também se diferencia das demais Regiões Metropolitanas. A pesquisa considerou a quantidade de vezes que os entrevistados procuraram os políticos ou governantes pessoalmente através de carta ou telefonema e a razão da procura, diferenciando entre as razões, os pedidos, as reivindicações, as reclamações e as sugestões. Em Porto Alegre

“observa-se por um lado, a menor freqüência de contatos e, por outro, a combinação de menor freqüência para fazer pedidos, com maior freqüência de contatos visando a reivindicações e sugestões (IBGE, 1996).

Na realidade, estes dados diferenciados no que se refere ao associativismo em Porto Alegre traduzem uma “tradição” de organização e envolvimento político da população, conforme apresentaremos a seguir.

3.2 Participação popular em Porto Alegre

A principal experiência de participação na gestão pública em Porto Alegre é a implementação do Orçamento Participativo em 1989. Ela tem sido amplamente estudada e debatida por pesquisadores de diversas áreas das Ciências Sociais e da Administração Pública como, por exemplo, Fedozzi (1997 e 2000), Silva(2002), Gref e Sintomer(2002), Genro(2000), Villasante(2000), entre outros. Entretanto, o desenvolvimento e implementação do Orçamento Participativo levaram em consideração as experiências de participação anteriormente existentes em Porto Alegre. Trata-se da questão destacada por Putnam (2002) de que “a história é importante porque segue uma trajetória: o que ocorre antes (...) condiciona o que ocorre depois” (Putnam, 2002:23). A seguir apresentaremos a trajetória da participação popular em Porto Alegre que levou à construção do Orçamento Participativo e de outros canais de participação na gestão pública – como o Conselho Municipal de Saúde - e que, de certo modo, evidenciou esta “tradição de participação” que existe na cidade.

A discussão sobre a participação da população na administração pública pode ser encontrada desde a década de 70, no discurso dos governos interventores do regime militar (Silva, 2002). Em 1971, o governo municipal começou a introduzir Conselhos Municipais como integrantes da estrutura administrativa da Prefeitura. Entretanto, estes Conselhos eram bastante diferentes dos conselhos estudados no presente trabalho e serviram principalmente como mecanismos de legitimação da ação governamental. Estes Conselhos Municipais dos governos interventores, além de não terem poder deliberativo, tinham na sua composição outro fator que os

impedia de ser instrumentos de maior democratização na gestão pública (Silva, 103). O Conselho de Saúde e Bem-Estar, por exemplo, era composto por 15 membros, sendo 11 representantes da Prefeitura e quatro representantes de entidades. Estas entidades também faziam parte da administração pública (SSE, MS, INPS e LBA), ou seja, não havia nenhuma representação da sociedade civil. Em outros Conselhos como o de Transportes Urbanos, no qual era prevista a participação, por exemplo, dos Sindicatos das Empresas de Transportes de Passageiros de Porto Alegre e dos Trabalhadores em Transportes Rodoviários do Estado do RS, a indicação dos representantes era feita pelo Prefeito e a participação nas reuniões era remunerada, o que segundo Silva criava *“outro procedimento que tendia a reforçar as relações de subordinação dos “representantes” dos interesses da sociedade frente ao Poder Público”* (Silva, 2002, 105).

Conforme foi visto nos capítulos anteriores, a discussão sobre mecanismos de participação ganha ênfase no final dos anos 70. Durante os primeiros anos da década de 80, o debate sobre a participação ganha centralidade na capital gaúcha, nos debates dos partidos políticos de esquerda e também na sociedade civil. Silva destaca que nos discursos dos principais candidatos à Prefeitura de Porto Alegre em 1985, a questão da participação popular aparece como central. Nesta eleição foi eleito o candidato Alceu Collares, do PDT que tinha como principal proposta com relação à participação popular, a reformulação dos Conselhos Municipais existentes na Prefeitura de Porto Alegre, que passariam a se chamar Conselhos Populares e que deveriam ser instrumentos de organização da sociedade, além de canal de intervenção da sociedade organizada na gestão pública. A nova administração municipal chamou a sociedade a participar do

formulação do projeto de lei que trataria dos Conselhos. Ainda que com desconfiança⁷ e receio de ter o movimento instrumentalizado pela administração, uma parcela significativa das organizações comunitárias se envolve no processo de discussão da proposta. Apesar disto,

“este processo de discussões e debates sobre os Conselhos Municipais não gerou resultados práticos significativos em termos de uma mudança da forma de gestão municipal. Após um longo e tumultuado debate com as organizações comunitárias e com os partidos políticos o projeto é enviado à Câmara de Vereadores onde enfrenta forte oposição mesmo entre os membros do PDT, o partido governista. Frente a tais oposições, o projeto é rejeitado e, já no final do mandato do prefeito Collares, é aprovado, mas termina não sendo implementado de forma efetiva” (Silva, 2002,115).

Este processo, se por um lado, gerou frustração e decepção, por outro proporcionou aprendizagem de novas formas de atuação para que se estabelecessem mudanças na relação entre o Estado e a sociedade civil organizada.

Na eleição de 1988, saiu vencedora a Frente Popular, tendo sido eleito como Prefeito Olívio Dutra, do Partido dos Trabalhadores. Um dos principais norteadores da Administração Popular que se inaugura, então, era o princípio da participação popular. O Partido dos Trabalhadores passou a promover uma série de discussões sobre como se poderia implementar o que, hoje, é conhecido como Orçamento Participativo⁸.

“este processo não foi fruto de uma proposta pronta que teria sido aplicada na realidade, ao contrário, partiu-se da idéia – abrir o orçamento à participação popular –, mas, a forma de

⁷ Para detalhes desse processo ver Silva (2002).

⁸ Mais uma vez cabe destacar que o trabalho de Silva trata exaustivamente este assunto e que, não sendo este o nosso objeto, vamos apenas apresentá-lo sinteticamente.

implementá-la foi sendo construída pelos próprios agentes participantes, governo e organizações da sociedade civil (principalmente as organizações comunitárias), no próprio desenrolar do processo” (Silva, 137).

Assim, a primeira rodada do Orçamento Participativo ocorreu no mês de agosto do ano de 1989 e de lá pra cá vem sendo aprimorada e reconhecida como uma experiência exitosa de participação popular na gestão pública.

A análise feita por Fedozzi sobre o processo de construção do Orçamento Participativo conclui que a dinâmica deste mecanismo de participação da população na definição do Orçamento Público “engendra a constituição de uma esfera pública democrática que parece favorecer o exercício do controle social sobre os governantes (*accountability*)” (Fedozzi, 2000:62), barrando, assim, possíveis favorecimentos ou manipulações por parte destes últimos. O autor afirma ainda que o processo se dá “através de um sistema de partilha de poder”.

Portanto, a população de Porto Alegre vem ao longo destes anos aprendendo e construindo uma nova forma de se relacionar com o poder público. O êxito da construção do Orçamento Participativo aliado à história do movimento comunitário de Porto Alegre pode propiciar que outros canais de participação – como os conselhos de saúde, por exemplo, venham a influenciar efetivamente as decisões públicas em Porto Alegre. Não se pode negar que a posição favorável dos governantes é fundamental para a constituição de mecanismos de participação como o Orçamento Participativo. Porém, é a efetiva participação da sociedade civil organizada que garante a efetivação das questões discutidas nestes mecanismos.

A participação da população na gestão pública em Porto Alegre não se limita ao Orçamento Participativo. Na área da saúde, por exemplo, experiências de participação da sociedade civil na gestão da política ocorrem em Porto Alegre desde os anos 80, com a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e dos Conselhos Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS). Estas experiências são anteriores à criação do Orçamento Participativo e se constituem no bojo do processo de descentralização da política de saúde como veremos a seguir.

3.3. Organização do sistema de saúde em Porto Alegre

Conforme foi visto no capítulo anterior a descentralização das ações e serviços de saúde começa a ser discutida no ano de 1983 com o Programa das Ações Integradas em Saúde (AIS) que previa o repasse de recursos para estados e municípios que optassem por tomar parte do Programa. Porto Alegre aderiu o Programa das AIS em 1983, mas a discussão sobre a municipalização dos serviços de saúde inicia em 1987, a partir do Programa Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS). Neste ano foi criada uma Comissão Especial para a elaboração de uma proposta de municipalização. Entretanto, entre 1987 – quando da constituição da Comissão - e 1991, propostas sucessivas foram discutidas e rediscutidas, sofrendo alterações, sem que, na prática, se desencadeasse a municipalização das ações e serviços de saúde na cidade. No ano de 1992, alguns serviços começaram, efetivamente, a serem administrados pelo gestor municipal (Porto Alegre, 2000).

No ano de 1993, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB 93), que regulamentava a municipalização e estabelecia diferentes modalidades de gestão da saúde: (a) transicional incipiente, na qual as secretarias municipais de saúde assumiam a responsabilidade sobre a autorização de credenciamento ou descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município entre outras ações de gerenciamento e administração dos serviços de saúde; (b) transicional parcial, na qual os municípios e estados, além de responsabilidades gerenciais definidas na situação anterior, recebem recursos financeiros referentes à diferença entre o que foi gasto com o custeio de prestadores públicos e privados e o teto financeiro fixado, e (c) transicional semi-plena, na qual os estados e municípios do ponto de vista da capacidade gerencial e do reordenamento do modelo assistencial estarão exercendo a totalidade de suas responsabilidades (Ministério da Saúde, NOB 93).

A Secretaria de Saúde de Porto Alegre manifestou desejo de aderir à modalidade de gestão incipiente no ano de 1993 e no ano seguinte várias Unidades de Saúde passaram para o âmbito gerencial do município, bem como a assistência hospitalar para os acometidos de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e a vigilância sanitária da comercialização de alimentos (SMS de Porto Alegre, 2000).

Em 1995, foram implantadas seis Gerências Distritais na cidade e foram assumidas outras responsabilidades pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como a contratação e autorização do cadastro de prestadores, vigilância sanitária das creches e estabelecimentos de saúde, a programação de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), entre outras.

A modalidade de gestão semi-plena foi assumida em 1996 e a Secretaria de Saúde passou a ser responsável pela gerência de 95 serviços - postos de saúde, ambulatórios e serviços especializados - anteriormente administrados pelo estado e pelo governo federal, pela regulação e pagamento de todos os procedimentos do SUS na cidade realizadas por prestadores públicos ou privados.

No ano de 1996, uma outra Norma Operacional Básica foi publicada – a NOB 96 que redefinia as modalidades de gestão a serem assumidas pelos municípios. Elas passaram a ser duas. A primeira era a “gestão plena da atenção básica”, na qual os municípios se responsabilizam pela elaboração de programa municipal dos serviços básicos, pela gerência de unidades ambulatoriais municipais, estaduais ou federais, contratação de prestadores, autorização de internações hospitalares, ações de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doença, entre outras atribuições. A segunda era a “gestão plena do sistema municipal”, na qual toda a rede de atenção à saúde, financiada com recursos públicos no município, passava a ser gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como o pagamento de todos os procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde no município. (Ministério da Saúde, NOB 96)

Em 1998, Porto Alegre enquadrou-se na condição de mais alto nível de autonomia de gestão previsto pela NOB 96, a modalidade de gestão plena do sistema de saúde. Assim, a assistência à saúde oferecida pelo SUS em Porto Alegre passou a estar sob responsabilidade e gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde a ser oferecida através de uma “rede de serviços municipais, municipalizados

e contratados que oferecem atenção ambulatorial, básica e especializada, internações e tratamentos hospitalares e atendimento de urgências e emergências” (SMS Porto Alegre, 2000 (b)). Além de atender a população de Porto Alegre, a rede de serviços de saúde atende a população da Região Metropolitana de Porto Alegre e do interior do estado. Apesar de existir serviços que abrangem toda a população da cidade - como o Serviço de Assistência Médica de Urgência – SAMU -, atendendo o princípio de descentralização da legislação do SUS, a assistência à saúde passou a ser organizada em Gerências Distritais e Distritos de Saúde.

Conforme o Relatório de Gestão do ano 2000 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a rede de serviços do município é formada da seguinte maneira:

(a) Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – coordena as ações de vigilância em saúde desenvolvidas por sete equipes: Equipe de Vigilância em Serviços de Saúde, Equipe de Vigilância a Alimentos, Equipe de Produtos de Interesse à Saúde, Equipe de Controle Sanitário de Águas, Equipe de Controle de Zoonoses, Equipe de Controle Epidemiológico, Equipe de Informação em Saúde;

(b) Gerências Distritais – O município está dividido em onze distritos sanitários. Cada dois deles possuem uma Gerência Distrital. A exceção é o Distrito IV, que é único por gerência. As gerências são responsáveis por proporcionar suporte técnico-administrativo para as Unidades Municipais, Municipalizadas e PSF de cada região;

(c) Hospital de Pronto Socorro – é responsável pelo atendimento Hospitalar de Urgência de Porto Alegre e pela regulação pré-hospitalar de urgência – SAMU;

(d) Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Foi municipalizado em 01 de setembro de 2000⁹. Possui 190 leitos ativos, com atendimento exclusivo para o SUS. Seu atendimento é voltado para as áreas de pediatria, gineco-obstetrícia e psiquiatria.

A Secretaria Municipal de Saúde tornou-se o gestor de uma rede de atenção à saúde composta por serviços próprios, conveniados e contratados, descrita no Relatório de Gestão de 2000 e apresentada no Quadro abaixo.

Quadro 1- Demonstrativo da Distribuição da Rede Assistencial

Atenção	Unidade de Saúde	Qtde
Básica	Postos de Saúde da Família (PSF)	29
	Unidades de Saúde	48
	Ambulatórios Básicos dos Centros de Saúde	5
Especializada	Centros de Saúde	6
	Serviços Especializados	11
	Laboratórios	2
Urgência/Emergência	Serviços de Pronto Atendimento	3
	SAMU	
	- Nº de ambulâncias da SAMU	10
	- Nº de bases da SAMU	5
Hospitalar	Hospital Municipal de Pronto Socorro	1
	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas	1
Especial	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS Mental)	2
	Pensão Protegida Nova Vida (Saúde Mental)	1
	Casa de Apoio Viva Maria (Saúde da Mulher / Vítimas de Violência)	1

⁹ A municipalização do HPV foi uma das decisões analisadas na nossa pesquisa.

	Pró-Jovem (Saúde do Adolescente / drogadição)	1
	Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador	1
	Centro de Reabilitação (Saúde do Trabalhador)	1
	Centro de Atenção às DST/AIDS	1
	Casa Harmonia (Meninos/as de rua / drogadição)	1

FONTE: (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre 2000 (c))

Constituíram-se ainda como atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, após a municipalização plena do sistema, atividades de acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde. Estas atividades são desenvolvidas através dos setores de (a) Regulação de Serviços, (b) Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados – CMCE, (c) Central de Regulação de Internações Hospitalares (SMS de Porto Alegre, 2000 (c)).

3.4. A formação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

O principal órgão responsável pelo controle social dos serviços e ações de saúde em Porto Alegre é o Conselho Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2000). Como na maioria das cidades brasileiras, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre teve origem na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS)¹⁰. Esta foi criada em setembro de 1985, por exigência do Termo de Adesão às AIS, assinado pelo município. De acordo com Cortes, entre setembro de 1985 e agosto de 1987, não havia regulações internas para dirigir o trabalho da Comissão, que

¹⁰ Durante os governos interventores, foi editada a Lei 3607/71 que criou uma série de Conselhos, entre eles o Conselho Municipal de Saúde em Bem-Estar, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Porém este Conselho como vimos no item anterior não previa participação da sociedade civil e era todo ele indicado pelo Prefeito. Assim, vamos considerar que a origem direta do atual Conselho Municipal de Saúde é a CIMS.

seguia as propostas das autoridades de saúde federal. A primeira proposta de regimento interno surgiu em maio de 1987, por iniciativa de representantes de usuários. O regimento foi aprovado em agosto do mesmo ano e determinava que a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde planejar, decidiria e supervisionaria as ações de saúde da cidade (Cortes, 1995:128). O regimento aprovado estabelecia, também, que os Conselhos Locais de Saúde participariam no processo de tomada de decisão, ajudando a supervisionar a provisão de cuidados médicos e a definir as prioridades em suas respectivas áreas territoriais (Cortes, 1995:129).

Entre os anos de 1987 e 1988, as autoridades municipais de saúde reforçaram a organização das Comissões Locais de Saúde, sendo criadas mais quatro CLIS. Entretanto, o envolvimento dos representantes dos diferentes segmentos variava entre as diferentes Comissões Locais de Saúde¹¹ (Cortes, 1995:130).

No ano de 1990, foi aprovada a Lei 8.142 (Brasil, 1990), que normatizou a criação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. No ano seguinte, iniciou em Porto Alegre a discussão sobre a transformação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde em Conselho Municipal de Saúde. Houve inúmeras discussões nas plenárias da Comissão com pressão dos diferentes grupos de interesses que desejavam ser incluídos na formação do Conselho.

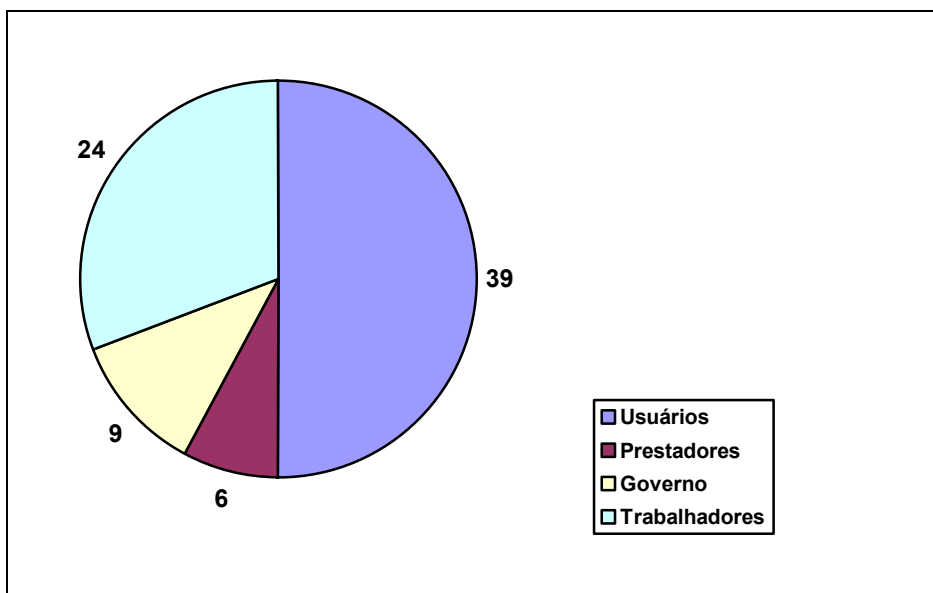
O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre foi criado através da Lei Complementar Nº 277 (Porto Alegre, 1992), de 20 de maio de 1992. Esta Lei definia as competências, a composição e as atribuições de cada instância do Conselho.

¹¹ Para detalhamento do funcionamento das CLIS no período, ver Cortes (1995).

Dentre as competências do Conselho contidas na Lei de sua fundação, encontram-se: a) definir as prioridades da saúde, observadas as normas da LOM; b) estabelecer e aprovar as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde; c) formular estratégias e controlar a execução da política de saúde entre outras.

Com relação à composição, a Lei prevê a paridade entre a representação dos usuários e dos outros segmentos, através de 78 conselheiros assim distribuídos: 39 representantes dos usuários, 24 representantes dos trabalhadores e profissionais de saúde, nove representantes do governo e seis representantes dos prestadores de serviços de saúde, como podemos ver no gráfico abaixo:

Gráfico 2 -Composição do CMS de Porto Alegre



Fonte : Porto Alegre, Lei 277/92

As entidades que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, por segmento estão relacionadas no quadro a seguir.

Quadro 2 – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, por segmento

Segmento	Entidades / Categorias Profissionais	Número de representantes
Usuários	Central Única dos Trabalhadores Força Sindical Confederação Geral dos Trabalhadores União das Associações de Moradores de POA – UAMPA Federação das Indústrias do RS – FIERGS Associação Comercial de Porto Alegre Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural – AGAPAN Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Porto Alegre Centro de Hemofílicos do RS Grupo de Prevenção da AIDS – GAPA Conselho Nacional de Igrejas Cristãs – CONIC Sindicato dos Municípios de Porto Alegre – SIMPA Sindicato da Câmara Municipal de POA – SINCAMARA Entidade de Proteção de defesa do consumidor – PROCOM Associação Gaúcha dos Deficientes Renais Categoria dos previdenciários – SINDISEPE Associação dos Docentes da UFRGS – ADUFRGS Usuários representantes das Comissões Locais de Saúde (2 por CLS).	39
Trabalhadores	Categoria dos médicos Categoria dos enfermeiros Categoria dos odontologistas Categoria dos psicólogos Categoria dos farmacêuticos e bioquímicos Categoria dos nutricionistas Categoria dos veterinários Categoria dos assistentes sociais Categoria dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais Federação dos Empregados em Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do RS Associação dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde Centro de Servidores da Secretaria da Saúde e Meio-Ambiente	24

	Trabalhadores representantes de cada uma das Comissões Locais de Saúde (1 por CLS).	
Governo	Secretaria Municipal de Saúde Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal – CMPA /COSMAM Secretaria Municipal de Meio Ambiente Primeira Delegacia Regional de Saúde Departamento de Águas e Esgotos Ministério da Saúde Ministério da Educação Ministério do Trabalho Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor – FEBEM.	9
Prestadores	Sindicato dos laboratórios de Análises Clínicas do RS Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do RS Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Porto Alegre Federação das Associações de Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos do RS Associação Brasileira de Hospitais Universitários e Ensino.	6

Fonte: Porto Alegre, Lei 277/92

Os conselhos do setor saúde diferenciam-se de outros conselhos setoriais de políticas públicas por garantirem a paridade entre os usuários da política e os demais segmentos envolvidos no setor. As atribuições e a análise do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre serão apresentadas no capítulo seguinte deste trabalho.

3.5. Considerações finais

Este capítulo apresentou a caracterização geral do município de Porto Alegre, buscando demonstrar que existiram alguns fatores na cidade, como a

tradição de participação comunitária, por exemplo, que facilitaram a implementação e consolidação de canais de participação. Estes canais de participação vêm sendo criados principalmente a partir da década de 80. No caso da área da saúde, o processo de descentralização da política desencadeado pelo Programa das AIS, proporcionou o debate e a efetivação da Municipalização da Saúde. Por fim, caracterizou-se o Conselho Municipal de Saúde, enfatizando sua formação e composição. A análise do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e de seu envolvimento no processo de decisão sobre a política de saúde será feita no capítulo a seguir.

4 - O PROCESSO DE DECISÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Este capítulo apresenta a análise dos dados empíricos examinados dispostos da seguinte maneira. Primeiramente, apresentamos a estrutura do Conselho Municipal de Saúde de um modo geral. A seguir, a análise do processo de decisão no Conselho Municipal de Saúde é realizada, enfocando dois aspectos que são: (a) o envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre a política de saúde municipal e (b) os atores que controlam o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

4.1. O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – normatização e funcionamento

O funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre é regulamentado por um Regimento Interno que foi aprovado em 25 de setembro de 1997. Este regimento define o Conselho como uma “instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre” (Conselho Municipal de Saúde, 1997). Entre as competências atribuídas ao Conselho no Regimento, destacamos o dever de definir as prioridades de saúde, estabelecer e aprovar as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano

Municipal de Saúde, do Plano Plurianual de Saúde e do Orçamento e as atribuições de controle e fiscalização do gestor.

Para desempenhar tais funções, o Conselho é formado por sete instâncias que possuem composição, funcionamento e atribuições diferenciadas. As instâncias do Conselho são: a Plenária, o Núcleo de Coordenação, a Secretaria Técnica, a Secretaria Executiva, a Comissão de Fiscalização, as Comissões Temáticas/Especiais e os Conselhos Locais de Saúde. A Secretaria de Saúde deve participar de todas as instâncias.

A instância máxima do Conselho é a **Plenária**. A plenária é composta por todos os representantes do CMS previstos na Lei 277/92. A reunião é aberta e todos os que dela participam têm direito a voz. No entanto, o direito ao voto limita-se aos conselheiros titulares. A convocação e a coordenação da Plenária cabem ao Núcleo de Coordenação que é a segunda instância do CMS.

O **Núcleo de Coordenação** tem importante papel como articulador e animador do Conselho e dos conselheiros, visto que cabe a ele organizar e convocar as reuniões, organizar a agenda e encaminhar as deliberações da plenária. O Núcleo de Coordenação é composto por seis membros, eleitos pela plenária e respeitando a paridade com o segmento usuário. Conta com os cargos de coordenador, vice-coordenador, e quatro coordenadores adjuntos.

A **Secretaria Técnica – SETEC** é formada por seis membros. Um diferencial com relação a esta instância é que ela deve ter um Regimento Interno

próprio, aprovado pela Plenária do CMS. Suas atribuições são: examinar, orientar e emitir pareceres técnicos sobre assuntos encaminhados para o Conselho.

A **Secretaria Executiva** é composta por, no mínimo, quatro funcionários e é responsável pelas questões administrativas do CMS, tais como: executar e coordenar atividades administrativas do CMS, zelar pela manutenção, pela ordem dos serviços e materiais do CMS, expedir comunicações aos conselheiros, elaborar documentos, entre outras.

A **Comissão de Fiscalização** é composta por seis membros e tem como atribuições fiscalizar o funcionamento de qualidade dos serviços de saúde de Porto Alegre, fiscalizar atividades que possam proporcionar riscos à saúde da população e apresentar relatórios ao Núcleo de Coordenação.

As **Comissões Temáticas ou Especiais** são constituídas pela Plenária do CMS e devem ser compostas preferencialmente com representantes das entidades que compõem o CMS. Tem como atribuição prestar assessoria ao CMS sobre questões específicas.

Os **Conselhos Locais de Saúde – CLS** são as instituições deliberativas em suas áreas de abrangência, no caso, nos Distritos de saúde. Têm como competência a definição da Política Local de Saúde, o estabelecimento de prioridades através da identificação dos problemas da comunidade e o acompanhamento, avaliação e fiscalização das ações de saúde nos distritos.

O CMS de Porto Alegre reúne ordinariamente a Plenária de quinze em quinze dias, podendo ser convocadas reuniões extraordinárias pelo Núcleo de Coordenação ou por 50% dos conselheiros. O Núcleo de Coordenação reúne-se semanalmente. O CMS funciona no prédio da Secretaria Municipal de Saúde e, em 2000, contava com uma estrutura física razoável, contando com três salas, dois computadores, duas secretárias e estagiários.

4.2. O processo de decisão no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

A análise do processo de decisão no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre enfocará, principalmente dois aspectos. O primeiro refere-se ao *envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre a política de saúde do município*. Os indicadores utilizados para mensurar este aspecto serão (1) a natureza das questões debatidas nas reuniões plenárias do conselho e (2) os encaminhamentos dados pelo gestor municipal às decisões tomadas nas reuniões plenárias. O segundo aspecto a ser analisado refere-se *aos atores que controlam o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre*. Os indicadores nesse caso serão (1) presenças dos diversos segmentos representados no conselho, (2) segmentos sociais que participam na formação da pauta das reuniões plenárias e (3) segmentos sociais que fazem o acompanhamento das decisões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, para garantir que sejam cumpridas.

4.2.1. As pautas de discussão no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Inicialmente foi realizada análise da pauta real de discussões das reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A elaboração dessa pauta resultou do exame de cada uma das atas e da seleção de todos os assuntos tratados em cada uma das dez reuniões analisadas¹². A análise permitiu a construção de uma tipologia para classificar os tipos de assuntos tratados pelo Conselho, que se configura da seguinte maneira:

1. Temas locais, individuais ou informes – Englobam as discussões e decisões sobre os problemas de saúde ou de serviços localizados ou individuais, tais como a falta de profissional ou de medicamento e, também, as apresentações de notícias sobre eventos, bem como informes sobre política de saúde.
2. Temas referentes à regulamentação do Conselho e das Conferências - Referem-se à criação ou mudanças nas regras e funcionamento do Conselho, das Conferências ou de outros mecanismos de participação em saúde
3. Temas referentes à organização das ações e serviços de saúde municipais e de regiões da cidade – Envolvem questões relacionadas ao financiamento, organização e gestão dos serviços de saúde do município.

Com base nesta tipologia, as pautas das reuniões foram analisadas e as questões discutidas foram classificadas, conforme serão apresentadas no Quadro 3. Pode-se concluir que as reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de

¹² A descrição detalhada das pautas reais das reuniões plenárias do CMS, no período analisado, encontra-se em anexo a este trabalho.

Porto Alegre têm tratado de questões importantes da política de saúde municipal. Em todas as reuniões analisadas, houve debates sobre assuntos relacionados à organização das ações e dos serviços de saúde da cidade, o que indica que há envolvimento do Conselho Municipal de Saúde no processo de definição da política de saúde.

Quadro 3 – Pautas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Ata e data da reunião	Assuntos tratados**
Ata 01/2000 – 13 de janeiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes (1) 2. Projeto Porto Saúde 2000 (3) 3. Proposta de regulamento da III Conferência Municipal de Saúde (2)
Ata 02/2000 – 10 de fevereiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de medicamentos nos postos de saúde (3) 2. III Conferência Municipal de Saúde (2) 3. Assuntos gerais (1)
Ata 03/2000 – 02 de março	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plano de Aplicação do Hospital de Pronto Socorro (3) 2. Serviço de Emergência do Hospital São Lucas da PUC (3) 3. III Conferência Municipal de saúde (2) 4. Informes (1)
Ata 04/2000 – 16 de março	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes da coordenação (1) 2. Informes da plenária (1) 3. Convênio do Programa de Saúde da família coma Fundação da Apoio da UFRGS (3) 4. Hospital Sanatório Partenon (3) 5. Assuntos gerais (1)
Ata 05/2000 – 23 de março*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proposta de Contrato de Metas com os prestadores (3) 2. Assuntos gerais (1)
Ata 06/2000 – 06 de abril	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório de Gestão de 1999 e Prestação de Contas do Quarto Trimestre de 99 da SMS (3)

	2. Assuntos gerais (1)
Ata 07/2000 – 04 de maio	1. Informes (1) 2. Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais (3) 3. III Conferência Municipal de Saúde (2) 4. Informes da Secretaria Executiva(1)
Ata 08/2000 – 18 de maio	1. Informes (1) 2. Proposta de Contrato de Metas com os prestadores (3) 3. Assuntos gerais (1)
Ata 09/2000 – 01 de junho	1. Informes (1) 2. Hospital Sanatório Partenon (3) 3. Assuntos gerais (1)
Ata 10/2000 – 15 de junho	1. Informes (1) 2. Missões Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU (3)

Notas do quadro

(*) Reunião extraordinária

(**) – as questões estão classificadas como : (1) temas locais, individuais ou informes; (2) temas referentes à regulamentação do Conselho e das Conferências e (3) temas referentes à ações e política de saúde municipais e de regiões da cidade.

Fonte: CMS de Porto Alegre. Atas das Reuniões Plenárias, 2000.

Saliente-se, entretanto, que o fato de as decisões sobre a política de saúde passarem pelo Conselho não significa, automaticamente, que elas estejam sendo implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde, ou que o Conselho tenha poder de decisão sobre elas. O Conselho poderia estar sendo um mero consultor. Ora, de acordo com a “escada de participação cidadã” de Arnstein (1969), considera-se que há um envolvimento do tipo participação quando os cidadãos, através de mecanismos de participação, estiverem aptos a negociar com os donos de poder e tiverem poder de decisão e controle sobre os governantes. Assim, para avaliar se o Conselho tem poder de decisão e de controle sobre o gestor, é

necessário observar a forma de relacionamento entre Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com todas as entrevistas realizadas (Entrevista 1,2000; Entrevista 2, 2000; Entrevista 3, 2000; Entrevista 4,2000; Entrevista 5,2000; Entrevista 6, 2000; Entrevista 7,2000; Entrevista 8,2000; Entrevista 9, 2000 e Entrevista 10, 2000), a Secretaria Municipal de Saúde mantém uma boa relação com o Conselho Municipal de Saúde em Porto Alegre, e costuma acatar as decisões da plenária. Um dos conselheiros entrevistados comentou esta relação. Para ele, a relação

“tem sido excelente (...). Acho que as coisas são muito claras, são definidas. Não há coisas do tipo “pega ratão” (...)Acho que é uma relação muito transparente. Acho também, que o corpo técnico da Secretaria quando comparece ao Conselho tem sido muito honesto. Assim,[com relação as] as dúvidas que surgem no conselheiros – nas representações dos bairros, nos agentes de saúde -, não tem sido “dourada a pílula”, (...) tem sido apresentada a realidade” (Entrevista 8,2000)

A transparência estabelecida na relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho tem sido fundamental na constituição de um entendimento que vem sendo construído entre ambos. De acordo com outro conselheiro entrevistado, tem sido estabelecida uma relação de parceria (Entrevista 2,2000). O conselheiro alerta que esta parceria não descarta descontentamentos, como por exemplo, a forma atropelada com que as questões a serem discutidas chegam até o Conselho. Nas palavras dele “não vivemos num paraíso terrestre”, entretanto, a relação entre o Conselho e o gestor municipal

“(...)é de parceira, que dizer, não há um antagonismo. Eu costumo dizer [que] ninguém ta pra atrapalhar a vida do outro, porque não é esse o nosso sentido. Quanto melhor funcionar a Secretaria, mais o Conselho se sente feliz, porque (...) a proposta do nosso trabalho é trabalhar a favor da população” (Entrevista 2,2000)

Esta relação harmoniosa foi comentada por um dos conselheiros representantes do governo.

“Eu diria que é uma relação, antes de tudo, de respeito, de autonomia. Tanto nossa [da Secretaria] em relação ao Conselho, como do Conselho em relação ao gestor – à Secretaria. De reconhecimento, de identificação do espaço de cada um (...). Existe uma identidade, um poder real do Conselho enquanto estrutura autônoma e nós respeitamos isso e não evitamos de fazer o enfrentamento quando necessário. Se nós tivermos uma posição que nós queiramos defender e achamos que o Conselho está equivocado, nós vamos lá defender e vice-versa. Se o Conselho entende que o gestor está equivocado, o Conselho também faz o seu papel (...), ir lá e dizer “não, esse não é o caminho”, “isso vai ser prejudicial para a saúde pública” (...). Acho que antes de tudo é uma relação democrática, de respeito.” (Entrevista 1)

A construção desta relação “democrática, de respeito” entre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Secretaria Municipal de Saúde pode ter se consolidado devido à conjunção de quatro fatores. O primeiro refere-se à “tradição de participação popular” na cidade de Porto Alegre, analisada no capítulo anterior. A população da cidade tem o “costume” de se envolver nas questões públicas, conforme demonstrou o estudo do IBGE apresentado anteriormente.

O segundo fator que facilita o envolvimento do Conselho no processo de definição da política municipal de saúde, seria o que Arretche (2000) denominou

como “legado das políticas prévias”. No caso específico do setor saúde há uma experiência anterior de participação da sociedade civil na gestão da política, vivenciado nas Comissões Interinstitucionais Municipais e Locais de Saúde, criadas ainda nos anos 80. A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Porto Alegre tinha um envolvimento considerável nas decisões sobre a política (Cortes, 1995) e esta experiência influencia na forma como o atual Conselho se relaciona como gestor público municipal. O legado das políticas prévias, como já foi visto, deriva do fato de que, na história, o que vem antes condiciona o que vem depois.

O terceiro fator que tem contribuído para o envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre a política de saúde em Porto Alegre, refere-se ao fato de o gestor municipal apoiar e promover o envolvimento da população nas questões públicas – através do Orçamento Participativo, por exemplo. Um dos conselheiros entrevistados, representante dos usuários afirmou que nos lugares onde o gestor “não dá bola ao movimento popular”, os Conselhos acabam sendo meros elementos cartoriais, ou seja, restringe-se a assinar documentos pareceres (Entrevista 2, 2000)

Finalmente, o quarto fator que facilita o envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre as políticas de saúde municipais, refere-se ao fato de ele tem servido de arena de discussão dos grupos de interesse do setor saúde, configurando uma *policy community* que tem fortalecido o Conselho como espaço de apresentação, discussão e mediação de interesses. Este fator tem sido trabalhado por Cortes (2002) que constatou que a consolidação de conselhos municipais de as políticas públicas obteve sucesso onde formou-se uma *policy community* (Cortes, 2992, 12).

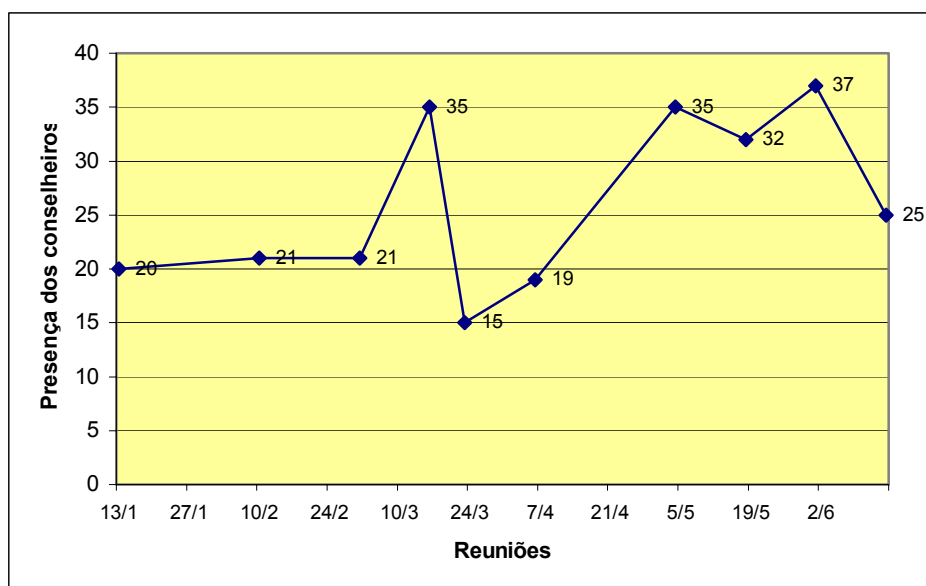
Assim, a conjunção destes quatro fatores parece estar proporcionando ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, a possibilidade de se caracterizar como uma nova forma de relacionamento entre a sociedade civil e o Estado, pelo menos no que tange à gestão da política de saúde. A seguir passaremos a analisar quem são os atores que têm predominado no processo de decisão que ocorre no interior do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

4.2.2.Freqüência dos conselheiros às reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Cortes (1995) demonstrou existir correlação entre uma maior freqüência de conselheiros nas reuniões e a intensidade de envolvimento nas decisões, ou seja, quando os conselheiros são mais presentes eles se envolvem de forma mais intensa e vice-versa. Assim, passaremos a analisar a presença dos conselheiros em geral, e por segmento, nas reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, no período compreendido entre os meses de janeiro e junho do ano 2000.

Conforme foi visto no final do capítulo anterior, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre é composto por 78 entidades representantes de usuários, de trabalhadores do setor saúde, de prestadores de serviços e do governo. Entretanto, a média de presenças nas reuniões plenárias analisadas foi de 26 conselheiros, o que corresponde a 33 % do número total de conselheiros e o pico de freqüência foi de 37, conforme podemos observar no Gráfico a seguir.

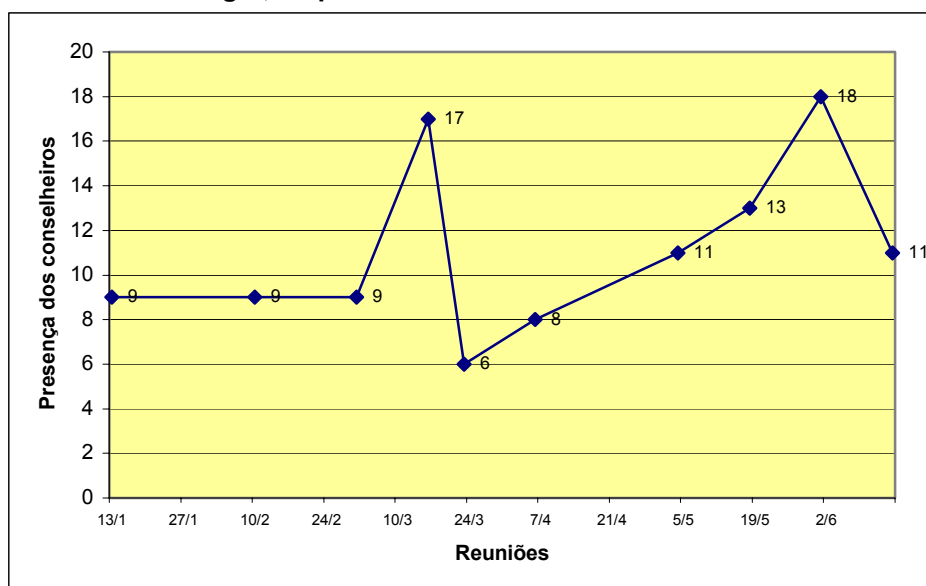
Gráfico 3 – Total de conselheiros presentes às reuniões do Conselho no primeiro semestre de 2000



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Listas de presenças das plenárias, 2000

Os diversos segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre comportam-se de modo diferente no que tange à freqüência às reuniões. O segmento com maior número de assentos no Conselho é o dos representantes de usuários, com 39 conselheiros. No entanto, a média de presenças deste segmento nas reuniões analisadas foi de 11 usuários, o que representa 28% do total de 39 conselheiros. O pico de presenças de usuários foi de 18 conselheiros, o que corresponde a 46% dos 39 previstos. No gráfico a seguir apresentamos a freqüência dos conselheiros representantes dos usuários por reunião plenária do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

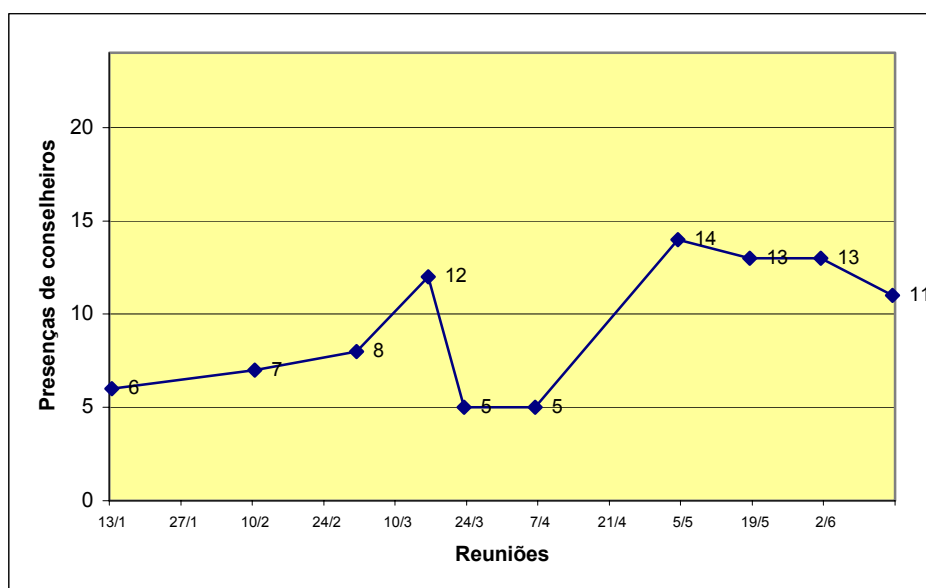
Gráfico 4 – Total de presenças dos conselheiros representantes dos usuários nas reuniões do CMS de Porto Alegre, no primeiro semestre de 2000



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Listas de presenças das plenárias, 2000

O segundo segmento, em número de assentos no CMS é o de representantes de trabalhadores em saúde, com 24 representantes. A média de presença de representantes dos trabalhadores em saúde nas reuniões plenárias analisadas foi 11 conselheiros, o que corresponde a 45% do total de 24 assentos. O pico de frequência foi de 13 conselheiros, ou seja, 54% do total. A seguir, apresentaremos o gráfico que expressa a frequência destes representantes por reunião plenária.

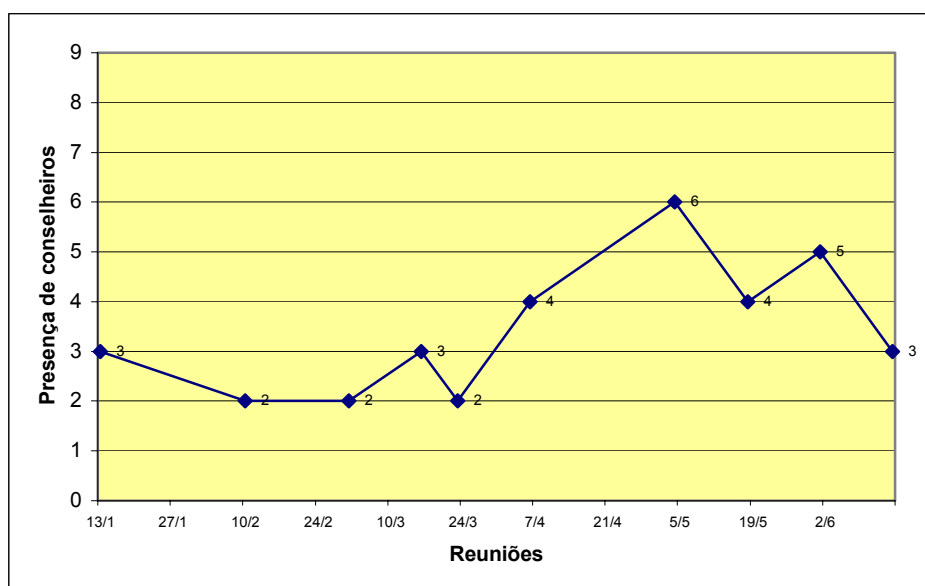
Gráfico 5– Total de presenças dos conselheiros representantes dos trabalhadores em saúde nas reuniões do CMS de Porto Alegre no primeiro semestre de 2000



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Listas de presenças das plenárias, 2000

O segmento de representantes do governo possui nove representantes no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. No período analisado, a média de presentes deste segmento foi de três conselheiros, o que corresponde a 33% do total de nove conselheiros previstos. O pico de participação foi de 6 conselheiros representando o governo, o que significa 66% do total de nove conselheiros previstos. O gráfico a seguir demonstra a presença dos representantes governamentais por reunião plenária do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

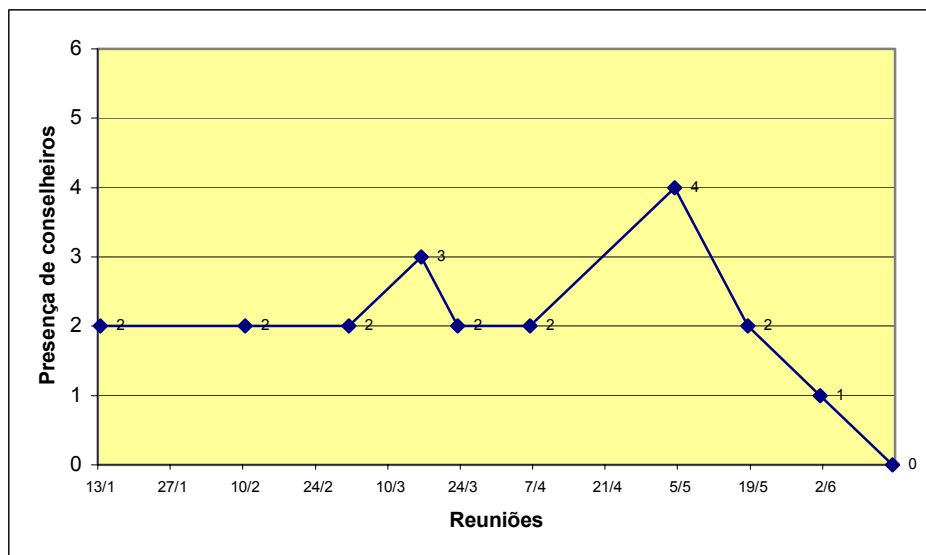
Gráfico 6 – Total de presenças dos conselheiros representantes do governo nas reuniões do CMS de Porto Alegre no primeiro semestre de 2000



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Listas de presenças das plenárias, 2000

O segmento dos prestadores de serviço tem seis assentos no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A média de presenças no período analisado foi de dois conselheiros deste segmento, o que representa 33% do total de seis representantes previstos. O pico de frequência foi de quatro conselheiros, ou seja, 66% do número total de assentos deste segmento nas reuniões plenárias. O gráfico a seguir demonstra o número de conselheiros representantes dos prestadores de serviço por reunião plenária do conselho.

Gráfico 7 – Total de presenças dos conselheiros representantes dos prestadores privados de serviços de saúde nas reuniões do CMS de Porto Alegre no primeiro semestre de 2000



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Listas de presenças das plenárias, 2000

A análise dos dados referentes à presença dos conselheiros nos permite tecer algumas considerações com relação ao envolvimento dos representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Em primeiro lugar, percebe-se que os representantes do segmento de usuários têm sido menos freqüentes em proporção ao número total de conselheiros previstos, do que os representantes dos outros segmentos. O pico máximo de presenças dos representantes deste segmento foi de 18 conselheiros, o que representa 28% do total. O pico de presença dos outros segmentos apresentou-se da seguinte forma: representantes dos trabalhadores de saúde – 13 conselheiros (45% em 24 assentos), representantes do governo – seis conselheiros presentes (66% em 9 assentos) e representantes dos prestadores de serviço – quatro conselheiros (66% em 6 assentos). A menor presença dos representantes de usuários pode ser explicada por uma menor disponibilidade de “recursos de poder” (Korpi, 2000), ou

seja, os representantes de usuários teriam menos força e conseqüentemente, menos condições de influenciar o processo de decisão, quer pela falta de experiência em processos decisórios na área da saúde – já que a representação dos usuários, em sua maioria tem origem nas classes populares, que tradicionalmente têm sido aliadas dos processos políticos no Brasil -, quer por outras questões pontuais, como por exemplo, a dificuldade de locomoção, disponibilidade de horários, etc.

Entretanto, verificaremos também que em determinadas reuniões plenárias há um aumento significativo de presenças de todos os segmentos representados no Conselho – inclusive o de usuários. Este aumento coincide com a discussão de assuntos polêmicos.

As reuniões com maior número de presentes de todos os segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde foram as de número oito e nove, que trataram, respectivamente, da análise da Proposta do Contrato de Metas com os Prestadores Privados de Serviços de Saúde e da Transformação do Hospital Sanatório Partenon em Hospital Geral. Para melhor demonstrar como se dá a dinâmica do processo de decisão no Conselho, apresentaremos um resumo dessa discussões.

1. Discussão sobre a proposta de Plano de Metas com prestadores privados de serviços de saúde ou Contrato de Metas

Este Plano ou Contrato “é um instrumento que o município de Porto Alegre e os hospitais celebram entre si, visando a prestação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS” (Conselho Municipal de Saúde, ata nº8, de 18/05/2000). É uma exigência do Ministério da Saúde e baseia-se em uma regulamentação ministerial, que compreende um plano operativo e define recursos e metas para cada um dos hospitais contratados. Dentre as cláusulas da proposta do Contrato, destacam-se aquelas que obrigam os prestadores a adotar medidas de resolutividade e a vincular-se à Central de Regulação de Internações Hospitalares e serviços de atendimento médico. No caso de não cumprimento do contrato, é garantido ao gestor o direito de bloquear total ou parcialmente o pagamento. A proposta de Contrato de Metas foi elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde e levada a apreciação da plenária do Conselho Municipal de Saúde em duas reuniões no período analisado (reuniões de número 5 e 8), sendo aprovada por unanimidade após esclarecimentos e adendos. O aumento considerável de presenças de todos os segmentos sociais representados no Conselho nas reuniões que trataram deste assunto pode ser explicado pelo fato de as cláusulas do Contrato de Metas propiciarem o aprofundamento do Controle Social por parte do Conselho Municipal de Saúde. Os prestadores de serviços de saúde passam, ao assinar o contrato, a ter de prestar contas do uso dos recursos públicos, além de seguir orientações do gestor – aprovadas pelo Conselho – acerca da assistência à saúde, o que facilita o controle por parte do Conselho.

2. Discussão sobre a transformação do Hospital Sanatório Partenon em Hospital Geral

Esta discussão foi tratada nas reuniões de números quatro e nove, mas a sua origem é mais antiga, já tendo sido realizada inclusive na II Conferência Municipal de Saúde (Entrevistas 7,2000 e 10,2000). Pode-se verificar um aumento considerável de presenças de todos os segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde nas duas reuniões que trataram da questão no período analisado. Foi trazida pelos representantes do Conselho Local de Saúde Seis – da região do Partenon.

O Hospital Sanatório Partenon é uma estrutura que pertence ao governo estadual (Entrevista 1,2000), e, portanto, não foi municipalizado. Assim, a discussão “é calorosa porque tem o Estado junto” (Entrevista 10,2000). O Hospital Sanatório Partenon foi construído em 1951 e desde então, tem sido referência ao acompanhamento, diagnóstico, tratamento e controle da tuberculose. (Conselho Municipal de Saúde, Ata nº 4/2000). A grande polêmica envolvendo o Hospital Sanatório Partenon refere-se ao fato de que a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Local de Saúde VI tinham posicionamentos diferentes. O gestor estadual pretendia manter o perfil assistencial do Hospital, diante de um aumento de incidência de tuberculose, principalmente com o aumento dos casos de AIDS. O Conselho Local de Saúde da Região Seis propunha a transformação do Hospital Sanatório Partenon em Hospital Geral, com atendimento às emergências. Num primeiro momento, a discussão foi adiada. É preciso destacar que há referências nas atas que esta discussão deveria estar ocorrendo entre o gestor estadual e o CLS VI,

no entanto, nunca ocorreu de fato. Na segunda reunião que tratou da questão, a proposta do Conselho Local de Saúde foi aprovada. No entanto, o encaminhamento dado pelo Conselho foi de formar uma Comissão para continuar discutindo a questão. Cabe destacar que de acordo com os entrevistados (Entrevista 1,2000; Entrevista 2,2000; Entrevista 5,2000; Entrevista 7,2000) esta Comissão não se efetivou.

Estes dois temas debatidos nas reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre são “assuntos quentes” (Entrevista 10,2000), o que faz com que ocorra um maior envolvimento dos conselheiros em geral. Além disso, o rumo das discussões e as decisões aprovadas particularmente no que tange ao Hospital Sanatório Partenon, demonstram que os conselheiros representantes de usuários - embora na maioria das vezes disponham de uma menor quantidade de “recursos de poder” -, ao tratarem de temas propostos por eles e considerados importantes para a organização dos serviços de saúde na cidade, se articulam, se fazem presentes e garantem meios para aprovar suas propostas nas reuniões plenárias.

4.2.3. Atores que predominam no processo de decisão do Conselho Municipal de Saúde

Conforme foi visto, o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de decisão sobre a política de saúde de Porto Alegre pode ser evidenciado nos seguintes fatos: (a) o Conselho tem tratado de questões relacionadas à política e ações de saúde no município de Porto Alegre; (b) o

Conselho tem sido a arena de enfrentamento dos grupos de interesse do setor saúde na cidade e (c) os conselheiros têm se envolvido no processo de decisão, embora sua frequência às reuniões plenárias varie conforme a natureza das questões tratadas.

A seguir passaremos a analisar no interior do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, o processo de tomada de decisão, buscando identificar quais são os atores que têm predominado, ou seja, quais os atores que, predominantemente, têm trazido as questões para serem discutidas pelos conselheiros. Para isso, mais uma vez recorreremos à análise da pauta de discussões das reuniões plenárias, buscando identificar a origem de cada uma das questões debatidas. Inicialmente, foram analisadas as atas das reuniões da Plenária no primeiro semestre do ano de 2000. Nestas reuniões, elegeu-se as principais questões debatidas e deliberadas pelo Conselho, para a seguir, averiguar a origem – que segmento social colocou o assunto na pauta – e o destino de cada uma das decisões tomadas. A seguir apresentamos um quadro com as decisões selecionadas para análise, identificando o segmento social que propôs a discussão.

Quadro 4 – Decisões selecionadas para análise

Decisão	Reunião onde foi tratada	Origem da proposta
Projeto Porto Saúde	13/01/2000	Secretaria Municipal de Saúde
Falta de medicamentos nos postos de saúde	10/02/2000	Usuários e profissionais de as saúde locais (CLS)

Serviço de Urgência e Emergência do Hospital São Lucas / PUC	02/03/2000	Usuários e profissionais de as saúde locais (CLS)
Convênio Programa de Saúde da Família – Fundação de Apoio da UFRGS	16/03/2000	Secretaria Municipal de Saúde
Transformação do Hospital Sanatório Partenon em Hospital Geral	16/03/2000 e 01/06/2000	Usuários e profissionais de as saúde locais (CLS)
Contrato de Metas com os Prestadores de Serviço	23/03/2000 e 18/05/2000	Secretaria Municipal de Saúde
Missões da SAMU	15/06/2000	Trabalhadores das Missões SAMU – Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: Conselho Municipal de Saúde – Atas das reuniões plenárias ; Entrevistas com conselheiros

Podemos verificar que há um equilíbrio no que se refere à origem das decisões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Do total de sete decisões, quatro foram trazidas pela Secretaria Municipal de Saúde e três foram trazidas pelos representantes de usuários e trabalhadores locais de saúde. Entretanto se formos analisar de forma mais aprofundada as proposições dos Conselhos Locais, com exceção da questão já analisada do Hospital Sanatório Partenon, trata-se de reclamações e reivindicações de melhorias em serviços ou ações pré-existentes, enquanto que as proposições do gestor, em sua maioria, trata-se de implementação de políticas de saúde. Este dado pode indicar que os conselheiros representantes de usuários, na maioria das vezes, não tem conseguido propor ações ou políticas de saúde.

Algumas razões podem ser apontadas para explicar esta dificuldade dos representantes de usuários do Conselho Municipal de Saúde em propor ações e políticas de saúde nas reuniões plenárias. A primeira refere-se à necessidade de capacitação. A gestão da política de saúde envolve uma série de procedimentos burocráticos, conhecimento de termos e expressões contábeis e financeiras, entre outras dificuldades que entravam o envolvimento dos conselheiros representantes dos usuários no processo de proposição de ações. Alguns conselheiros entrevistados, representantes de Conselhos Locais de Saúde comentaram estas dificuldades:

“a Lei diz que o Conselho tem que fazer, mas o Conselho deveria fazer na plenitude se tivesse condições técnicas de fazer, mas a gente não tem. (...). Nós temos hoje que esperar que a Secretaria nos apresente o projeto e nós vamos avaliar, dar nova sugestão, e às vezes, não vamos alterar nada porque é absolutamente inviável. E a gente tem que aprovar porque a gente não tem conhecimento técnico de montar, por exemplo, uma peça orçamentária da saúde no Município. Não teríamos condições de fazer isso porque a gente não tem tecnicamente condições. Até porque o Conselho é formado de representantes da comunidade, que são pessoas comuns, sem técnicos de saúde” (Entrevista 4,2000).

Entretanto, o processo de participação no CMS acaba por favorecer um aprendizado por parte dos conselheiros na forma de lidar com estas dificuldades:

”quando eu entrei pra saúde (,,,) eu não sabia nada. As primeiras reuniões que eu vim pra cá, eu me sentia mal, porque eu não entendia- parecia que tavam falando outra língua. (...) eu acho que ainda sou nova no processo, mas eu acho que a gente ainda tem que aprender muita coisa” (Entrevista 10,2000).

A necessidade de capacitação dos conselheiros apareceu em deliberações da III Conferência Municipal de Saúde realizada em 2000 que determinou, entre outras medidas relacionadas ao tema, a instituição de uma política de formação dos Conselheiros de Saúde. A preocupação com a capacitação dos conselheiros não é uma especificidade do município de Porto Alegre. Prova disto é que o Conselho Nacional de Saúde em parceria com a Secretaria de gestão de Investimento em Saúde do Ministério da Saúde (SIS/MS) e o Ministério Público criou o Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS que visa fortalecer os mecanismos de controle social através da capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde na formulação de estratégias e controle da execução de políticas.¹³

Outra possível razão que tem impedido os representantes de usuários do Conselho Municipal de Saúde de estar propondo ações e políticas de saúde é a maneira como vem sendo estabelecida a descentralização das ações de saúde por parte do Governo Federal. A vinculação do repasse de recursos à implementação de determinados programas, como o de combate a carências nutricionais, por exemplo, força o gestor municipal a implementar o programa em prazos restritos, pressionado o CMS. Caso o CMS não aprove determinados planos em períodos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o município “perde” o recurso e tal programa fica prejudicado. Esta forma de pressão limita o caráter democrático da descentralização da política de saúde, visto que o município não consegue fazer a sua avaliação sobre as ações de saúde necessárias e acaba cumprindo uma série de

¹³ O Programa prevê a capacitação dos conselheiros através da realização de oficinas de trabalho que simulem e problematizem situações vividas pelos conselheiros no desempenho de suas atividades.

determinações do Ministério da Saúde. Desta forma, grande parte da agenda de discussões do Conselho é formada pelo gestor federal (Entrevista 8,2000), que engessa o processo de descentralização e limita o potencial de gestão por parte dos municípios.

Além de ter predominância na proposição de ações e políticas de saúde novas a serem discutidas pelo Conselho Municipal, o controle sobre o encaminhamento das decisões tomadas parece ter ficado sob cuidados da Secretaria Municipal de Saúde ou dos próprios servidores responsáveis por implementar as ações. Alguns conselheiros admitiram nas entrevistas (Entrevista 2,2000; Entrevista 7,2000; Entrevista 9,2000), que o Conselho Municipal de Saúde não tem conseguido acompanhar as decisões tomadas nas reuniões plenárias.

“Uma coisa que é uma falha, tem sido falha a ponto da gente avaliar, é que muitas vezes as nossas decisões – nós não continuamos acompanhando de perto-, para ver até que ponto as coisas estão acontecendo. (...) é uma falha, mas a gente reconhece, a gente sabe” (Entrevista 2,2000).

Outro conselheiro entrevistado afirma que “o problema do Conselho é que tu não sabe o retorno de todas as coisas” (Entrevista, 7,2000). Assim, apesar do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre ter um envolvimento no processo de decisão sobre a política a ser adotada no município, a decisão de implementação ou não das ações determinadas acaba ficando a mercê da disposição do gestor e, por vezes, de servidores, em seguir ou não as determinações do Conselho.

4.3. Considerações finais

Este capítulo apresentou o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, seu papel no processo de decisão sobre a política de saúde do município e a influência dos diversos atores que participam no processo de decisão que ocorre no Conselho.. Para isso, tratou de duas questões básicas, a saber: (a) se o Conselho se envolve ou não no processo e (b) quais são os atores que predominam no processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde.

Procurando relacionar os dados empíricos ao referencial teórico apresentado no primeiro capítulo, o processo de decisão sobre a política de saúde e a dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde foram sendo descritos e analisados e pode-se concluir que:

(a) com relação ao envolvimento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de decisão sobre a política de saúde do município tem havido participação, já que as principais decisões políticas relacionadas a política de saúde municipal tem passado pelas reuniões plenárias;

(b) com relação aos atores que tem controlado o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde pode-se verificar duas questões. A primeira refere-se ao fato de que os conselheiros representantes do segmento de usuários têm sido menos presentes às reuniões do Conselho, mas conseguem articular seus recursos de poder, na busca pela aprovação das questões por eles propostas. A

segunda questão refere-se a influência destes conselheiros na formação da pauta e acompanhamento das decisões tomadas pelo Conselho. Pelos dados analisados, conclui-se que os representantes de usuários propõem menos questões a serem debatidas nas reuniões plenárias e via de regra, não acompanham o encaminhamento dado pelo gestor. Assim, não podemos considerar que há participação efetiva dos conselheiros representantes de usuários na formulação das questões. Há isto sim, um predomínio de proposições e influências do gestor municipal. Ou seja, embora o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tenha se constituído num espaço de discussão sobre as políticas de saúde municipais, o gestor municipal continua sendo o ator que influencia mais na formação da pauta e é quem decide como as questões serão implementadas, sem que exista um controle por parte do Conselho. Assim, embora possamos atribuir ao tipo de envolvimento do Conselho Municipal de Saúde o status de participação (Arnstein, 1969), o que tem havido é uma delegação de poder. O status de “controle cidadão” só se efetivará quando o Conselho Municipal de Saúde, além de ter poder de decisão sobre a política, conseguir efetivamente, exercer um controle sobre o gestor.

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho é verificar se o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre se envolve no processo de decisão sobre a política de saúde na cidade e, no caso de se envolver, como ocorre este processo. Buscando responder a essas questões, focalizamos nossa análise em dois aspectos. O primeiro refere-se ao envolvimento do Conselho Municipal de Saúde Porto Alegre no processo de decisão sobre a política de saúde municipal. O segundo trata dos segmentos que têm controlado o processo de decisão no interior do Conselho.

Para focalizar o primeiro aspecto – o envolvimento do Conselho no processo de decisão sobre a política de saúde municipal -, utilizamos dois tipos de indicadores. O primeiro trata-se da natureza das questões debatidas nas reuniões plenárias do Conselho. Foi necessário construir uma tipologia para abarcar os temas discutidos nas reuniões plenárias. Na realidade, pretendia-se verificar se as questões debatidas eram questões importantes no processo de definição da política. A tipologia construída envolvia três possíveis tipos de assuntos: (1) temas locais, individuais ou informes; (2) temas referentes à regulamentação do Conselho e das Conferências e (3) temas referentes à organização das ações e serviços de saúde municipais e de regiões da cidade. A análise das questões discutidas nas reuniões

plenárias permite concluir que o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem tratado de questões importantes da política de saúde municipal, visto que em todas as reuniões analisadas houveram assuntos relacionados à organização das ações e dos serviços de saúde da cidade.

O segundo indicador analisado para enfocar o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde no processo de decisão sobre a política de saúde no município, refere-se aos encaminhamentos dados pelo gestor às decisões tomadas pelas reuniões plenárias. De acordo com as entrevistas realizadas, pode-se concluir que há um bom relacionamento entre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Secretaria Municipal de Saúde, que costuma acatar e implementar as decisões tomadas nas reuniões plenárias do Conselho.

A análise do segundo aspecto focalizado neste trabalho - os segmentos sociais que controlam o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - se deu através de três indicadores. O primeiro refere-se à análise da presença dos diferentes segmentos sociais representados no Conselho as reuniões plenárias. A análise da presença dos segmentos sociais às reuniões plenárias demonstrou que: (a) os conselheiros representantes de usuários têm sido – proporcionalmente - menos freqüentes do que os representantes dos outros segmentos, o que poderia significar um não-envolvimento deste segmento no processo de decisão; (b) entretanto, há um aumento considerável de presenças de todos os segmentos sociais , quando ocorrem discussões polêmicas, donde pode-se concluir que o envolvimento é maior quando as questões tratadas são de interesse dos conselheiros; (c) o fato dos representantes do segmento de usuários estarem

menos presentes às reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde pode ser explicado por disporem de uma menor quantidade de “recursos de poder” (Korpi, 2000) do que os outros segmentos. Estes recursos podem tratar-se de conhecimento sobre as questões, disponibilidade de recursos financeiros e de horário, entre outras questões.

O segundo indicador utilizado para verificar quais segmentos sociais têm controlado o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde, refere-se aos segmentos sociais que participam na formação da pauta das reuniões plenárias do Conselho. Analisamos as decisões tomadas pelas reuniões plenárias buscamos identificar qual o segmento social que propôs cada uma delas. A análise permitiu concluir que a maior parte dos assuntos discutidos nas reuniões plenárias são oriundas do segmento do governo.

Finalmente o terceiro indicador – qual o segmento social que acompanha se as decisões tomadas pelo Conselho são implementadas – demonstrou que o Conselho, não costuma acompanhar o encaminhamento das decisões tomadas nas reuniões plenárias.

Os três indicadores referentes aos atores que têm controlado o processo de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre permitem concluir que há uma predominância de influência dos representantes do segmento social de governo no processo.

Em que pese o fato de haver um predomínio do segmento social do governo nas reuniões e na formação da pauta de discussão, o envolvimento dos representantes dos demais segmentos no processo de decisão têm sido intenso e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem se consolidado como um canal de participação da sociedade civil na gestão pública. De acordo com a nossa análise, quatro fatores podem estar contribuindo para isto. O primeiro refere-se à tradição de participação popular que existe na cidade de Porto Alegre. O segundo refere-se ao “legado de políticas prévias” (Arretche), ou seja, a experiência de participação da sociedade civil nas Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde vivenciada na década de 80 em Porto Alegre, estaria facilitando a atuação do atual Conselho. O terceiro fator trata-se do fato do gestor municipal promover e apoiar experiências de participação popular na gestão pública. Finalmente, o quarto fator refere-se à dinâmica do próprio Conselho, que tem servido de arena de discussão dos grupos de interesses, consolidando uma *policy community* que fortalece o Conselho como mecanismo de participação.

De tudo isto, pode-se concluir que o grau de envolvimento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de decisão sobre a política municipal de saúde configura um status de participação, visto que as principais decisões estão sendo analisadas e decididas pelo Conselho e, via de regra, acatadas e encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Utilizando a tipologia de Arnstein (1969) consideramos que o envolvimento do Conselho encontra-se no sétimo degrau da “escada da participação cidadã”, ou seja, no degrau da delegação de poder. O oitavo degrau – controle social - será alcançado quando o Conselho

conseguir acompanhar o encaminhamento das questões decididas nas reuniões plenárias.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON, Perry “Balanço do neoliberalismo” In: SADER, Emir e GENTILLI, Pablo (orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995 (09-38)

ARNSTEIN, Sherry R. “A ladder of citizen participation” In: *Journal of American Institute Planners* **35 (3)**, 1969 (216-224)

BARROS, Elizabeth. *Política de saúde: A complexa tarefa de enxergar mudanças onde tudo parece permanência*. Curitiba: I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Fotocopiado, 1995.

_____ “Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo” In: *Ciência e Saúde Coletiva* **I**, 1996

BEHRING, Elaine Rossetti *Política Social no capitalismo tardio* São Paulo: Cortez, 1998

BÓGUS, Cláudia Maria. *Participação popular em saúde: Formação política e desenvolvimento*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 1998

BORON, Atílio. “Os ‘novos Leviatãs’ e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina” In: SADER e GENTILI, *Pós-Neoliberalismo II – Que Estado para que democracia?*, Petrópolis-Buenos-Aires: Vozes – CLACSO, 1999

BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Goes de. In: *Saúde e Previdência: estudos de políticas social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1986

BRASIL, Congresso Nacional. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e dá outras providências.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988, 1988

BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara (orgs) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez e Rio de Janeiro: UERJ, 2001

CALDERÓN, Adolfo Ignacio. "Gestão municipal e, cidadania e participação popular" In: *Serviço Social e Sociedade 40*, São Paulo: Cortez, 1992 (05-26)

_____. *Democracia local e participação popular: a lei orgânica paulistana e os novos mecanismos de participação popular em questão*. São Paulo; Cortez, 1999.

CAMPOS, Edval Bernardino e MACIEL, Carlos Albero Batista. " Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática" In: *Serviço Social e Sociedade 55*, São Paulo: Cortez, 1997. (143-155)

CARVALHEIRO, Jose e outros. *O município e a saúde*. São Paulo: UCITEC, 1992
CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995

_____. "Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado" In: FLEURY, Sônia (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CASTEL, Robert, WANDERLEY, Luiz Eduardoe BELFIORE_WANDERLEY, Mariangela. *Desigualdade e a questão social 2ªed*. São Paulo: EDUC, 2000

COHN, Amélia. "Descentralização, saúde e cidadania" In: *Lua Nova 32* São Paulo: CEDEC, 1994 (05-16)

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1996

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE,Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, aprovado em 25 de setembro de 1997.

_____, Atas de Reuniões Plenárias, Porto alegre, 2000

_____. Atas das reuniões do Núcleo de Coordenação, Porto Alegre, 2000

CONSELHO REGIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - Coletânea de Leis. Porto Alegre: CRESS, s/ data.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como Janeiro*: Fiocruz, 2000

CORTES, Soraya Maria Vargas. *User participation and reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre*. Londres, London School of Economics and Political Science, Dissertação de Doutorado, 1995.

“Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado” In: *Saúde: Revista do NIPESC*, Porto Alegre: UFRGS, IFCH, NIPESC, 1996 (50-68)

“Conselhos Municipais de Saúde: A possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação” In: *Ciência e Saúde Coletiva III*, 1998 (5-17)-

Balanco de experiências de controle social, para além dos conselho e Conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários. Porto Alegre: mimeo. 2001

Pautas de reuniões e participação de usuários em Conselho Municipal de Saúde (trabalho nº1.181).mimeo, 2002

Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities. Trabalho apresentado no GT 14 – Políticas Públicas XXVI Encontro Anual da ANPOCS, 2002. (mimeo)

DATASUS, Indicadores de dados básicos, Brasil, 2000
(<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2001/c01.htm>)

DEMO, Pedro. *Participação é conquista*.4ª ed. São Paulo:Cortez, 1999

DOWBOR, Ladislau. “Governabilidade e descentralização” In: *Revista São Paulo em perspectiva*, v. 10, nº 3, jul-set, 1996 (21-31).

A reprodução social: propostas para uma gestão descentralizada 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998

ENTREVISTA 1, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 2, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 3, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 4, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 5, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 6, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 7, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 8, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 9, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ENTREVISTA 10, concedida a Andréa Valente Heidrich. Transcrita, Porto Alegre, 2000

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state In *Revista Lua Nova n°24*, São Paulo: CEDEC, Marco Zero, 1991 (85-116)

_____. O futuro do welfare state na nova ordem mundial In *Revista Lua Nova, n°35*, São Paulo: CEDEC, Marco Zero, 1995 (73-111)

FEDOZZI, Luciano. *Orçamento Participativo – Reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*, Porto Alegre: Tomo editorial, Rio de Janeiro: Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal (FASE/IPUR), 1997

_____. Orçamento Participativo e esfera pública: Elementos para um debate conceitual. In: FISCHER, Nilton e MOLL, Jaqueline, *Por uma nova esfera pública: A experiência do orçamento participativo*, Petrópolis: Vozes, 2000 (15-26)

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, *Informe PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego*, Ano 11, n° 12, Porto Alegre: FEE, dez/02

FISCHER, Nilton Bueno e MOLL, Jaqueline (orgs) *Por uma nova esfera pública: a experiência do orçamento participativo*, Petrópolis: Vozes, 2000

FLEURY, Sônia (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRANÇA, Júnia Lessa (org.) *Manual pra normalização de publicações técnico-científicas* 5ª ed. – Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

GENRO, Tarso, “Co-gestão: reforma democrática do Estado” In: FISCHER, Nilton e MOLL, Jaqueline, *Por uma nova esfera pública: A experiência do orçamento participativo*, Petrópolis: Vozes, 2000 (15-26)

GOHN, Maria da Gloria M. *Conselhos Gestores e participação sociopolítica – Questões da nossa época* 84. São Paulo: Cortez, 2001.

_____ “Conselhos populares e participação popular” In: *Serviço Social e Sociedade 34, Ano XI* São Paulo: Cortez, 1990.(65-89)

GRET, Marion e SINTOMER, Yves. *Porto Alegre: a esperança de uma outra democracia*. São Paulo: Loyola, 2002

HAM, C. J. “Community Health Council Participation in NHS Planning System. In: *Social Policy and Administration*, 1980 (221-231)

HARVEY, David. *Condição Pós-Moderna 4ª ed.* São Paulo: Loyola, 1994

IBGE, Associativismo, Representação de Interesses e Intermediação Política. Web Site do IBGE – www.ibge.com.br, acesso em 2002.

JACOBI, Pedro. “ Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate” In: *Lua Nova 20*, São Paulo: CEDEC, 1990 (121-143)

_____ “Descentralização e participação: alcances e limites da inovação no município de São Paulo In: *Serviço Social e Sociedade 41*, São Paulo: Cortez, 1993 (22-38)

JOVCHELOVITCH, Marlova. “O processo de descentralização e municipalização no Brasil” In: *Serviço Social e Sociedade 56* São Paulo: Cortez, 1998 (34-49)

KORPI, Walter. “The power resources model. In: *The welfare state reader*. Edited by Francis G. Castles and Christofer Pierson. Cambridge: Polity Press, 2000

LECHNER, Norbert. “ Reforma do Estado e condução política” In: *Lua Nova Nº 37*. São Paulo: CEDEC, 1996 (33-56)

LEE, Kenneth.e MILLS, Anne *Policy-making and Planning in the Health Sector*. Londres: Croom Helm, 1985

MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro; Zahar, 1967

MEDEIROS, Marcelo. Trajetória do Welfare state no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos 1930 aos anos 1990. Texto para discussão nº 852. Brasília: IPEA, 2001

MELO, Marcus André. “Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República” In: *Dados - Revista de Ciências Sociais 36*, 1993 (119-13)

_____ .“Crise Federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização?” In: *Revista São Paulo em perspectiva*, v. 1, nº3. jul-set/1996 (11-20)

_____ e COSTA, Nilson R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a

atenção à saúde In: *Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995 (50-108)

MENDES, Eugênio Villaça Mendes. “A descentralização dos serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local” In: *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEX, 1998 (17-56)

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*- 2a. ed. São Paulo- rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde,- Descentralização das ações e serviço de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, 1996

_____, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde,

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. e TEIXEIRA, Sônia M. Fleury . *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, ABRASCO, 1989.

OLIVEIRA, Francisco de e PAOLI, Maria Célia (orgs.) *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global* Petrópolis: Vozes. Brasília: NEDIC, 1999

PAIM, Jair Nilsom.”As políticas de saúde e a conjuntura atual” In: *Saúde em debate*, março, 1989 (18-24).

PAUL, Samuel. *Community Participation in Development Projects: The World Bank Experiences*. Washington: The World Bank, 1987

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. “Estado, Regulação Social e Controle Democrático” In: BRAVO, e PEREIRA, *Política Social e Democracia (orgs)*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001

PORTO ALEGRE, Câmara Municipal. *Lei Complementar nº277*, 1992

PUTNAM, Robert. *Comunidade e Democracia: a experiênciada Itália moderna* 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002

RABELO, Maria Mercedes. *O Processo de descentralização da Saúde no RS: um estudo enfocando os municípios*, 1995. Dissertação de Mestrado apresentada ao PG Ciência Política, UFRGS, mimeo, 1998

RAICHELIS, Raquel. “OS caminhos da publicização” In: *Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998 (45-120)

RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde, 1987. mimeo.

RELATÓRIO FINAL DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde, Brasília, 1993

RELATÓRIO FINAL DA X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde (www.datasus.gov.br/rel10)

RELATÓRIO FINAL DA XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, (conselho.saude.gov.br/11conferencia/11c_relatorio.htm), 2000.

SADER, Emir “Idéias e questões” In: *Quando novos personagens entraram em cena* 2a. ed. São Paulo: Cortez, 1991 (25-60)

SADER, Emir e GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Plano Municipal de Saúde. Porto Alegre: fotocopiado, 2000

_____ *Caderno de Resoluções da III Conferência Municipal de Saúde: aprofundando o controle social*, Porto Alegre: SMS, 2000

_____. *Relatório de Gestão do ano 2000, Porto alegre: SMS, 2000*

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. “Os conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso” In: *Serviço Social e Sociedade* n° 55. São Paulo: Cortez, 1997 (156-175)

SILVA, Vini Rabassa da. *Conselhos municipais e poder local* Pelotas: EDUCAT, 1998

SIMIONATTO, Ivete. “Crise, reforma do Estado e políticas públicas: implicações para a sociedade civil e a profissão” Gramsci e o Brasil www.artnet.com.br/gramsci/arquiv87.htm , acesso em 10/11/2002.

SOARES, Jinadiene da S. e DIAS, Maria Lucymar da S. “A efetividade do controle social no Conselho Estadual de Saúde de Alagoas. In: *Serviço Social e Sociedade* 65. São Paulo: Cortez, 2001 (146-166)

STEIN, Rosa Helena. “A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico-conceitual)” In: *Serviço Social e Sociedade* 54, São Paulo: Cortez, 1997 (75-96)

TEIXEIRA, Elenaldo. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez, Recife: EQUIP, Salvador: UFBA, 2001

TEIXEIRA, Sônia M. F. “Política de saúde na transição conservadora. *Saúde em debate* Setembro, 1989 (42-53)

VALENTE, Maria Manuela A . *O Serviço Social e a atenção primária à saúde no município de Pelotas. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Social, 2000.*

VILLASANTE, Tomás. “Porto Alegre em compaación com sus retos”. In: FISCHER, Nilton e MOLL, Jaqueline, *Por uma nova esfera pública: A experiência do orçamento participativo*, Petrópolis: Vozes, 2000 (15-26)

ANEXOS

Anexo 1

Pauta real das reuniões do CMS de Porto Alegre

ATA 01

Informes:

- Informe da desativação da Farmácia Municipal localizada na Galeria Malcon. Transferência dos outros serviços para o Centro de Saúde Santa Marta.
- Informe CLIS 7 - o Hospital da PUC **segue** encaminhando pacientes para o Centro de Saúde Bom Jesus sem fazer triagem. Solicita-se providências ao Conselho.
- Informe sobre concessão de órtese e prótese - os pedidos devem ser encaminhados ao Centro de Saúde IAPI

Aprovação prestação de contas II e III Trimestre de 99.

Projeto Porto Saúde

- apresentação do projeto pelo Secretário . O projeto visa a qualificação da regulação dos serviços, do acolhimento e atenção e um novo Centro Modelo.
- Questionamentos dos conselheiros: 1) por que não está contemplada a proposta de instalação da ouvidoria ? 2) quais os custos para implementação do projeto ? como o usuário acessará a central.
- Respostas - com relação aos custos não há comentários. Com relação a ouvidoria, responde-se que não está contemplada porque a Secretaria está amadurecendo a proposta, devido a sua importância.. Explicou-se detalhadamente como será o acesso à central.

ATA 02

- **Medicamentos** - discussão pautada devido à falta de medicamentos nos serviços de saúde. Em 29/12, foi autorizada pelo CMS a utilização dos recursos da Municipalização Solidária para a compra de medicamentos.

O coordenador da ASSEPLA/MS fala das dificuldades enfrentadas pela Política na compra dos medicamentos: falta de RH capacitados para coordenar as farmácias nos serviços, fazer os pedidos e dispensação; atraso de fornecedores na entrega e o cálculo dos medicamentos para o primeiro trimestre do ano, causando déficit. Explica que a medicação deverá ser entregue a partir da primeira quinzena

de março. Proposta da Política - descentralizar a assistência farmacêutica, criando 12 farmácias regionais.

Manifestações da plenária:

- cobra-se a falta de preservativos nos serviços, prejudicando os programas.
- Questiona-se se há previsão dos medicamentos que irão faltar e se há possibilidade de comprar direto dos laboratórios.
- Fornecimento medicação para o Pronto Atendimento Restinga/ULBRA
- Falta de preservativos e anticoncepcionais
- Distribuição de medicamentos especiais
- Informações sobre o método de cálculo para a compra
- Proposta de penalidade para fornecedores que não fazem a entrega no prazo ou que fazem com irregularidades
- Preenchimento correto dos receituários.

Manifestação dos representantes de fornecedores - (Eugênio - B&V) explica que o pedido de compra é feito via registro de preço e que, se a distribuidora não consegue fazer a entrega dos medicamentos na totalidade, bloqueia os outros a disposição. (Cleber - ABBOTT) - ressalta que os representantes já são penalizados se não fazem a entrega em tempo hábil e salienta que o pedido de Eritromicina foi superior e por isso, não foi possível entregar em tempo hábil.

Manifestação de farmacêutico, chefe do almoxarifado,...

Conselheira propõe que seja apresentada à plenária o cálculo utilizado pela Política para a compra de medicamentos e que este, seja avaliado sistematicamente pela Plenária.

III Conferência Municipal de Saúde

- Proposta da Comissão Organizadora de incluir no regulamento alguns aspectos relacionados à eleição de delegados.
- Outras informações sobre a organização da conferência.

Assuntos gerais

ATA 03

- Informa-se que a discussão sobre o Hospital Sanatório Partenon foi transferida para o dia 16, por solicitação da Secretária estadual de saúde - a transferência da discussão foi acordada com o coordenador da CLIS 6.

Plano de aplicação no HPS - diretor do HPA apresenta plano de aplicação de R\$ 1.708.212,12 para aquisição de equipamentos, relativo ao projeto de Consulta Popular em 1998, realizado pelos COREDES. O Hospital não recebe repasse mensal do estado. (Fala-se em conquista histórica do Conselho - após 5 anos de luta). PLANO DE APLICAÇÃO APROVADO POR UNANIMIDADE. Assinou-se Termo de Compromisso.

Serviço de Urgência/Emergência do Hospital São Lucas da PUC - o coordenador resgata a discussão sobre este serviço realizada em 02/12/99, na qual o Hospital ficou de tomar algumas providências no sentido de melhorar o atendimento. No entanto, continuam chegando reclamações.

- Manifestação do representante do Hospital - diz que o serviço de urgência/emergência está passando por uma avaliação, que sofrerá mudanças e que o movimento cresceu em 200 %. Diz que o serviço é prestado à cidade de POA, mas que a Zona Leste e Viamão absorvem a demanda. (Fábio Torres - coordenador da área da Emergência) - informa que de acordo com os encaminhamentos da reunião anterior, realizou consulta ao COREN, e que há possibilidade de um profissional da enfermagem realizar a triagem. Alguns usuários, no entanto, poderão não preencher os requisitos para o atendimento e serão encaminhado para a Unidade de Saúde mais próxima. Protesta sobre correspondência encaminhada ao diretor do Hospital - constrangedora - pois não prometeu, na reunião anterior, solução imediata.

Manifestações da plenária:

- Coordenador diz que o bom entendimento entre o hospital e secretaria não isenta cobranças de compromisso e que o ofício encaminhado pelo Secretário atendeu solicitação do CMS, devido às reclamações.

- O SERGS não cumpriu seu papel na questão da contratação do profissional de enfermagem para a realização da triagem - cobra os enfermeiros presentes na reunião em que o tema foi debatido.

- Diz que o problema enfrentado pelo Hospital da PUC é também enfrentado por outros hospitais mas que é importante a população Ter seu problema resolvido. Propõe que a população seja informada onde se dirigir nas variadas situações.

- Com relação a essa proposta, houveram as seguintes manifestações: a) a população busca a emergência por saber que só assim conseguira atendimento e

leito, se necessário. B) a população é leiga, quem deve saber como encaminhar são os técnicos c) os hospitais deveriam informar quais as especialidades atendem. D) os serviços de saúde do município deveriam estender os horários de atendimento

Manifestação do Sr. Fábio - o problema não é a noite. É durante o dia, mas que os atendimentos são realizados e encaminhados, por escrito, aos serviços de referência. Ressalta que os hospitais privados devem dar sua contribuição social e que outros serviços de urgência/emergência devem ser cobrados. Afirma que a partir de 3 de abril a triagem será realizada por enfermeira.

Conferência Municipal de Saúde - informes sobre o lançamento da CONFERÊNCIA.

Informes:

- relato da situação do Hospital Presidente Vargas - áreas estão sendo fechadas, não atendimento por falta de funcionários e que o TCU condenou a contratação de servidores da FUGAST. Informa, também, que está sendo formada comissão para discutir o caso, solicita a indicação de dois conselheiros para a mesma. O coordenador indica os dois nomes que são aprovados por unanimidade.
- Informações de reclamações à UAMPA - falta da água nas Ilhas, mudanças no credenciamento do SUS e descredenciamento de um médico que atendia à Associação de Moradores Passo das Pedras. - assessora da Gerência Distrital da Região explica que todos os médicos foram chamados para discutir o novo credenciamento proposto pela SMS. Somente 1 profissional se descredenciou. - outra gerente informa que foram encaminhadas correspondência aos médicos e que a questão do credenciamento foi discutida em reunião da CLIS 1. A falta da água, não foi priorizada pela população no OP e sim, a construção de pista de skate. - coordenador propõe que seja explicado nos CLIS os descredenciamentos de alguns médicos.

ATA 04

Informes da coordenação: a) reunião extraordinária para discutir contrato de metas...

Informes da plenária : inscrições para mestrado e doutorado em epidemiologia na UFRGS.

Convênio PSF - FAURGS - coordenador diz que o convênio foi discutido no Núcleo da coordenação. Coordenadora do PSF - diz que o conselho foi o grande impulsionador da instalação do PSF em POA. Faz a leitura do Convênio (?). Não houveram grandes questionamento. Aprovado por unanimidade.

Hospital Sanatório Partenon -

Secretário substituto SES - apresenta o histórico do Hospital. 1951 - construído para assistência na área de tuberculose - 350 leitos. A insuficiência de recursos, as condições climáticas e de utilização impediram a utilização plena. Em 1977, foi integrado ao Programa estadual de Controle de Tuberculose - tornando-o serviço de referência na área. Apresenta uma série de indicadores de saúde na capital e região. 1991- a diminuição dos casos de tuberculose fez com que o hospital fosse proposto que o hospital se tornasse Hospital Geral. 1995 - iniciou-se a recuperação física do hospital. 1999 - retomada da revisão do perfil assistencial do hospital. Afirma que o aumento de casos de AIDS, a complexidade e o controle de diagnóstico e do tratamento de TBS vêm obrigando a manter seu perfil assistencial. Aponta o interesse em discutir a questão com a Secretaria Municipal, a CLIS 6 e o Conselho Municipal de Saúde.

Manifestações da plenária

Posição da direção do hospital - o mesmo deve manter-se como referência no estado à doenças infecto-contagiosas

Conselheiros Deoclides (da CLIS 6) - defende a ampliação do hospital incluindo a manutenção dos leitos especializados . Lembra a aprovação nas Conferências de Saúde, a proposta de instalar leitos gerais beneficiará toda a região leste.

- outra conselheira destaca a necessidade de implementação de hospital dia em pediatria para AIDS.

- Gerente distrital Ana Haase - diz que a transformação do hospital em hospital dia não exclui o atendimento a AIDS e à tuberculose e que, se o limite é a verba, a CLS 6 propõe que a reforma seja feita por etapas e que na primeira, se contemple a emergência e leitos para AIDS e tuberculose.

- Falk - diz que a SES se comprometeu em chamar reunião com a CLS 6, e não chamou. Destaca a luta desde 1987 por um hospital geral que inclua o atendimento

a tuberculose/AIDS/infectologia e que a idéia não exclui a bagagem do hospital nestas áreas. O hospital seria referência para toda a cidade. Destaca outras doenças como as crônicas degenerativas que talvez, estejam crescendo mais que AIDS e TBS, mas que os dados não foram apresentados

- Coordenador - diz que a questão preocupa o conselho pois em, outubro de 1999, foi deliberada a continuidade da discussão com a SES - o que não aconteceu. Diz que não há antagonismos nas posições, mas sim ajustes e o objetivo da reunião é dirimir equívocos.

DELIBERA-SE - reunião conjunta entre SES, SMS e CLS 6 , com retorno ao CMS na primeira plenária de junho.

ATA 05

Proposta de contrato com os prestadores - trata-se exigência do Ministério da Saúde. A SMS encaminhou a proposta ao Núcleo do Conselho que remeteu à Secretaria Técnica para análise. Dr. Kliemann (coordenador da Gerência de regulação de serviços de saúde) expõe o projeto em linhas gerais e solicita outro momento de discussão para detalhá-lo. O coordenador diz que há cópias do projeto na secretaria executiva do conselho.

Manifestações da plenária -

- possibilidade de garantir o fornecimento de DIU no contrato com os hospitais
- se os recursos da Seguridade social estão incluídos nos contratos.

Kliemann - esclarece que o DIU não está previsto.

É informado o parecer da Secretaria Técnica do CMS - parecer favorável. Devido ao alargamento do prazo para aprovação a proposta não foi votada,

ATA 06

Relatório de gestão de 1999 e prestação de contas do quarto trimestre de 1999 da Secretaria Municipal de Saúde - apresentação de dados pelo Secretário de Saúde.

Questionamento dos conselheiros:

- se o hospital de pronto-socorro já está sendo ressarcido pelos seguros privados quando atende seus clientes
- como estão sendo avaliadas as internações

- se o contrato de metas foi discutido com os prestadores
- como está o fluxo de referência e contra-referência, a funcionalidade da central de marcação de consultas e exames, o nível de absenteísmo e a política de consórcios.

O relatório de gestão e a prestação de contas foram aprovados.

Ata 07

Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais - programa Prá-crescer. O programa obteve parecer favorável da Comissão Técnica do Conselho e aprovação pela plenária.

III Conferência Municipal de Saúde - após informes gerais sobre a Conferência, realizou-se avaliação sobre as pré-conferências.

CLS 5 - mesmo com número inferior ao esperado, foi boa. A proposta é reunir os delegados da região para preparação da Conferência.

CLS 7 - diz que a participação foi levemente inferior à de 96. A divulgação não foi satisfatória, houve escassez de material mas, a discussão foi qualificada.

CLS 9 - o objetivo foi alcançado devido ao interesse das pessoas e bons palestrantes.

CLS 4 - bom número de participantes e discussão qualificada no GT<

CLS 3 - boa participação, destaca palestra do coordenador e o trabalho dos grupos.

CLS 8 - menor participação do que a esperada

CLS 6 - grande participação

Ata 08

Informes - CLS 6 entrega documento e explica a caminhada deste conselho na luta pela implementação de serviços de emergência e urgência 24 horas e hospital sanatório partenon.. Diz que o documento será entregue a todas CLS e convida para a reunião de 01/06.

Contrato de metas - foi apresentado e aprovado por unanimidade

IX Plenária Nacional de conselhos de saúde - acontecerá em Brasília de 05 a 07 de junho e tratará da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Foi solicitado custeio à secretaria que aprovou a 4 participantes. Proposta do Núcleo : Deoclides/CLS6,

Maria Ivone/CLS 7, Humberto/profissionais uma vaga para governo. Indicações aprovadas pelo conselho.

Ata 09

Hospital Sanatório Partenon - coordenador diz que em reunião em 17/03 foi deliberada formação de comissão tripartite para discussão. Esta não se configurou.

- CLS 6 - Dr. Falk - apresenta alguns argumentos para a transformação do Hospital em Hospital geral. Diz que esta proposta já foi aprovada várias vezes no conselho municipal, no conselho estadual e na II Conferência Municipal de Saúde e no Conselho estadual de Saúde. Diz que a reforma parcial que o hospital sofreu foi com este objetivo. Que parte do prédio está ociosa. Diz que alguns técnicos da SMS estão defendendo proposta diferente da já várias vezes aprovada. Apresenta uma série de argumentos e finaliza solicitando que os conselheiros aprovem o que já teria sido aprovado "anos atrás" neste conselho.

- Direção da Secretaria Estadual de Saúde - diz que a Secretaria segue vivenciado o problema da falta de recursos humanos e dificuldades no âmbito ambulatorial e hospitalar. Concorde com a crítica da não formação da comissão. Diz ser necessário discutir o sistema hospitalar porque o perfil epidemiológico desde 1991. Acredita que a proposta da CLS 6 precisa ser avaliada na sua repercussão financeira e discutida com o gestor municipal, conselho estadual de saúde e comissão intergestores bipartite. Reafirma compromisso de dar continuidade nas questões propostas na reunião anterior.

- Conselheiro diz que a comunidade do Partenon aguarda resposta para a situação do hospital e que espera que hoje se tenha encaminhamento definitivo.

- Vários posicionamentos e argumentos favoráveis e contrários.

DUAS PROPOSTAS - 1) CLS 6 - transformação do HSP em Hospital Geral incluindo emergência e mantendo alas para doenças infecto-contagiosas. **2) SES E SMS** - criação de um Grupo de Trabalho para discutir a situação do HSP.

Aprovada a proposta da CLS 6 por 17 a 11.

ATA 10

Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU - o objetivo deste serviço é prestar assistência pré-hospitalar de urgência em trauma e clínica. O motivo da vinda

ao conselho são os problemas de segurança enfrentados pela equipe. Um Conselheiro criticou a atuação da SAMU - diz que a rigidez das regras dificultam a remoção dos usuários. Proposta - reunião nos CLS com as lideranças locais e representantes da SAMU.

ATA 11

Prestação de contas

Anexo 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Identificação do entrevistado

Nome:

Segmento / Tipo de representação:

Entidade que representa:

Como foi escolhido:

Data e horário da entrevista:

2. o Sr (a) saberia me descrever como se dá a decisão sobre a política municipal de saúde em Porto Alegre?

3. Como o Conselho Municipal de Saúde se envolve neste processo de decisão?

4. O Sr (a) classificaria o envolvimento do CMS neste processo de decisão como:

() Inexistente

(...) Fraco

(...) Razoável

(...) Intenso

(...)Muito Intenso

5. Poderia explicar a resposta?

6. Saberá me dizer quais os fatores que influenciam na forma como o CMS se envolve no processo de tomada de decisão da política da saúde?

7. Que tipo de decisão o CMS costuma tomar?

8. Como são encaminhadas as decisões do CMS pela Secretaria? (trazer os exemplos dados na questão anterior e questionar os encaminhamentos)

9. E este ano, poderia me dar exemplos de decisões tomadas pelo CMS ? Como foram encaminhadas ?

10. Existe alguma decisão que o CMS toma e a Secretaria Municipal de Saúde não cumpre? Por que não cumpre?

11. A que tipos de fatores o Sr.(a) atribuiria o fato da SMS não cumprir uma decisão do CMS
12. Como é formada a agenda de discussões do CMS? Quem leva os temas a serem debatidos para a pauta? (utilizar as pautas das reuniões em que o entrevistado esteve presente e questionar quem levou a questão)
13. Há algum tipo de decisão do CMS que não passa pela plenária ? Por que ?
14. Como o Sr(a). descreveria a relação do CMS com a Secretaria Municipal de Saúde?