

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação
Instituto de Sociologia e Política
Especialização em Sociologia e Política



O papel exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e sua relação com o Executivo Municipal

Gisele Hillal da Silva

Pelotas, 2010

GISELE HILLAL DA SILVA

**O PAPEL EXERCIDO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS E
SUA RELAÇÃO COM O EXECUTIVO MUNICIPAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Sociologia e Política, do Instituto de Sociologia e Política, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Sociologia e Política.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosangela Marione Schulz

Pelotas, 2010

Banca examinadora:

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto.

Prof. Dr. Hemerson Luiz Pase.

Agradecimentos

Aos meus pais, por terem me apoiado, como também ao Marcelo que sempre estiveram em todos os momentos nunca me deixando desistir.

A todos os amigos e colegas, que de alguma forma me incentivaram.

A prof.^a Rosangela Schulz, pela orientação e contribuição para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos membros e funcionários do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas pela atenção e gentileza com que me receberam.

Enfim, a todos aqueles, que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

Lista de gráficos

Gráfico 1	Gênero dos Conselheiros	30
Gráfico 2	Idade	31
Gráfico 3	Renda	32
Gráfico 4	Escolarização	33
Gráfico 5	Profissões	34
Gráfico 6	Como é feito a escolha do representante da sua entidade/ instituição para participar do Conselho	35
Gráfico 7	Ao iniciar sua participação no Conselho você tinha alguma informação anterior sobre as atribuições de Conselheiro (a)	37
Gráfico 8	Sua participação enquanto conselheiro em atividades de capacitação nos últimos 12 meses	38
Gráfico 9	Você participa de mais de um Conselho	39
Gráfico 10	Você já exerceu ou exerce cargos de liderança no CMSPel (Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário(a), 2º Secretário(a), 3º Secretário, 4º Secretário(a))	40
Gráfico 11	Por que você participa do Conselho	42
Gráfico 12	Antes de compor o Conselho, você participava de outra(s) ações, mobilizações ou cargos relacionados à saúde	43
Gráfico 13	Atualmente você participa de alguma movimento social, sindicato, associação	44
Gráfico 14	Conselheiro filiado a algum partido político	45
Gráfico 15	Como se dá a escolha da entidade/ instituição para participar do Conselho	48
Gráfico 16	Como chegam, e de onde chegam às principais demandas ao Conselho	50
Gráfico 17	Quem propõe a pauta de reunião do Conselho	51

Gráfico 18	O Conselho divulga suas decisões para a sociedade	52
Gráfico 19	Participação dos conselheiro nas reuniões, através de opiniões, questionamentos e outras formas tem sido	53
Gráfico 20	Você acredita que existe diferença entre os Conselheiros em função de representarem Poder Público, Sociedade Civil ou Categoria	54
Gráfico 21	Há influência política partidária nas deliberações (decisões) do CMSPel	55
Gráfico 22	Como o Executivo Municipal trata as deliberações do Conselho	56
Gráfico 23	A secretaria municipal fornece regularmente informações para a tomada de decisões do conselho	57
Gráfico 24	O CMSPel teve capacidade nos últimos anos de deliberar/ decidir políticas públicas para enfrentar os principais problemas de saúde do município	58
Gráfico 25	O conselho acompanha/ fiscaliza a execução de suas deliberações ...	60
Gráfico 26	O CMSPel cumpre as funções para as quais foi criado	61

Sumário

Introdução	07
CAPÍTULO 1 - SOCIEDADE CIVIL E OS CONSELHOS MUNICIPAIS	12
1.1 Uma breve contextualização do conceito de sociedade civil	12
1.2 Sociedade civil no Brasil	14
1.3 Conselhos municipais	16
1.4 Conselhos municipais de saúde	21
1.5 Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel	24
CAPÍTULO 2 - CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E POLÍTICAS DOS CONSELHEIROS E SUAS PERCEPÇÕES DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO	29
2.1 Perfil Socioeconômico	30
2.2 Perfil Sociopolítico	35
2.3 Funcionamento do CMSPel	48
Conclusão	63
Referências	68
Apêndices	70

Introdução

O presente trabalho tem como proposta investigar os novos espaços de participação da sociedade civil na gestão da “coisa pública” que emergiram no Brasil como inovação institucional fruto da Constituição Federal de 1988. Trata-se em especial de analisar o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, buscando compreendê-lo em sua dinâmica atual de funcionamento como canal institucional de participação, deliberação e decisão das políticas públicas de saúde. Além deste objetivo geral, há a intenção de perceber como os conselheiros compreendem o formato da relação estabelecida entre o Conselho e o Executivo Municipal, considerando que as políticas definidas pelo Conselho são executadas (ou não) pelo Gestor municipal e que o Conselho tem como uma de suas competências fiscalizar esta execução.

O debate em torno da criação de mecanismos de participação da sociedade na gestão pública surgiu no Brasil por pressão da sociedade civil¹, por meio dos movimentos sociais no contexto da década de 70/80, período de mobilizações na luta por direitos e pela redemocratização política do país.

Com a Constituição Federal de 1988 institucionalizaram-se muitos Conselhos de políticas públicas, em muitos casos condicionando a transferência de recursos financeiros da esfera federal para as esferas estaduais e municipais ao funcionamento de tais espaços, seguindo o processo de descentralização político-administrativo que o país implantava. Portanto, para o funcionamento dos Conselhos foram criadas regras legais “de institucionalidade bem claras para que os mecanismos de participação, de caráter democrático, viessem a operar” (GOHN, 2004, p. 60).

Os Conselhos municipais se constituíram em novidade para elaboração de

¹ A denominação sociedade civil é abordada como, “esfera pública não-estatal incorporada por meio de novos atores que entraram em cena nos anos 70/80, pressionando por equipamentos coletivos públicos, melhores condições materiais e ambientais de vida, direitos sociais, cidadania, identidade de raça, etnia, gênero, geracional, etc” (GOHN, 2004, p. 63).

políticas públicas nesses últimos anos, sendo importantes pela inserção de parcelas da população tradicionalmente excluídos das decisões políticas, “(...) eles tem o papel de instrumento mediador na relação Sociedade/Estado, na qualidade de instrumentos de expressão, representação e participação da população” (GOHN, 2007, p. 83). Portanto, os Conselhos municipais, entre as diversas práticas democráticas de participação institucionalizadas, “foram uma das principais inovações reivindicadas e propostas pelos movimentos sociais em passado recente” (Idem: p. 84), inscritos na Constituição Federal de 1988 e em leis complementares do país.

Em busca desse novo formato mais amplo de participação da sociedade em espaços de decisão política, os movimentos sociais, representados por lideranças comunitárias, sindicatos, universidades, profissionais, como no caso da área da saúde, mobilizaram-se no sentido de reduzir o poder central do Estado, propondo a descentralização do poder para estados e municípios. Em relação especificamente a saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi muito importante na criação dos Conselhos municipais de saúde no país.

Como resultado desta mobilização, houve um processo de descentralização e institucionalização da participação popular, tendo em vista o “controle social” da saúde e das políticas de saúde por lei², instituindo as Conferências e os Conselhos municipais, estaduais e no âmbito federal da política pública de saúde.

Estes novos espaços de participação e decisão têm gerado interesse significativo de pesquisadores. Se, por um lado parece haver um consenso em relação à importância desses locais, por outro, as investigações apontam para dificuldades e limites de aplicação desse modelo de gestão pública.

A expectativa da dimensão desta mudança é enorme, segundo Gohn, pois “não se trata apenas de inserir o povo em práticas de gestão pública (...), mas da adoção de posturas que tem como meta práticas de inclusão dos excluídos socioeconomicamente, ou dos excluídos do acesso aos diversos direitos” (GOHN, 2004, p. 61).

² Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde e lei nº 8.142/90 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por outro lado, estudos têm apresentado avaliações pessimistas acerca dos encontros entre o Poder Público e a sociedade civil, salientando que “apesar da própria existência dos Conselhos serem uma importante vitória na luta pela democratização dos processos de decisão, tem sido muito difícil reverter na prática, (...) a centralidade e o protagonismo do Estado na definição das políticas e prioridades sociais” (TATAGIBA, 2002, p. 55).

Nos diferentes Conselhos municipais estudados pelos autores³, destacam-se os desafios no que se refere às formas partilhadas na construção das políticas públicas, tendo em vista a estrutura política culturalmente predominante de posturas antidemocráticas, sugerindo o próprio Poder Público como um dificultador central do sucesso e da efetividade dessas novas experiências.

Contudo, para alcançar o objetivo proposto, analisou-se uma série de indicadores, como por exemplo: (1) o perfil socioeconômico desses membros, no qual analisam-se características referentes a gênero, idade, renda, escolaridade e profissão; (2) o perfil sociopolítico, busca-se verificar o nível de envolvimento/engajamento político e sua vinculação a organizações associativas; (3) E por último, analisa-se a percepção dos conselheiros sobre o funcionamento do Conselho, buscando verificar o papel exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e sua relação com o executivo municipal, ou seja, se as políticas definidas pelo Conselho são executadas (ou não) pelo executivo municipal e se o Conselho tem exercido a fiscalização desta execução.

A metodologia está dividida em dois momentos:

- O debate teórico buscou o entendimento de categorias fundamentais que serviram de subsídio a investigação desses novos espaços de participação da sociedade. Assim, deu-se centralidade à categoria sociedade civil e a literatura sobre Conselhos municipais, especificamente os Conselhos municipais da área da saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas.

- A pesquisa empírica constou de instrumentos diferenciados, tais como: a aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas com os conselheiros titulares de cada instituição representante no Conselho Municipal de Saúde de

³ Como Tatagiba (2002); Santos Junior (2004); Côrtes (2004).

Pelotas⁴, análise documental em atas das plenárias, regimento interno e observação nas reuniões da plenária do CMSPel.

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2009, através da aplicação de questionário aos representantes dos três segmentos do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel. Num total de 42 entidades integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, 32 representantes titulares dos três segmentos responderam os questionários, perfazendo um total de 76,19% do total de membros da instituição. Dos 10 (dez) conselheiros que não responderam o questionário (perfazendo 23,81%), 07 (sete) não foram localizados pela total ausência de participação nas reuniões durante o período estudado, 03 receberam os questionários, porém não os devolveram.

Foram elaborados gráficos que apresentam os dados gerais do Conselho, após os dados foram desmembrados para os três segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, segundo a legislação, que prevê:

50% de entidade de Usuários;
25% de entidades de Trabalhadores de Saúde;
25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (REGIMENTO INTERNO DO CMSPEL, 2006, p. 03)⁵.

O trabalho está organizado em dois capítulos. O primeiro capítulo foi dividido em cinco pontos, no primeiro e segundo, abordam-se as principais referências teóricas que contribuíram para a análise da pesquisa. Definindo categorias-chave como sociedade civil e a sociedade civil no Brasil. No terceiro e quarto pontos, abordam-se o processo histórico a partir do marco legal de criação e de funcionamento dos Conselhos municipais e os Conselhos municipais de saúde, e no quinto e último ponto, o processo de criação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel.

No segundo capítulo, serão apresentados os dados da pesquisa empírica realizada com os membros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, onde foram divididos em três pontos:

⁴ O questionário aplicado encontra-se no apêndice deste trabalho.

⁵ Em outros trabalhos como de Côrtes, a divisão do Conselho de Saúde foi feita em quatro segmentos – gestores, prestadores, trabalhadores e profissionais de saúde e usuários (CÔRTEZ, 2004, p. 265). Porém, seguiu para este trabalho a divisão em três segmentos, conforme legislação local.

- O primeiro ponto, o perfil socioeconômico analisam-se características referentes a gênero, idade, renda, escolaridade e profissão dos conselheiros;

- O segundo ponto, o perfil sociopolítico busca-se verificar o nível de envolvimento/ engajamento político e sua vinculação a organizações associativas;

- O terceiro ponto analisa-se a percepção dos conselheiros sobre o funcionamento do Conselho, buscando identificar o papel exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e sua relação com o Executivo municipal, ou seja, verificar se as políticas definidas pelo Conselho são executadas (ou não) pelo executivo municipal e se o Conselho tem exercido a fiscalização desta execução.

Enfim, buscou-se verificar através das respostas referentes ao formato da relação Conselho e Executivo, a partir da perspectiva dos conselheiros se o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas tem exercido seu poder deliberativo, ou seja, se as políticas definidas pelo conselho são executadas (ou não) pelo Poder executivo municipal e se o Conselho tem conseguido fiscalizar esta execução. Por fim, as conclusões.

Capítulo 1

SOCIEDADE CIVIL E OS CONSELHOS MUNICIPAIS

1.1 Uma breve contextualização do conceito de sociedade civil

Estudos que utilizam a categoria sociedade civil vem ganhando relevância no Brasil a partir do processo de redemocratização nos anos de 1980. Os novos locais de participação nas decisões da “coisa pública”, seja nas experiências do Orçamento Participativo, seja nos Conselhos, trouxeram para a arena decisória, novos atores que passaram a ser chamados de sociedade civil. Embora o termo não seja novo e já se encontra nas falas do senso comum, é uma categoria de difícil definição, mas fundamental para o entendimento dos Conselhos municipais e dos novos representantes. O segmento “Usuários” que representam 50% dos conselheiros dos Conselhos da Saúde são de fato o que nos demais Conselhos se denomina sociedade civil. Portanto, a definição é fundamental para situar essa categoria que tornou-se tão importante no Brasil democrático. Assim, a proposta neste momento é apresentar de forma sucinta o debate atual que busca definir o conceito, trazendo esta discussão para o Brasil.

Portanto, no tocante a esta questão, será feita uma breve referência às análises de Jean Cohen e Andrew Arato (1994), em sua reconstrução do conceito.

De acordo com esses autores, a sociedade civil pode ser vista como um conjunto de organizações voluntárias que reúnem pessoas fora dos marcos do Estado e do mercado.

A sociedade civil se constitui uma dimensão do mundo da vida assegurada institucionalmente por um conjunto de direitos que a pressupõem, ao mesmo tempo em que a diferenciam das esferas da economia e do Estado (COHEN E ARATO, 1994, p. 156).

Nesse sentido, Cohen e Arato (2000, p.07) demonstram a relevância de

“reconstruir o conceito de sociedade civil para a teoria política moderna e desenvolvem a estrutura de uma teoria da sociedade civil adequada as condições contemporâneas”.

Portanto, dois conceitos de sociedade civil vão sendo estruturados, num primeiro momento, na obra de Habermas onde o autor vai sustentar a idéia de que sociedades modernas se estruturam por intermédio de dois princípios societários distintos: a lógica estratégia do sistema que organizaria o mercado e o Estado e a lógica da racionalidade comunicativa que leva à organização da solidariedade e da identidade no interior do mundo da vida. Num segundo momento, com as teorias contemporâneas da sociedade civil, a idéia da organização da sociedade como “autodefesa” se propagou no Ocidente a partir da emergência dos chamados “novos movimentos sociais”.

Cohen e Arato (1994) propõem um modelo de sociedade civil onde se reapropriam da análise habermasiana da “Teoria da Ação Comunicativa” sobre a diferenciação entre sistema e mundo da vida, buscando estabelecer uma identidade entre o processo de defesa do mundo da vida e a idéia de movimentos da sociedade civil.

Entendemos a sociedade civil como uma esfera de interação social entre a economia e o Estado, composta da esfera íntima (em especial a família), a esfera das associações (em especial as associações voluntárias), os movimentos sociais e as formas de comunicação política (COHEN e ARATO, 2000, p. 8).

Portanto, segundo essa perspectiva de análise, a sociedade civil se definirá pela interação comunicativa para sua reprodução e em processos de integração social para ação coordenada. Podendo-se perceber que o que proporcionará as relações na sociedade civil será a comunicação, e sua autonomia será efetiva quando suas atividades forem guiadas por normas tiradas do “mundo da vida” e reproduzidas e reformuladas através da comunicação.

O papel político da sociedade civil, sob o ponto de análise de Cohen e Arato, não será o de controle ou conquista do poder, mas de geração de influência mediante a atividade de associações democráticas e discussão não restrita na esfera pública cultural, mantendo relação com a sociedade política e sociedade econômica.

Visto isso, o conceito habermasiano de sociedade civil vai partir do princípio

do não-questionamento do Estado e do mercado, e Cohen e Arato (1994) vão defender uma “continuação reflexiva do Estado de bem-estar social” (p. 181). Portanto, a análise desta prática política será associada “com os novos movimentos sociais” que não se organizarão para por fim ao Estado e mercado, mas dar novo vigor às formas societárias de organização, como apontado por Cohen e Arato (1994, p. 36).

Os direitos conquistados por movimentos sociais não somente estabilizaram as fronteiras entre o mundo da vida e os movimentos sociais, o Estado e a economia, eles também constituem condição de possibilidade da emergência de novas associações, fóruns e movimentos (COHEN e ARATO, 1994, p. 176).

Portanto, no modelo teórico de Cohen e Arato (1994), um dos aspectos de relevância em sua reconstrução do conceito de sociedade civil, está na possibilidade de constituição de uma outra esfera social, que seja diferente e independente do Estado e da economia e, desta forma, possa contribuir para aprofundar os níveis de democracia para além dos instrumentos da democracia representativa e das leis do mercado.

1.2 Sociedade civil no Brasil

Para compreendermos o processo de criação e legalização dos Conselhos municipais, buscou-se realizar uma breve contextualização da sociedade civil no Brasil, visto que, a mesma veio a contribuir para a criação dessas e outras instâncias de participação e decisão sobre políticas públicas, encontrando-se como categoria legalmente constituída nos Conselhos municipais.

Nesse sentido, a sociedade civil se constituiu numa importante categoria de luta empreendida pelos movimentos sociais no final do período da ditadura militar brasileira, nas décadas de 70/80 do século XX, tornou-se uma peça principal “pelo trabalho junto às bases via movimentos populares e na luta por espaços de representação social e política no final da década de 80” (GOHN, 2004, p. 65).

Por meio de muita luta e mobilização, a sociedade nesse período participou ativamente para a transição democrática⁶, e conquistou na Constituição Federal de 1988 espaços institucionais de participação política de diversos atores e segmentos da sociedade, como por exemplo, os Conselhos municipais.

Assim, assistiram-se, ao longo das décadas de 1980 e 1990, à proliferação de fóruns, conselhos, comitês e parcerias, que instituíram-nos diversos níveis de governo e nas mais variadas áreas de atuação do Estado, canais institucionais abertos para a expressão política de atores e de segmentos da sociedade civil (SILVA, 2008, p. 43).

Assim, a sociedade civil ressurgiu neste contexto caracterizando-se, no primeiro momento, pela oposição e questionamento a um regime autoritário defensor de um “projeto político de criação de atores sociais despolitizados” (Avritzer, 1994, p. 287). O país assiste a organização da sociedade civil por meio de diversos movimentos sociais que lutam para a reconstrução do processo de democratização política. Segundo Gohn (2004, p. 62), é “importante não esquecermos o papel daqueles movimentos sociais no processo que abriu caminho e fincou bases para o que está sendo gerado atualmente de inovador”.

Nos anos 1980, a sociedade civil e os movimentos sociais que dela fazem parte, vivenciam um outro contexto diferente da década anterior, onde a “participação social será ponto de pauta na agenda das elites políticas”. Sobre este ponto, a autora Dagnino faz referência:

No debate da segunda metade dos anos oitenta, no qual se enfrentavam as distintas concepções e projetos sobre o caráter da democracia que se queria para o Brasil, a idéia da participação da sociedade civil ganhou espaço na disputa com projetos marcados por concepções elitistas de democracia (DAGNINO, 2002, p. 141).

Nesse sentido, salientamos que os movimentos sociais dos anos 1970/1980 contribuíram decisivamente, por meio de demandas e pressões para a conquista de vários direitos sociais, como de espaços de participação que posteriormente foram inscritos em leis na nova Constituição brasileira de 1988.

A nova Carta Magna resultou em importantes conquistas relacionadas aos

⁶ Entendido este como a retomada dos procedimentos e instituições básicos da democracia representativa, especialmente as eleições periódicas, competitivas e livres (SILVA, 2006, p. 157).

direitos sociais estendidos ao povo brasileiro, visto que, o texto elaborado para a constituição foi construído com expressiva participação dos movimentos organizados que buscavam assegurar direitos à cidadania e ansiavam por uma redemocratização do Estado.

Sob forte influência dos movimentos sociais daqueles anos, a necessidade da constituição de espaços públicos – tanto os destinados a promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/ interesses excluídos da agenda pública como aqueles que se constituem como espaços de democratização da gestão estatal – se tornou o eixo fundamental da discussão sobre a participação (DAGNINIO, 2002, 141).

No contexto da década de 90, os movimentos sociais urbanos se alteraram⁷, surgindo diversas formas de organização popular, mais institucionalizadas, como por exemplo, as regulamentadas nacionalmente pelas diferentes políticas públicas, com a inserção da sociedade civil na sua gestão através da participação nos Conselhos.

Visto isso, pode-se dizer que a sociedade civil no Brasil, por meio dos diversos movimentos sociais urbanos das décadas de 70/80 se constituiu em uma importante categoria na luta por espaços de participação popular, na defesa de políticas públicas de universalização dos direitos e no combate a exclusão social.

1.3 Conselhos municipais

No Brasil, além do forte papel dos movimentos sociais das décadas de 70/80, como abordado no item anterior, um outro grande momento de democratização foi o caminho que o setor jurídico seguiu com a Constituição Federal promulgada em 1988, instaurando no país um novo desenho da gestão das políticas públicas centralizadas no âmbito federal.

Essa mudança envolveu a proposta de descentralização político-administrativa, onde novos papéis foram atribuídos aos estados e municípios. O centralismo do poder decisório do Estado nacional passa a ser descentralizado para as esferas estaduais e municipais, atribuindo não só novas responsabilidades aos

⁷ Alguns entraram em crise interna: de militância, de mobilização, de participação cotidiana em atividades organizadas, de credibilidade nas políticas públicas e de confiabilidade e legitimidade junto à própria população (GOHN, 1997, p. 304).

Executivos estaduais e municipais, mas a criação de novos fóruns deliberativos, onde a sociedade civil participa nas decisões das políticas públicas que serão executadas pelos governos.

Dessa forma, esse processo significou uma possibilidade de rompimento com as estruturas políticas tradicionais, que por terem as decisões centralizadas no âmbito federal impediam a inclusão de diversos segmentos da sociedade já tradicionalmente excluídos das decisões políticas.

A transição para o modelo descentralizado gerou assim grandes mudanças e desafios para os poderes públicos e para a sociedade civil na viabilização da participação dos diversos segmentos sociais nos nascentes conselhos municipais. Segundo Dagnino (2002, p. 150) "(...) a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, além de afirmar a política como atividade privativa das elites".

Por outro lado Tatagiba (2002, p.50), afirma que esses novos espaços representaram, "peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais". Entre esses espaços emergentes estão os Conselhos municipais de políticas públicas.

A Constituição de 1988, chamada a "Constituição Cidadã" prevê a participação direta dos cidadãos através dos chamados "institutos de democracia direta ou semi-direta, como o plebiscito, o referendo" (Constituição Federal - Cap. IV art.14), "a iniciativa popular de lei" (Cap. III art. 61), os Conselhos e outros canais de participação popular.

Como forma de contextualizar os Conselhos municipais, a partir da década de 1970, aborda-se uma diferenciação realizada abaixo, onde a autora destaca três tipos de Conselhos no cenário brasileiro do século XX:

Os criados pelo próprio Poder Público Executivo, para mediar suas relações com os movimentos e com as organizações populares; os populares construídos pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil em suas relações de negociações com o Poder Público; e os institucionalizados, criados por lei originárias do Poder Legislativo, surgidos após pressões e demandas da sociedade civil. No primeiro tipo, temos como exemplo os conselhos comunitários criados para atuar junto à administração municipal ao final dos anos 1970; No segundo, os conselhos populares ao final dos anos 1970 e parte dos anos 1980; e no terceiro, os conselhos institucionalizados (gestores) dos anos 1990, criados nos três níveis de governo, têm a função de instrumento mediador na relação Estado-

sociedade, podendo permitir a participação da sociedade na gestão dos negócios públicos, sendo previstos na Constituição Federal de 1988 (GOHN, 2007, p. 70).

Buscando contextualizar os “Conselhos gestores de políticas públicas” no conjunto dos demais conselhos hoje em funcionamento no país, Tatajiba (2002, p. 49), utiliza uma pesquisa/estudo (IBAM, IPEA, COMUNIDADE SOLIDÁRIA, 1997) sobre “Conselhos municipais e políticas sociais” que divide os Conselhos em três tipos: a) Conselhos de programas⁸, b) Conselhos de políticas e c) Conselhos temáticos⁹.

Dentre estes, este estudo concentra-se nos Conselhos de políticas que, previstos em legislação nacional, são obrigatórios, e:

(...) também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado. Neste grupo situam-se os Conselhos (...) de saúde, de assistência social, de educação, de direitos da criança e do adolescente (...). Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia aos exercícios desses direitos. Zelam pela vigência desses direitos, garantindo sua inscrição ou inspiração na formulação das políticas e seu respeito na execução delas (TATAGIBA, 2002, p. 49).

Com isso, os Conselhos de políticas públicas inserem-se de forma institucional, por força da lei, integrando-se aos órgãos públicos vinculados aos Poderes Executivos, sendo constituídos como instâncias de caráter deliberativo, porém não executivos voltados para as políticas públicas. Segundo Tatajiba (2002, p. 55), “os Conselhos gestores têm força legal para influir no processo de produção das políticas públicas, redefinindo prioridades, recursos orçamentários públicos a serem atendidos, acenando na direção da partilha de poder”.

Os Conselhos gestores de políticas públicas foram instituídos por decretos ou leis de iniciativa do Poder Executivo. Alguns Conselhos municipais segundo

⁸ Sobre a definição desse tipo de conselho ver TATAGIBA, 2002. **Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil**, presentes no livro “**Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**” organizado por Evelina Dagnino.

⁹ Idem.

estudos¹⁰, surgiram por obrigatoriedade prevista em lei, regulamentados no âmbito federal e ligados às políticas públicas setoriais, entre as quais se destacam, “da saúde, de assistência social, da educação fundamental, de qualificação profissional, de desenvolvimento rural e urbano” (CÔRTEZ, 2004, p. 250). Portanto, sua constituição de forma descentralizada nos estados e municípios é indispensável para o repasse de verbas federais.

Assim criam-se condições para que os conselhos municipais, vinculados à gestão, passem a se envolver nesse processo decisório. Nesse caso, dirigentes municipais tornam-se os gestores e provedores de bens e serviços públicos ou, pelo menos, participam no financiamento e na regulação da oferta de benefícios, bens e serviços financiados com recursos públicos em seus territórios (CÔRTEZ, 2004, p. 250).

A mesma autora destaca que, para que os municípios se habilitem a receber recursos financeiros advindos da esfera federal, é exigida a criação de Conselhos organizados de acordo com as determinações legais – federais, estaduais e municipais – e regulamentações administrativas.

Portanto, os Conselhos gestores de políticas públicas se constituirão na forma de espaços institucionais para o diálogo/ articulação entre a sociedade civil e o Poder Público, de caráter deliberativo acerca das políticas públicas de cada área, passando a generalizar-se por todo o país a partir da Constituição Federal de 1988, em grande parte como resultado das lutas de significativos setores da sociedade civil ou por iniciativa do Poder Executivo. Nesse aspecto, a autora Tatagiba complementa destacando que:

Os conselhos gestores de políticas públicas são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais (TATAGIBA, 2002, p. 54).

Portanto, os Conselhos de políticas públicas se constituem, segundo Tatagiba (2002, p. 51), “como atividades de relevância pública, onde a função de conselheiro não deverá ser remunerada, à exceção dos membros do conselho

¹⁰ Sobre esse estudo ver ABRANCHES, Mônica. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito. In: Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil (2004).

tutelar”. Complementa apontando que as reuniões do Conselho devem ser abertas à comunidade onde a mesma não possuirá direito a voto. Ainda sobre a dinâmica de funcionamento, cada Conselho elaborará seu próprio regimento interno que, depois de aprovado em plenário, será submetido à apreciação do chefe do Poder Executivo que o aprovará por meio de decreto.

Sendo assim, os Conselhos municipais de políticas públicas se constituirão em espaços públicos de participação da sociedade e de possibilidade de diálogo e decisão sobre políticas públicas para o enfrentamento de problemas e demandas sociais no encontro entre o Estado e sociedade civil.

A idéia parece ser produzir políticas públicas relacionadas a demandas locais, chamando para a discussão e deliberação aqueles que melhor conhecem os problemas de suas comunidades, pois vivenciam os mesmos no que Habermas chamaria de “mundo da vida” (SCHULZ, 2009, p. 05).

Portanto, os Conselhos municipais se constituirão em canais de participação e representação de organizações sociais na gestão de políticas públicas.

Desafiadas por uma “cultura política autoritária”, os Conselhos municipais, apresentam inúmeros obstáculos apontados em estudos, como de Côrtes (2004, p. 253), onde “vontade política é um dos fatores determinantes no êxito da participação e funcionamento desses espaços deliberativos”.

Por outro lado, as definições legais no âmbito nacional nortearam as regras para o funcionamento dos Conselhos gestores de políticas públicas. Quanto à paridade na participação, a autora abaixo aponta que:

(...) o respeito ao princípio da paridade entre Estado e sociedade, como mecanismo de equilíbrio nas decisões. A representação governamental nos conselhos é feita, em geral, por agentes públicos titulares de cargos de direção na administração direta ou indireta, por responsáveis pelas áreas das políticas sociais, e por outros que atuem nas áreas afins, por indicação do Chefe do Poder Executivo. A sociedade civil é representada por conselheiros escolhidos por seus pares, em fórum próprio, dentre as entidades e organizações não-governamentais prestadoras de serviço, de defesa de direitos, movimentos, associações comunitárias, sindicatos, associações de usuários, devendo essa composição ser prevista por lei específica, de acordo com as particularidades de cada contexto (TATAGIBA, 2002, p. 51).

Nesse sentido, para a mesma autora, a paridade foi considerada condição

preliminar para uma real disputa entre posições e interesses divergentes no interior dos Conselhos, garantindo dessa forma uma maior legitimidade e equilíbrio no processo decisório. Por outro lado, a paridade numérica não tem significado paridade política, como apontado por Gohn (2007, p. 92), “a paridade não é uma questão apenas numérica, mas de condições de certa igualdade no acesso a informações, disponibilidade de tempo, etc”.

Esse equilíbrio tenso e precário na relação da sociedade civil e Poder Público têm despertado a atenção de autores, como Côrtes (2004, p. 251), para o exame do papel que os conselhos desempenham tanto no que tange às decisões que ocorrem junto a diferentes níveis administrativos e órgãos do Poder Executivo federal, estadual e municipal, quanto na dimensão de suas vinculações com a capacidade organizativa do movimento sindical e popular no país.

1.4 Conselhos municipais de saúde

No Brasil, as mobilizações pela reformulação dos modelos de assistência à saúde fizeram vir à tona a luta de diversos segmentos da sociedade na busca por um modelo de saúde que fosse essencialmente participativo, integrado e descentralizado.

Como já apontado, a sociedade civil brasileira nas décadas de 70/80 foi importante na luta por cidadania e pressão pela redemocratização política do país. Nesse contexto, o movimento sanitário não ficou fora dessa luta. Construído desde meados dos anos 70 período este de grande mobilização pela democratização política no Brasil.

Portanto, é nesse cenário que se organizou o movimento pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado, denominado de “Movimento de Reforma Sanitária”.

Em meados da década de 1980 a saúde é discutida com a participação de “novos atores”¹¹, que contribuíram para um amplo debate sobre as condições de vida

¹¹ Expressão usada por Gohn (2004, p. 63), “a esfera pública não-estatal, incorporada por meio de novos atores que entraram em cena nos anos 70/80, pressionando por equipamentos coletivos

da população brasileira e sobre as propostas governamentais apresentadas para o setor. Esses novos sujeitos eram os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, na defesa de questões mais gerais como a melhoria da saúde e o fortalecimento do setor público de saúde.

Esse movimento pela reforma sanitária teve apoio de partidos políticos de esquerda, de segmentos/ setores progressistas da área da saúde, como por exemplo, professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da área da saúde, sindicalistas e movimentos populares por saúde, e outros setores organizados da sociedade, assim contribuindo na formulação de propostas para a reorganização institucional da área da saúde no país.

Portanto, o texto aprovado para Constituição Federal de 1988 no que diz respeito à saúde é resultado de discussões em torno do modelo assistencial de saúde. Um dos momentos centrais dessas discussões foi a “8ª Conferência Nacional de Saúde” realizada em 1986, que reivindicou a participação da sociedade civil no controle das ações e serviços e estabeleceu instâncias de participação.

Para que o processo de descentralização se efetivasse na área da saúde foram institucionalizadas e regulamentadas pela lei nº. 8.142/90, as Conferências e os Conselhos de saúde, como forma de participação da população. A normatização referente à política de saúde foi concluída no ano de 1990, com a aprovação das leis federais nº 8.080 e nº 8.142/90, que passaram a regulamentar o Sistema Único de Saúde – SUS e a criação e funcionamento dos Conselhos de saúde e das Conferências de saúde.

Desde então, os respectivos Conselhos se constituíram em instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores da sociedade civil, e os demais segmentos (Gestores, Prestadores de Serviço e Trabalhadores da Saúde). Segundo a Lei nº 8.142/90 que dispõe:

§ 2º 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

públicos, melhores condições materiais e ambientais de vida, direitos sociais, cidadania, identidade de raça, etnia, gênero, geracional etc”.

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 do governo (COLETÂNEA DE LEIS, 2005, p. 132).

Para que os municípios se habilitem a receber recursos financeiros para a saúde advinda da esfera federal, é exigida a criação de Conselhos organizados de acordo com as determinações legais, federais, estaduais e municipais, e regulamentações administrativas.

Quanto a sua composição, a lei de criação dos Conselhos de saúde os distingue dos demais Conselhos por prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais. A definição dos Conselhos de saúde terá a seguinte composição: “50% de representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços” (IX Conferência Nacional de Saúde 1992, p. 34).

No que diz respeito às atribuições dos Conselhos, destacaram-se algumas:

Devem ter caráter deliberativo e fiscalizador, com autonomia, inclusive quanto à dotação orçamentária; deve ter gestão colegiada, devendo o presidente ser eleito pelos membros do conselho; elaborar e aprovar regimento interno, que deverá ser revisado nas Conferências da Saúde; elaborar, apreciar e aprovar os Planos Municipais de Saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas privadas, entre outros. Quanto ao funcionamento dos conselhos em seus vários níveis, as reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e data divulgadas previamente pela imprensa; que sejam asseguradas, pelo Poder Público, condições adequadas para seu funcionamento, inclusive infra-estrutura administrativa, assessoria técnica e acesso à informação, entre outras (IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 35).

Nesse contexto, a função dos Conselhos será de “controlar, fazer propostas e contribuir com a gestão, não se constituindo em órgãos executivos e nem substituindo o parlamento”, sendo uma instância de caráter “democrática participativa”, como salientada por Gohn (2004, p. 68).

O Decreto n° 99.438/90 estabelece que a composição dos Conselhos de saúde seja paritária, possuindo representantes do Poder público, Prestadores de serviço, Trabalhadores e Profissionais de saúde e Usuários.

A distribuição deverá ser de 50% das vagas reservadas aos representantes dos usuários, devendo ser representada por entidades populares, representantes de trabalhadores, entidades da sociedade civil voltada para a organização de usuários do SUS e outras de natureza similar. Não devendo o trabalhador em saúde, prestadores de serviços e gestores serem representantes dos usuários. Os trabalhadores da área da saúde terão representação de 25%, vinculados às associações profissionais que atuam na saúde e sindicatos. Os 25% restantes são destinados ao Poder Público e aos Prestadores de Serviços do SUS (IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 34).

Portanto, a luta pela participação social na área da saúde foi concebida no período das grandes mobilizações sociais das décadas de 70/80 do século passado, onde setores organizados da sociedade conquistaram na Constituição Federal de 1988 a garantia de criação de espaços institucionalizados, como os Conselhos de saúde, através dos processos de descentralização do poder concentrado no Estado. Tendo caráter deliberativo sobre assunto que não extrapole sua área de responsabilidade, a função dos Conselhos de saúde será de formular e controlar a execução da política pública da área da saúde.

1.5 Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel

As informações apresentadas neste ponto, tratam das diretrizes de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, ou seja, essas informações têm por objetivo traçar um histórico da criação desta instância de participação no município, mostrando de forma sucinta, através da legislação pertinente, como se institucionalizou a participação da sociedade na formulação, implementação e fiscalização das políticas públicas de saúde local, e como está definido o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas de acordo com sua legislação municipal e regimento interno vigente.

Em Pelotas, o Conselho municipal de saúde foi regulamentado pelo Poder executivo municipal na Lei nº 3377, aprovada em 08 de maio de 1991. Visto que, em momento anterior datado no ano de 1987, fora instituída uma Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, que veio a substituir o fórum instituído em 1986 - Ações Integradas de Saúde - AIS. Portanto, a CIMS foi composta por

Gestores, Prestadores de serviços, Trabalhadores e Usuários do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, onde já havia uma participação popular através das representações nessa comissão preparando o caminho para a institucionalização do Conselho.

Em 20 de julho de 1987, através do Decreto-lei nº 94.657 é criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), indicado como a primeira experiência pública brasileira no processo de descentralização do sistema de saúde, tem o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS), além de formular políticas e facilitar a transição para o SUS (SOUZA, 2000, p. 16).

A autora complementa que as Ações Integradas de Saúde foram formuladas em 1982 e implantadas a partir de 1984, visando à integração entre as esferas do governo, implicando uma descentralização dos recursos e ações. Estas são vistas como programas de iniciação da participação popular, reunindo diversos órgãos encarregados de ações de saúde, consideradas uma estratégia preparatória à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. A exigência legal do governo federal para a liberação de verbas públicas foi determinante para a regulamentação e criação do Conselho, visto que já existia no município uma atuação por meio de um fórum que funcionava, “semanalmente, na sede do IMANPS¹², para discutir, avaliar e propor encaminhamentos a respeito da prestação de serviços de saúde no Município” (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009, p. 87).

A lei nº 3.377/91 de regulamentação deste Conselho foi alterada em 14 de junho de 2001 pelo Poder executivo municipal (Gestão Fernando Marroni - PT), pela Lei Municipal nº 4.554. Até este momento o Conselho funcionava como CIMS mesmo estando regulamentado passando a ser denominado de Conselho Municipal de Saúde de Pelotas (CMSPel), momento que coincide com a inauguração de um local específico para as reuniões e as secretarias de todos os Conselhos gestores de políticas públicas, denominado de “Casa dos Conselhos”, segundo Schulz (2009, p. 10), “um prédio destinado especificamente para funcionamento destes, mas onde somente há infra-estrutura para os Conselhos obrigatórios”.

Os Conselhos municipais de saúde estão inscritos como Conselhos

¹² Instituto Nacional Assistência Médica Previdência.

obrigatórios, instituídos para o repasse de verbas do âmbito federal, representando um dos canais de participação da comunidade, na gestão e fiscalização do Sistema Único de Saúde. Assim como nos demais municípios, em Pelotas tudo que diga respeito à saúde deverá ser tratado com a participação, deliberação e decisão da população no referido Conselho.

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas constitui-se no órgão colegiado do Sistema Único de Saúde – SUS no município, em caráter permanente, com funções deliberativas, normativa e fiscalizadora, atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento, no controle e na avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009, p. 88).

Para desempenhar as funções que lhe compete o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas seria composto segundo regimento interno do CMSPel (2006, p. 03), por “48 (quarenta e oito) conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, representantes de órgãos e entidades da área governamental, dos prestadores de serviço ao SUS, dos profissionais vinculados à saúde e da sociedade civil”¹³.

O quadro abaixo ilustra as entidades e segmentos presentes no CMSPel demonstrando que as entidades representadas estão dentro da distribuição paritária exigida por lei.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS	
SEGMENTOS	ENTIDADES
GESTOR/ PRESTADOR	101. Secretaria Municipal Saúde
	102. SANEP
	103. VAGO
	104. 3ª Coordenadoria Regional de Saúde
	105. Secretaria Municipal Educação
	106. Santa Casa de Misericórdia
	107. Hospital São Francisco de Paula
	108. APAE
	109. Sociedade Portuguesa de Beneficência
	110. Sindicato. Estabelecimentos Serviços Saúde
	111. HE/UFPEL – FAU
	112. Associação Comercial

¹³ No período pesquisado só havia 42 (quarenta e duas) entidades representadas: 02 (duas) entidades estavam afastadas por falta de representação e 04 (quatro) vagas estavam disponíveis.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS	
SEGMENTOS	ENTIDADES
TRABALHADORES EM SAÚDE	201. Conselho Regional Fonoaudiologia
	202. Conselho de Serviço Social
	203. Sindicato dos Nutricionistas
	204. Associação dos Enfermeiros de Pelotas (ausente)
	205. Sindicato dos Trabalhadores em Serviço Saúde
	206. Sindicato. Odontologistas
	207. Conselho Regional de Psicologia
	208. SIMERS – Sindicato Médico
	209. CREFITO – Conselho de Fisioterapia
	210. VAGO
	211. ASUFPEL – Associação dos Servidores da UFPel
	212. ATPSFP – Assoc. Trabalhadores em Saúde da Família
USUÁRIOS	301. ADOTE – Aliança Brasileira de Doação de Órgãos e Tecidos
	302. Sindicato dos Trab. Comércio de Minérios
	303. SIMP – Sindicato dos Municípios de Pelotas
	304. Sindicato Bancários
	305. OAB – Ordem dos Advogados do Brasil (ausente)
	306. Associação dos Diabéticos
	307. Associação dos Deficientes Físicos
	308. Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental
	309. CONFISGA – Conselho de Área do Grande Areal
	310. VAGO
	311. VAGO
	312. Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural (COMDER)
	313. Conselho Saúde Fragata
	314. Casa do Trabalhador
	315. Escola de Samba General Telles
	316. Associação de Apoio Com Vontade de Viver
317. CPERS – Centro dos Professores do Estado do RS	
318. Paróquia Sagrado Coração de Jesus	
319. Pastoral da Saúde	
320. Sindicato Alimentação	
321. Sindicato Rodoviários	
322. Sindicato Trabalhadores Rurais	
323. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com AIDS	
324. Sindicato dos Empregados do Comércio	

Fonte: Regimento interno do CMSPel, 2006, p. 18.

As atividades do CMSPel são administradas por uma diretoria composta por oito representantes, paritários ao segmento de usuários, com a seguinte composição: “Presidente; 1º Vice-Presidente; 2º Vice-Presidente; 3º Vice-Presidente; 1º Secretário; 2º Secretário; 3º Secretário; 4º Secretário” (REGIMENTO INTERNO DO CMSPel, 2006, p. 08-09).

A diretoria é eleita diretamente em assembléia geral pelos conselheiros que poderão votar e serem votados para integrar os órgãos dirigentes do CMSPEl, com mandato de dois anos. Esse processo eleitoral se dará “na 3ª quinta-feira do mês de agosto, dos anos ímpares, em Plenária específica” (REGIMENTO INTERNO, 2006, p. 15).

Além da diretoria, o CMSPEl possui mecanismos para auxiliar na fiscalização, promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos, que são as Comissões de Fiscalização, Financeira e Secretaria Técnica, conforme Regimento Interno (2006, p. 10). As Plenárias ocorrem a cada quinze dias sempre numa quinta-feira.

Pode-se observar que o processo descrito acima cria um espaço de participação legalmente constituído, onde a lei federal indica o caráter deliberativo, porém segundo Gohn (2007, p. 88), “vários pareceres oficiais tem assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo dos conselhos, restringindo suas ações ao campo da opinião, da consulta, sem poder de decisão ou deliberação”.

Contudo, o papel que o CMSPEl poderá assumir, como mera estrutura governamental ou espaço de participação pública de atores coletivos e sujeitos políticos autônomos irá depender de quem são os membros que participam (seu perfil social e político), como sua capacidade de deliberação e fiscalização sobre as políticas de saúde a serem executadas pelo Poder público municipal, sendo um ponto determinante no êxito da participação do Conselho e tema discutido no decorrer deste trabalho.

Capítulo 2

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E POLÍTICAS DOS CONSELHEIROS E SUAS PERCEPÇÕES DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

O presente capítulo trata da análise dos dados coletados através da aplicação de questionário aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, tem como objetivo, traçar em um primeiro momento o perfil socioeconômico, analisando características referentes a gênero, idade, renda, escolaridade e profissão desses membros. Num segundo momento, o perfil sociopolítico, busca-se verificar o nível de envolvimento/ engajamento político e sua vinculação a organizações associativas. E por fim, o funcionamento do Conselho analisa-se a percepção dos conselheiros sobre o funcionamento do Conselho, buscando identificar o papel exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e sua relação com o Executivo municipal, ou seja, verificar se as políticas definidas pelo Conselho são executadas (ou não) pelo executivo municipal e se o Conselho tem exercido a fiscalização desta execução.

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2009, através da aplicação de questionário aos representantes dos três segmentos (Gestores, Prestadores de Serviços, Trabalhadores em Saúde e Usuários) do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel. Num total de 42 entidades integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, 32 representantes titulares responderam os questionários, perfazendo um total de 76,19% do total de membros da instituição. Dos dez conselheiros que não responderam o questionário (perfazendo 23,81%), sete não foram localizados pela total ausência de participação nas reuniões durante o período estudado, três receberam os questionários, porém não os devolveram.

Foram elaborados gráficos que apresentam os dados gerais do Conselho, após os dados foram desmembrados para os três segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, segundo a legislação, que prevê:

Capítulo III Da organização, Estrutura e Funcionamento.

Art. 5º, Parágrafo 2º - A composição do Plenário deverá ser de 24 (vinte e quatro) representações de Usuários, 12 (doze) representações de Profissionais da área da saúde, 12 (doze) representações de Prestadores de serviço de saúde ao SUS e de representações de Órgãos Públicos, respeitada a Legislação Municipal e do Conselho Nacional de Saúde que determina a seguinte distribuição percentual:

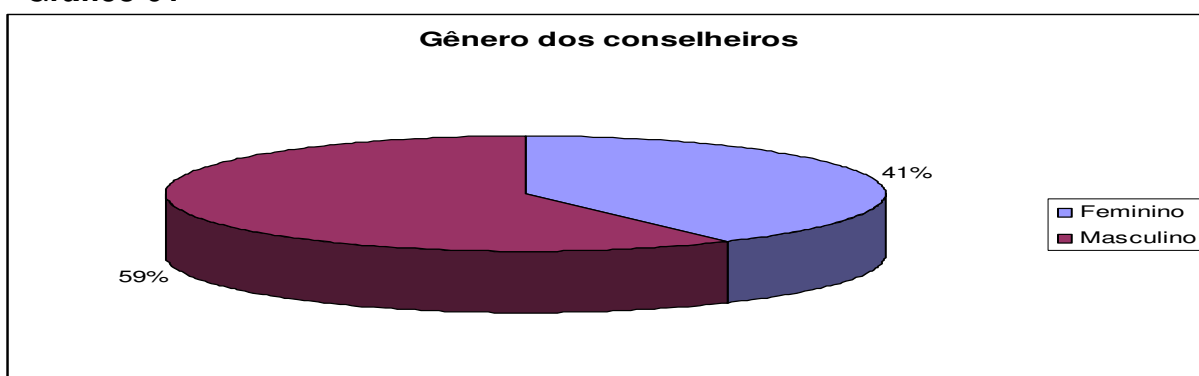
50% de entidade de Usuários;
25% de entidades de Trabalhadores de Saúde;
25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (REGIMENTO INTERNO DO CMSPEL, 2006, p. 03)¹⁴.

2.1 Perfil Socioeconômico

Neste ponto, apresentam-se os resultados da pesquisa junto aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, tendo como objetivo, traçar um perfil socioeconômico dos conselheiros, analisando características referentes a gênero, idade, renda, escolaridade e profissão.

A primeira variável a ser analisada é gênero, constatando-se um elevado índice de membros do gênero masculino (59%) em relação ao gênero feminino (41%), conforme gráfico abaixo.

Gráfico 01



As desigualdades acentuam-se quando abrimos estes dados para os três

¹⁴ Em outros trabalhos como de Côrtes, a divisão do Conselho de Saúde foi realizada em 4 segmentos – gestores, prestadores, trabalhadores e profissionais de saúde e usuários (CÔRTEs, 2004, p. 265). Porém, segui para este trabalho a divisão para três segmentos, conforme legislação local.

segmentos: Gestores/ Prestadores, Trabalhadores em Saúde e Usuários, constatando-se um elevado percentual de homens no segmento Usuários (43,75%), conforme tabela nº 1 do apêndice.

Esse dado vai ao encontro da pesquisa realizada por Labra & Figueiredo (2002), junto aos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, citada por Tatagiba (2004, p. 359), “onde os dados apresentados mostram que entre os representantes dos usuários primam os conselheiros homens”.

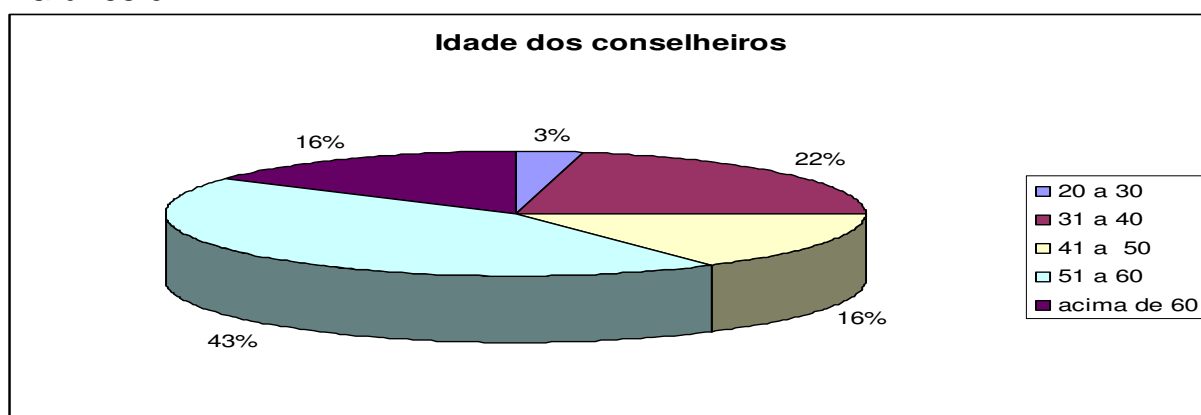
Já entre os outros dois segmentos (Governo/ Prestadores e Trabalhadores em Saúde), verificou-se um elevado índice de membros do gênero feminino representando 34,37%.

Ao cruzarmos gênero com escolaridade constatou-se que todas as mulheres possuem alta escolaridade 41%. Em relação aos homens, verificou-se que a alta escolaridade representa apenas 25%, a média 12,5% e baixa 21,87%.

É possível supor que a presença de mulheres com escolaridade alta possa estar relacionada a critérios e competências técnicas para atuação na gestão ou em “(...) organizações sociais com assento nos conselhos representativos, sobretudo, de um determinado segmento social, com capacidade de organização e presença na cena pública”, como aponta Santos Junior (2004, p. 31).

Ao analisar a variável idade dos conselheiros, constatou-se um elevado percentual de participantes na faixa etária entre 51 a 60 anos, representando (43%), como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 02



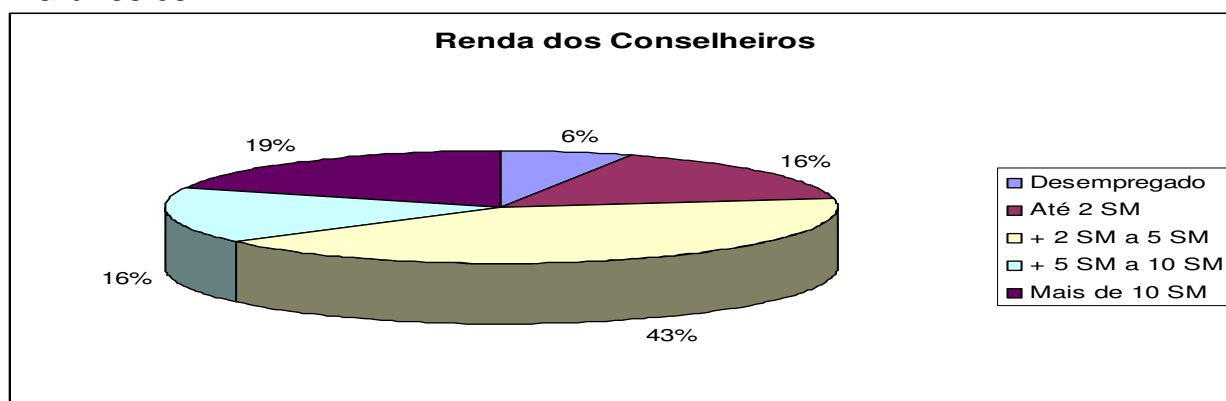
Considerando isoladamente o índice de 43%, constatou-se uma pequena

predominância entre os três segmentos representados dos conselheiros desta faixa etária, onde no segmento Usuários encontram-se (21,87%), no segmento de Trabalhadores em Saúde (12,5%), e no segmento Gestores/ Prestadores (9,38%) dos membros, conforme tabela n° 2 do apêndice.

Uma leitura possível da presença significativa de conselheiros com mais de 50 anos está relacionada à ausência de remuneração dos conselheiros, levando a uma predisposição dos indivíduos em atuarem nesses locais, após uma possível estabilidade profissional ou competência técnica ou prática.

Em relação ao perfil renda foi constatado um elevado índice dos conselheiros com ganho na faixa salarial de 2 a 5 salários mínimos (43%), seguido de um percentual de (35%) com ganho acima de 5 salários mínimos e (22%) com ganho até 2 salários mínimos, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 03



* Um Conselheiro representante do Governo se recusou em responder à questão 3%

Nota-se que 65% dos conselheiros possuem baixa remuneração, como ganho até cinco salários mínimos, como verificado em pesquisas como de Santos Junior (2004, p. 30) envolvendo cinco Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Recife e Belém, “que apesar de um destacado rendimento médio, os conselheiros reúnem um expressivo contingente de pessoas com baixa remuneração, de até cinco salários mínimos”.

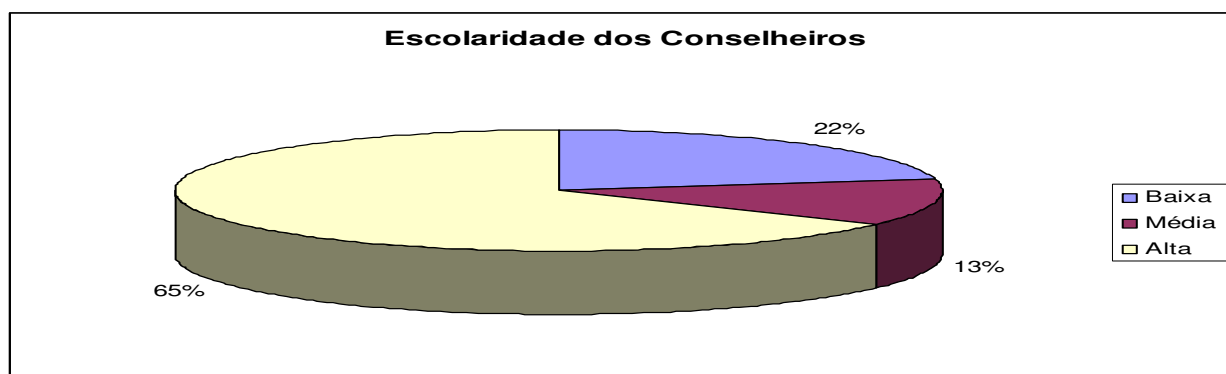
Ao abrirmos os dados para os segmentos representados, observa-se que o elevado percentual na faixa de 2 a 5 salários mínimos, conforme tabela n° 3 do apêndice, concentram-se no segmento Usuários (21,87%), como também o percentual

de ganho de até 2 salários mínimos (22%), a soma desses índices indicam uma considerável participação de segmentos mais “populares”¹⁵. Pesquisas de Santos Junior (2004, p. 31), ao analisar “por segmentos sociais representados, os conselheiros que recebem até cinco salários mínimos, como se esperava, são representantes da sociedade” (2004, p. 31).

Quanto aos dois outros segmentos (Gestores/ Prestadores e Trabalhadores em Saúde) o que se apresentou foi um perfil bem superior ao da população: 9% recebem rendimento acima de cinco salários mínimos e 16% acima de dez salários mínimos.

A variável escolaridade visa a identificar o nível de formação dos conselheiros. Conforme mostra o gráfico abaixo, constatando-se um alto índice de escolarização entre os conselheiros representando 65% do total, enquanto 22% possuem baixas escolarização e 13% com média escolarização.

Gráfico 04



*Escolaridade: Baixa – até 1º grau completo e incompleto;
Média - 2º grau completo e incompleto;
Alta - 3º completo e incompleto

Ao abrirmos esses dados para os três segmentos representados, conforme tabela 4 do apêndice, verificamos que esse alto índice de escolarização concentra-se entre os membros dos segmentos Gestores/ Prestadores 25% e Trabalhadores em Saúde 21,87%, onde desses 46,87%, (35%) possuem formação na área da saúde, conforme tabela nº 5 do apêndice.

O índice de baixa e média escolarização concentra-se com elevada

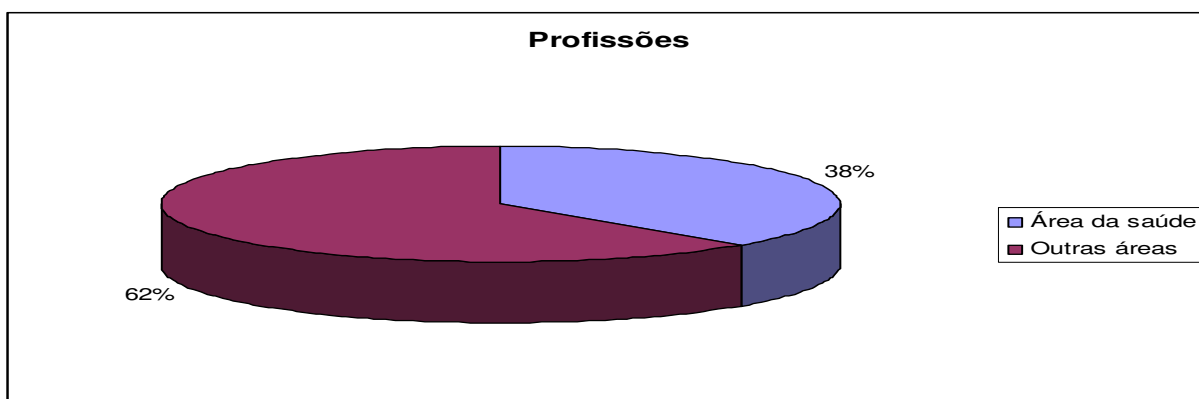
¹⁵ São aquelas pessoas consideradas principais alvos do Sistema Único de Saúde e que não alcançam à faixa salarial de acima de cinco salários mínimos (SOUZA, 2000, p. 33).

predominância no segmento Usuários (18,75%) e (12,5%) consecutivo. Em relação às profissões destes, destacam-se as de autônomos (18,75%), aposentados (9,38%) e funcionários públicos (3,12%).

Segundo Tatagiba (2004, p. 210) “estudos confirmam o segmento dos gestores como o que concentra a maior quantidade de recursos, com maior renda e nível de escolaridade, com uma clara desvantagem dos usuários”. Sendo este dado uma realidade visível também no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas.

Em relação ao perfil das profissões, constatou-se um baixo índice de profissionais da área da saúde representando apenas (38%), como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 05



Ao desmembrarmos os dados para os três segmentos presentes, verifica-se que esse índice de profissionais da área da saúde concentra-se entre os segmentos de Trabalhadores em Saúde (21,87%) e Gestores/ Prestador (12,5%), somando 34,37% dos 38%. No segmento de Usuários, as outras áreas foram as que mais se destacaram como as de autônomos (21,87%), funcionários públicos (18,75%) e aposentados (15,62%), conforme tabela nº 5 do apêndice.

Estariam esses dados apontando uma elitização da participação por parte dos Gestores/ Prestadores e Trabalhadores em Saúde em relação aos Usuários.

O conjunto de variáveis analisadas até aqui, mostra um perfil dos conselheiros, sendo em sua maioria composta de homens, com idade entre 51 a 60 anos, com renda até cinco salários mínimos, alta escolaridade, predominando aqueles inseridos em outras áreas profissionais não relacionadas com área saúde.

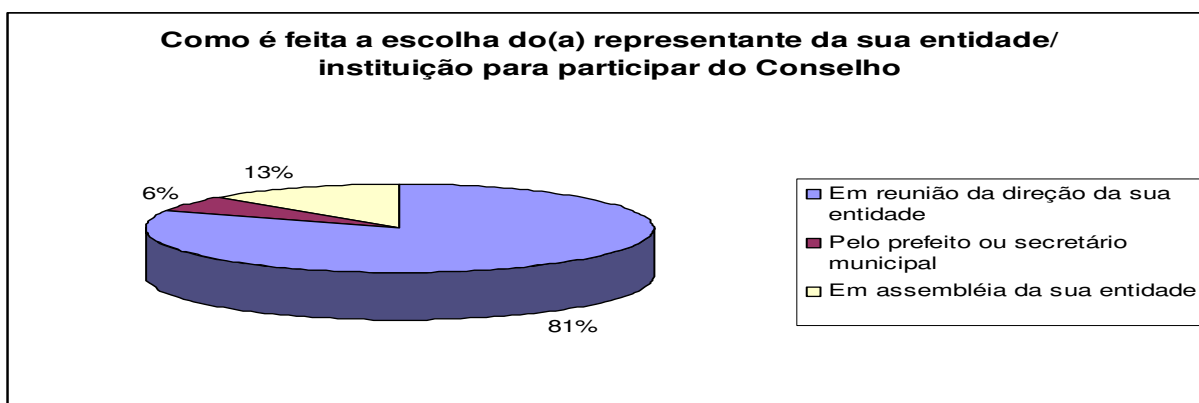
Busca-se verificar no próximo ponto o nível de envolvimento/ engajamento político e sua vinculação a organizações associativas pelos conselheiros.

2.2 Perfil Sociopolítico

Nesse ponto, foram analisados os dados relacionados à participação social e política dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, buscando verificar o nível de envolvimento/ engajamento político e sua vinculação a organizações associativas. Segundo Abranches & Azevedo (2004, p. 181) "a inserção política dos conselheiros pode ser uma variável positiva para otimizar as discussões e encaminhamentos dos conselhos".

Portanto, a primeira variável a ser analisada será a forma como se dá a escolha dos representantes de cada entidade participante do conselho, constatando-se um alto índice de escolhas realizadas em reunião das direções, sendo selecionados desta forma 81% dos representantes, os demais são selecionados através de assembléia 13% e pelo prefeito ou secretário municipal 6%, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 06



Quando abrimos os dados para os três segmentos representados, constatou-se que a escolha do representante em reunião das direções teve elevado índice nos três segmentos, representando (43,75%) no segmento Usuários, (18,75%) no segmento de Trabalhadores em Saúde e (18,75%) no segmento Gestores/ Prestadores, conforme tabela n° 6 do apêndice.

A interferência do Poder Público neste conselho apresenta-se como de esperado no segmento Gestor/ Prestadores, especificamente aos Gestores (6,25%), onde dos três membros que compõem este, dois são indicados pelo Executivo Municipal.

A respeito dos dados acima referentes ao processo de escolha dos membros deste Conselho, as professoras Tótora e Chaia (2004) classificam esse processo de duas formas: “de forma centralizada – indicação do conselheiro pelo presidente ou pelo prefeito/ secretário municipal; e de forma coletiva – em reunião da direção, em assembléia/ fórum do setor social do qual faz parte” (p. 214).

Segundo esta classificação, nota-se a evidente não interferência direta do Poder Público na escolha/ indicação dos conselheiros da sociedade civil. A soma dos índices de representantes dos segmentos Usuários e Trabalhadores em Saúde (75%), denotando que o processo de escolha dos representantes tem sido feito de forma autônoma pela sociedade constituindo-se, como bem aponta Santos, “um princípio básico para a garantia da representação social” (2004, p. 133).

Por outro lado, pesquisas desenvolvidas em conselhos municipais da Região Metropolitana de Belo Horizonte, apontam ao contrário do que ocorre no CMSPEl:

(...) que não só os representantes governamentais são escolhidos pelo prefeito, como definido em lei, mas representantes da sociedade organizada também passam pela seleção do poder público. Isso pode significar a grande intervenção do poder público na formatação dos conselhos municipais, e pode prejudicar a característica democrática desse instrumento, considerando que “representantes” da sociedade organizada escolhidos pela prefeitura podem atuar no sentido de respaldar de forma acrítica as ações do poder público (ABRANCHES & AZEVEDO, 2004, p. 170).

Em relação aos representantes da sociedade civil, os Usuários, os dados empíricos apontam o cumprimento da resolução federal n° 333/2003:

Da Organização dos Conselhos de Saúde:

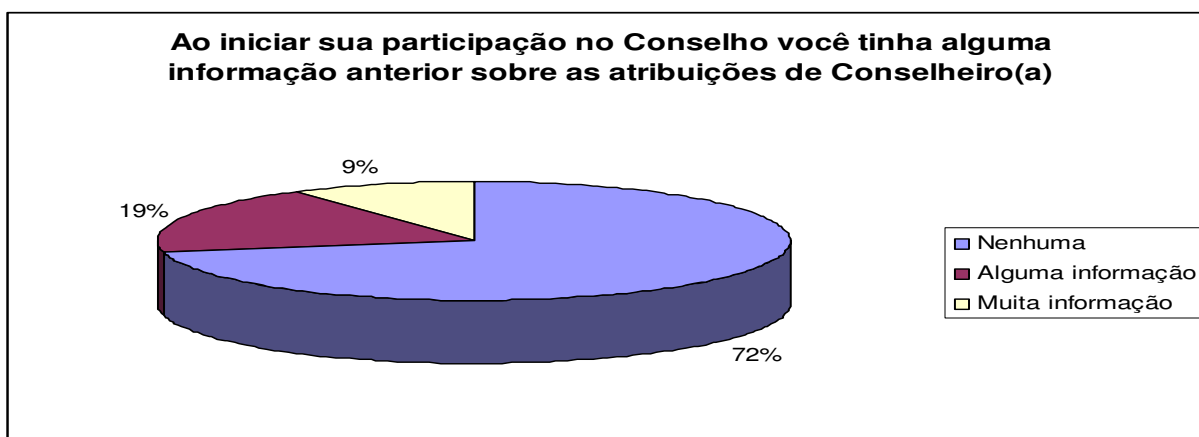
IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p. 06).

A regra legal que orienta a composição dos conselhos municipais de saúde

determina a paridade entre representantes dos Usuários e o conjunto dos demais segmentos: gestores, prestadores e profissionais e trabalhadores de saúde (Lei nº 8.142/90). Côrtes (2004, p. 259) destaca que, apesar da paridade “os usuários da área de saúde podem ter mais influencia no fórum”, considerando que esse dado depende de algumas variáveis como: quem são estas pessoas que compõem essas escolhas democráticas e a representatividade de suas instituições dos setores sociais.

Em relação ao conhecimento das atribuições de conselheiro(a) pelos representantes ao iniciarem sua participação no Conselho, os dados apontam para baixa informação ou conhecimento destes ao ingressarem no Conselho sobre as atribuições que teriam de exercer (72%), como apresenta o gráfico abaixo.

Gráfico 07



Ao desmembrarmos essa informação para os três segmentos representados, constatou que (43,75%) são representantes dos Usuários, seguido de (15,62%) do segmento Gestores/ Prestadores de Serviços e (12,5%) no segmento de Trabalhadores em Saúde, conforme tabela nº 7 do apêndice.

O alto índice de representantes sem informação anterior sobre as atribuições que terão de exercer no Conselho, chama a atenção para o “desafio que advém da novidade desses espaços, tanto para sociedade civil como para o Estado”, destacado por Dagnino (2002, p. 148).

Outro fator importante está ligado à discussão sobre a exigência de qualificação técnica e política que essa participação impõe principalmente aos

representantes da sociedade civil que não disponibilizam de forma direta de informações restritas ao Executivo municipal e de informações sobre formulação de políticas públicas.

Nesse sentido, pode-se verificar que o problema da falta de preparo e conhecimento por grande parte dos conselheiros de suas atribuições ao iniciarem sua participação no Conselho, “colocam em xeque a qualidade da participação e o significado da existência dos conselhos, se não estamos preparados para ocupar este espaço e disputar nele um projeto” (TATAGIBA, 2002, p. 70). Essa problemática pode ser verificada no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas.

Quanto à participação dos conselheiros em atividades de capacitação nos últimos 12 meses, verificou-se um elevado índice de membros que não realizaram nenhuma atividade (62%), como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 08



Ao abrirmos os dados para os três segmentos representados constatou-se que a não participação dos membros em atividades de capacitação apresentou um alto índice no segmento de Usuários (31,25%), seguido de (18,75%) no segmento Gestores/ Prestadores, e (12,5%) no segmento de Trabalhadores em Saúde, conforme tabela n° 8 do apêndice.

Estudos de Tatagiba (2002, p. 70) apontam que “o acesso às informações e o próprio conhecimento quanto ao funcionamento da máquina administrativa colocam os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil”.

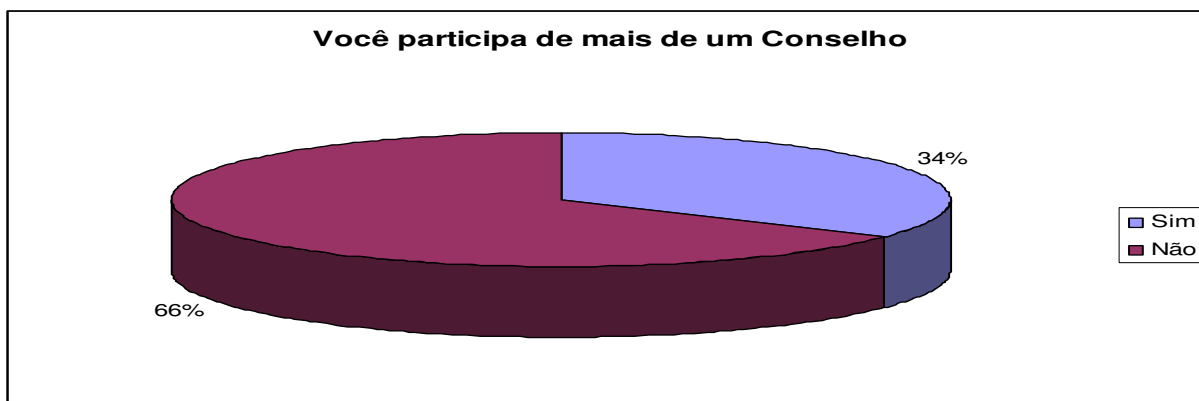
Por outro lado, ao debater o papel da sociedade civil a autora salienta:

Nesse sentido, ela carrega para o interior desses espaços públicos uma desigualdade adicional que pode acabar reproduzindo exatamente o que eles têm como objetivo eliminar: o acesso privilegiado aos recursos do Estado que engendra a desigualdade social mais ampla (DAGNINO, 2002, p. 149).

Isso demonstra que a pouca participação dos Usuários nos cursos de capacitação, consiste num problema não apenas de “domínio da técnica, mas também a uma grande dificuldade cultural de assumir uma postura de negociação com o Estado” (TATAGIBA, 2002, p. 71).

Sobre a participação dos conselheiros em mais de um conselho, constatou-se um elevado índice de (66%) de membros que não participam de outro ou mais conselhos municipais e/ ou estaduais, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 09



Ao abrirmos estes dados para os segmentos representados, verificou-se esse alto índice entre os três segmentos, (31,25%) no segmento Usuários, (18,75%) no segmento de Trabalhadores em Saúde e (15,62%) no segmento Gestores/ Prestadores, conforme tabela n° 9 do apêndice.

Ao contrário dos estudos em conselhos municipais na Região Metropolitana de Belo Horizonte realizado por Abranches e Azevedo (2004, p. 184) onde apontam que a alta participação dos conselheiros em outros conselhos e percebem isto como “um obstáculo à participação de outras entidades ou de pessoas diferentes da mesma entidade, que poderiam ampliar a presença de novos interesses e idéias sobre as políticas públicas”.

Nesse sentido, verificou-se que a baixa participação de conselheiros em

outros conselhos (34%), pode estar representando uma maior participação de outras instituições/ entidades e/ ou diferentes representantes nas outras instâncias.

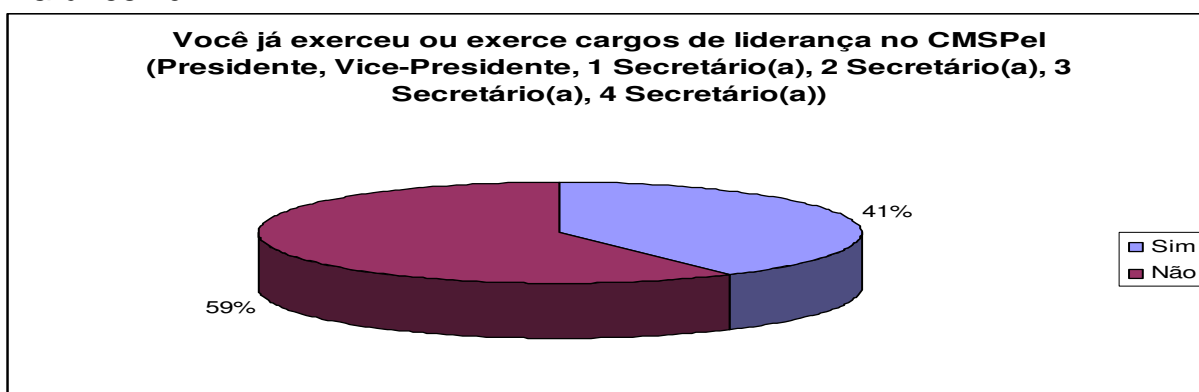
Por outro lado, a rotatividade de instituições/ entidades no CMSPel apresenta níveis muito baixos, segundo depoimento de um conselheiro: representante do segmento Usuários do CMSPel:

Difícilmente ocorre rotatividade das entidades, mas dos representantes sim, em função de diversos fatores como desinteresse, por exemplo. Normalmente algumas poucas entidades desistem por um tempo, havendo assim sua substituição por outra, sendo que acabam futuramente solicitando seu retorno, havendo muito pouca rotatividade de instituições/ entidades (ENTREVISTA REPRESENTANTE DO SEGMENTO USUÁRIOS DO CMSPel, 2009)¹⁶.

Se por um lado, a baixa participação por parte dos membros do conselho em outros conselhos, pode estar possibilitando a ampliação da presença de diferentes representantes em outras arenas. Por outro, o Conselho tem diversificado muito pouco as entidades/ instituições, havendo uma menor participação de outras entidades.

Quanto ao exercício de cargos de liderança pelos conselheiros, constatou-se uma leve predominância de (59%) dos membros que nunca exerceu nenhum dos cargos, como apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 10



Ao desmembrarmos os dados para os três segmentos representados, constatou-se um elevado índice entre dois segmentos de membros que nunca

¹⁶ Trecho da entrevista de um dos membros Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, capturada através do questionário aplicado no período de junho a agosto de 2009.

exerceram ou exercem cargos de liderança no Conselho, sendo estes o segmento de Usuários, com (28,12%), e o segmento Gestores/ Prestadores, com (21,87%). Visto que no segmento Trabalhadores em Saúde, esse percentual ficou um pouco a baixo (9,37%), conforme tabela nº 10 do apêndice.

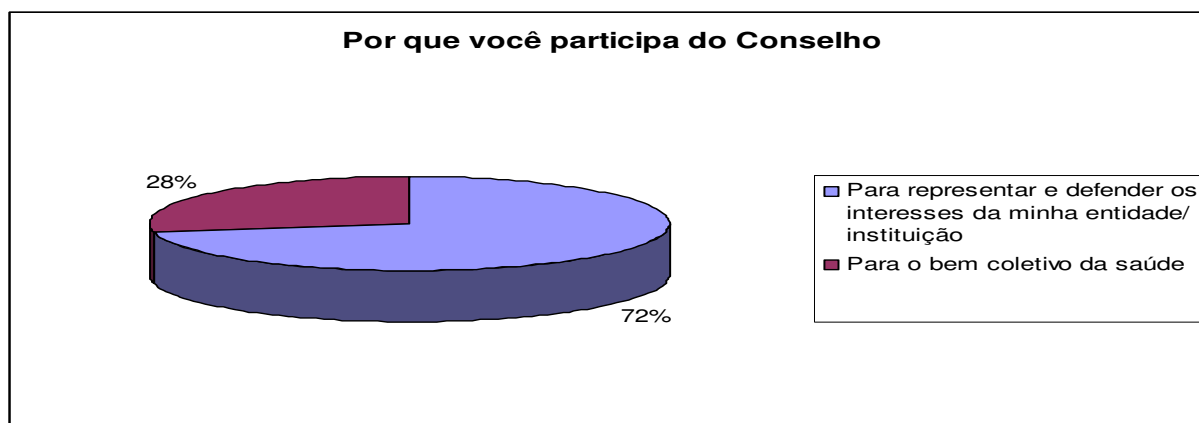
Nota-se que, por um lado, os dados referentes à baixa participação dos Gestores/ Prestadores, apesar do Secretário Municipal de Saúde exercer cargos de liderança no Conselho, nunca exerceu o cargo de presidente do Conselho, aponta para o inverso que vem acontecendo em outros conselhos municipais de saúde, onde é destacada à “transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho” (IX Conferência Nacional de Saúde, 1992, p. 33).

Os membros que fazem parte desses cargos de liderança, compondo a direção do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, seguem o previsto em seu regimento interno, onde a mesma será “composta por oito representantes, devendo ser observada a paridade com o segmento de usuários” (REGIMENTO INTERNO DO CMSPEL, 2006, P. 08).

Levando em consideração a saída ou substituição de muitos conselheiros, pode-se verificar que apesar do elevado índice de membros não participantes de cargos de liderança por parte dos Usuários (28,12%), constatou-se que ainda é significativo o índice de membros deste segmento (21,87%) que participam ou já participaram dessa experiência, denotando que no Conselho possui certa autonomia na participação da sociedade a estes cargos de liderança/ direção no CMSPEL.

Ao serem questionados sobre os motivos que levam a participação nos Conselhos, a grande maioria (72% dos membros) responderam que participam para representar e defender os interesses de suas entidades/ instituições, o restante (28%) respondeu que sua participação está relacionada com o bem coletivo da saúde, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 11



Desmembrando os dados para os três segmentos representados, verificou-se um elevado índice entre os membros dos três segmentos que afirmaram participarem do Conselho para defender os interesses de suas instituições/ entidades, constatado entre (28,12%) dos membros do segmento Usuários, (25%) dos membros do segmento Gestor/ Prestadores, e (18,75%) dos membros do segmento de Trabalhadores em Saúde, conforme tabela nº 11 do apêndice.

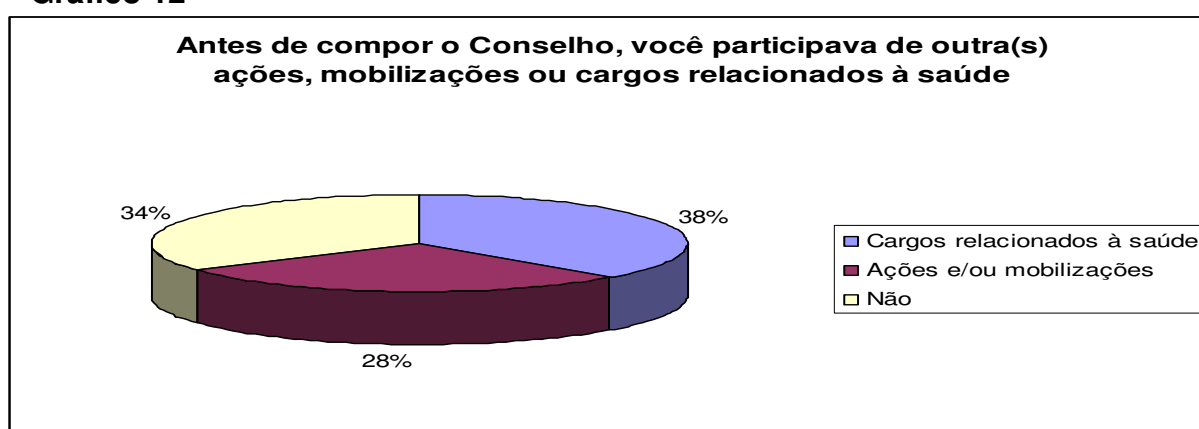
Interessante destacar que a centralidade na defesa dos interesses da entidade/ instituição não parece ser uma particularidade do Conselho de Saúde de Pelotas, pois estudos realizados por Tatagiba (2002, p. 58) apontam para resultados similares, onde “para muitos representantes da sociedade civil, estar nos conselhos é uma forma de conseguir mais recursos para suas entidades e não uma forma construir coletivamente o que seria o interesse público em cada área específica”.

Portanto, essa característica pode resultar no enfraquecimento desta instância como local de formulação de políticas de interesse público, pelo desinteresse por parte de seu principal ator, que são os representantes da sociedade, gerando, como bem aponta Dagnino, “a necessidade de articulação entre as organizações da sociedade civil tem sido apontada como uma forma de assegurar uma representatividade maior” (DAGNINO, 2002, p. 158).

Ao analisarmos a participação dos conselheiros antes de compor o Conselho em atividades relacionadas à saúde mencionadas no gráfico abaixo, constatou-se que 38% dos membros participaram de cargos relacionados à saúde, 32% não possuíam nenhum envolvimento em atividades na área. Interessante destacar que

28% dos conselheiros já participaram de ações e/ ou mobilizações ligadas à saúde (participação em pelo menos uma atividade entre trabalho voluntário, reuniões de grupos locais, manifestações ou greves). O baixo índice de mobilização não parece ser novidade, como salientado por Santos Junior (2004, p. 34) “é preciso considerar que ainda é expressivo o percentual daqueles com baixo engajamento, que ou não tomaram parte em nenhuma das atividades mencionadas, ou apenas participaram de abaixo-assinados”.

Gráfico 12



Considerando isoladamente os dados da sociedade civil (Usuários), verificaram-se quase um equilíbrio entre conselheiros que não participaram de nenhuma atividade (25%), e de conselheiros que estiveram envolvidos em ações e/ou mobilizações (21,87%), conforme tabela n° 12 do apêndice.

O baixo índice de mobilização “elemento fundamental da cultura cívica e associativa para que os conselheiros tenham legitimidade e capacidade de representação social”¹⁷ pode estar relacionado a “não continuidade entre mobilização popular dos anos 80 e a atuação dos conselhos, (...) revelando também uma baixa conexão desses conselhos com os movimentos populares” como apontado por Tótora e Chaia (2004, p. 218).

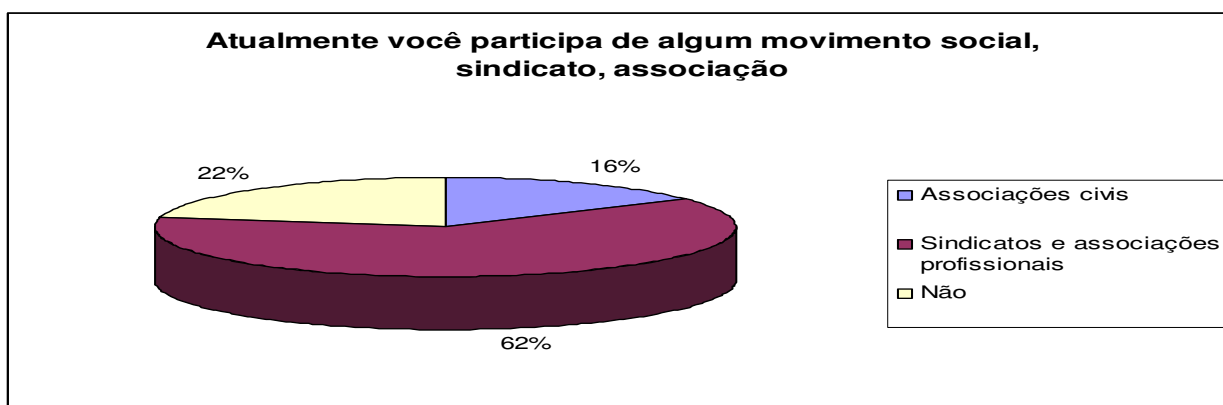
O gráfico abaixo pode completar as apreciações desenvolvidas acima, pois trata da participação ou mobilização dos conselheiros no momento presente.

Portanto, ao analisar sobre a participação social dos conselheiros, verificou-

¹⁷ Sobre esse assunto ver SANTOS (2004).

se segundo tabela n° 13 do apêndice, um elevado número de membros sindicalizados e associados a entidades profissionais e de classe (62%), seguido de (22%) dos membros que não participam de nenhum segmento social, e (16%) que participam de associações civis, categoria essa que engloba, segundo Tatagiba (2004, p. 355) “as associações comunitárias, entidades filantrópicas, movimentos sociais e ONGS”. No caso, o CMSPel, não possui nenhum membro com participação em movimentos sociais e/ ou ONGS.

Gráfico 13



Ao abrirmos para os três segmentos representados, constatou-se que o elevado índice de sindicalizados e associados a órgãos de classe, concentrou-se entre os segmentos Usuários (31,25%) e Trabalhadores em Saúde (21,87%).

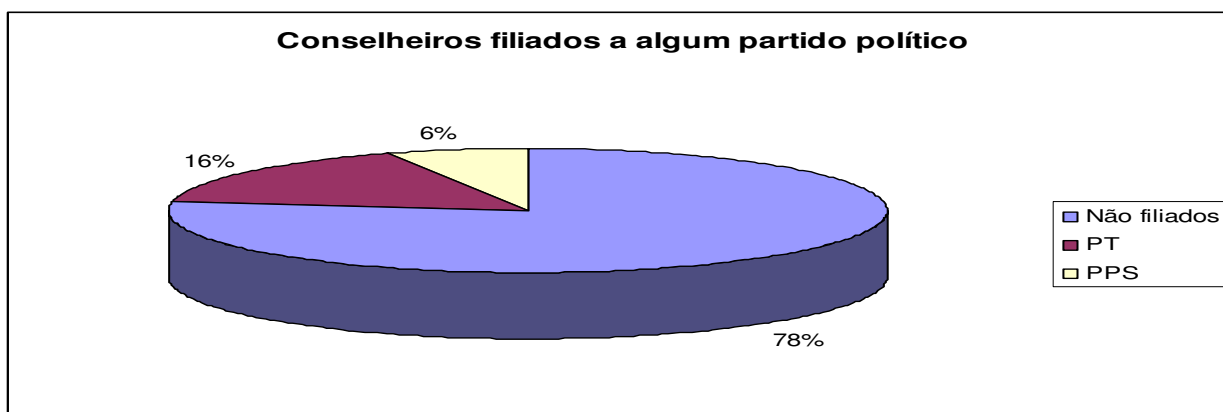
Considerando isoladamente os índices por parte da sociedade civil, usuários, estes elevaram-se para 31,25% de membros de sindicalizados e associados a órgãos de classe e 15,62% de membros que participam de associações civis, somando 46,87% de conselheiros da sociedade civil que atualmente participam ou representam esses setores.

Autores como Abranches e Azevedo (2004, p. 183) ao analisarem o alto grau de conselheiros sindicalizados e/ ou associados a órgãos de classe, observaram que “esse dado indica um compromisso dos conselheiros com as entidades às quais estão vinculados e seus interesses por questões políticas e sociais, refletindo de forma positiva na dinâmica dos conselhos”. Porém, é importante lembrar a interpretação de Tatagiba (2002, p. 58) quando ressalta que o compromisso dos conselheiros da sociedade civil está mais relacionado à defesa dos interesses da

entidade que representa do que no “interesse coletivo do bem público”, como apresentado no CMSPEl.

No caso da filiação político partidária, o resultado obtido indicou um percentual elevado de conselheiros não filiados em partidos políticos (78%), apenas (22%) são filiados, menos de ¼ dos conselheiros pesquisados¹⁸, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 14



*Um Conselheiro representante do Governo se recusou em responder à questão 3%.

Com relação ao partido onde estes conselheiros estão filiados, há predominância do PT – Partido dos Trabalhadores (16%), partido de oposição ao atual Governo Municipal e 6% de filiados ao PPS – Partido Popular Socialista, partido aliado ao governo atual na gestão anterior (2005-2008). Vale observar que o Conselho não possui nenhum conselheiro filiado ao partido do atual Governo Municipal PP – Partido Progressista (é relevante destacar a recusa do conselheiro representante do segmento Governo em informar o partido político ao qual é filiado, embora tenha confirmando filiação).

Ao abrirmos os dados para os três segmentos representados, constatou-se que entre os 22% de membros filiados, o segmento Usuários destacou-se pelo elevado índice de filiações partidárias (15,62%), onde destes (12,5%) estão filiados ao PT e (3,12%) no PPS. O segmento de Trabalhadores em Saúde não apresentou membros filiados e o segmento Gestores/ Prestadores tem 6,25% de filiados, onde

¹⁸ Censo realizado em seis maiores regiões metropolitanas do país constatou que filiação partidária atinge apenas 3% da população adulta (IBGE - Censo, 1996).

3,12% com filiação no PT e 3,12% ao PPS, conforme tabela n° 14 do apêndice.

Ao contrário do que apontam pesquisas sobre participação sociopolítica dos conselheiros em cinco Regiões Metropolitanas do Brasil, destacamos pesquisas como de Santos Junior (2004, p. 35) “na verdade, os conselheiros, sejam governamentais ou representantes da sociedade organizada, não somente são filiados, como afirmam participar da vida orgânica dos partidos políticos”.

Esse dado torna-se importante na medida em que podemos verificar o baixo índice de conselheiros com uma trajetória de filiação política, principalmente entre os representantes do segmento Usuários 34,37%, denotando uma insatisfação generalizada com a política. A respeito disso a autora abaixo salienta que:

(...) os partidos políticos no Brasil historicamente se inclinaram sempre na direção do Estado (com exceções, por isso mesmo notória), limitando sua busca de representatividade na sociedade civil aos momentos eleitorais e aos mecanismos vistos como mais eficazes nestes momentos: o clientelismo, as relações de favor, o personalismo etc (DAGNINO, 2002, p. 142).

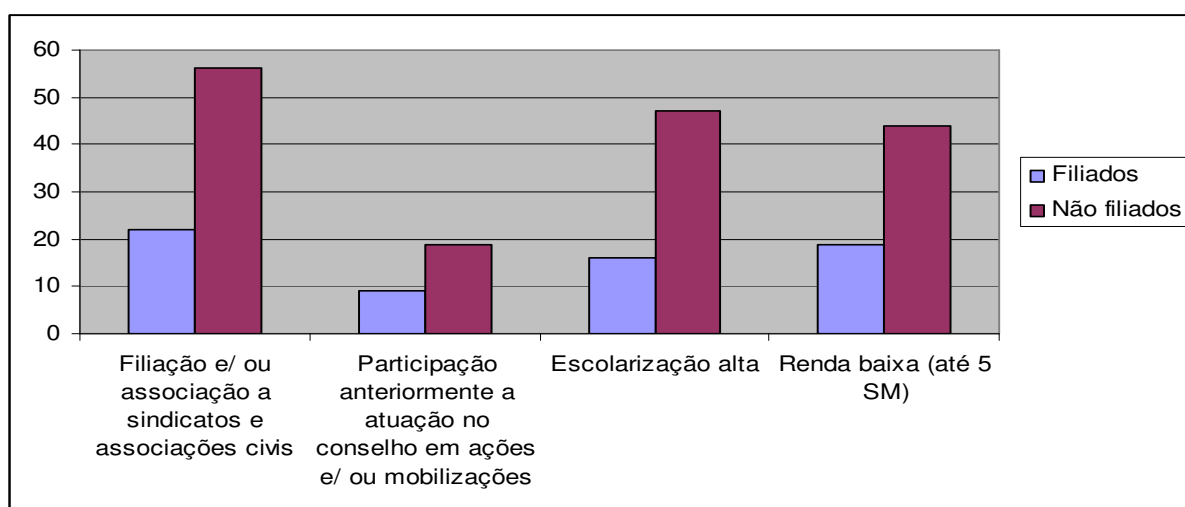
Embora haja baixa filiação partidária, é relevante destacar que os filiados em partidos políticos concentram-se mais no segmento Usuários e no Partido dos Trabalhadores (PT).

Considerando a análise de Perissinotto e Fuks (2006, p. 67) “acreditamos, portanto, que assim como os demais recursos de ativismo (...) a filiação partidária constitui-se em uma variável-chave para explicar a capacidade diferenciada de atuação política dos segmentos”, buscou-se verificar o perfil dos conselheiros filiados e não filiados, segundo o grau de engajamento sociopolítico, analisando traços como:

- Participação a sindicatos e/ ou associações civis - constatando que dos filiados todos os 22% possuem alguma forma de participação, o que não se constitui numa novidade. O dado interessante parece estar entre os não filiados, onde mais que a metade (56% dos 78%) possui alguma forma de participação.
- Participação anterior à atuação no conselho em ações e/ ou mobilizações - entre os filiados esse percentual cai para um pouco menos da metade (9% dos 22%), e entre os não filiados esse percentual comparado aos 78%

também é baixo, apenas 19% estiveram envolvidos nessas atividades.

- Nível de escolarização – entre os filiados foi constatado um alto nível de escolarização (16% dos 22%) mais da metade cursa ou já cursou o ensino superior, comparando com os não filiados, também um pouco mais que a metade (47% dos 78%) possui alta escolarização.
- Aos rendimentos - entre os filiados o percentual de rendimentos até 5 salários mínimos é alto, representando (19% dos 22%), já entre os não filiados (44% dos 78%) metade dos membros possuem os mesmos rendimentos.



	Filiação e/ou associação a sindicatos e associações civis.		Participação anterior à atuação no Conselho em ações e/ou mobilizações.		Escolarização alta		Renda baixa (até 5 SM)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Filiados	07	22	03	09	05	16	06	19
Não filiados	18	56	06	19	15	47	14	44

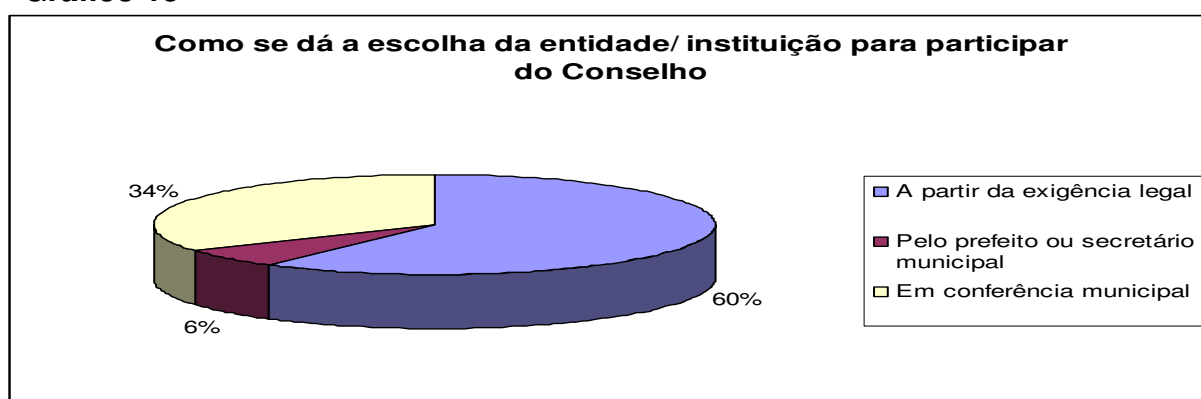
2.3 Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

O último ponto investigado diz respeito ao funcionamento do Conselho, o objetivo foi perceber através das características institucionais de funcionamento explicitadas pelos conselheiros, o formato do Conselho e sua relação com o

Executivo Municipal. É salutar lembrar que as políticas definidas pelo Conselho são executadas (ou não) pelo Poder Executivo Municipal e que o Conselho tem como uma de suas competências fiscalizar esta execução.

A primeira variável analisada refere-se à forma como se realizam a escolha das entidades/ instituições para participar do Conselho. A pesquisa revelou três formas de seleção: 60% são selecionadas a partir da exigência legal de criação do conselho municipal; 34% selecionadas por meio de Conferências municipais de saúde e; 6% selecionadas pelo prefeito ou secretário municipal, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 15



Ao desmembramos os dados para os três segmentos representados, verificou-se um elevado índice de entidades/ instituições selecionadas a partir da exigência legal de criação do conselho municipal, esteve entre as instituições/ entidades do segmento Trabalhadores em Saúde 18,75% e Gestores/ Prestadores 18,75%, conforme mostram tabela n° 15 do apêndice.

Por outro lado, verificaram-se no segmento Usuários uma leve predominância de 28% das escolhas realizadas por critérios mais democráticos, como em Conferências municipais, e apenas 6% das instituições/ entidades são escolhidas pelo prefeito ou secretário municipal de saúde, verificado somente no segmento Gestores/ Prestadores.

A exigência legal para ingresso das entidades/ instituições compor o Conselho estão estabelecidos no Regimento Interno do CMSPel:

Art. 6º - As entidades, para integrarem este Conselho, deverão estar legalmente constituídas e em pleno funcionamento. A documentação deverá ser apresentada no ato do cadastramento e quando exigida pela direção ou pelo plenário (REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS, 2006, p. 03).

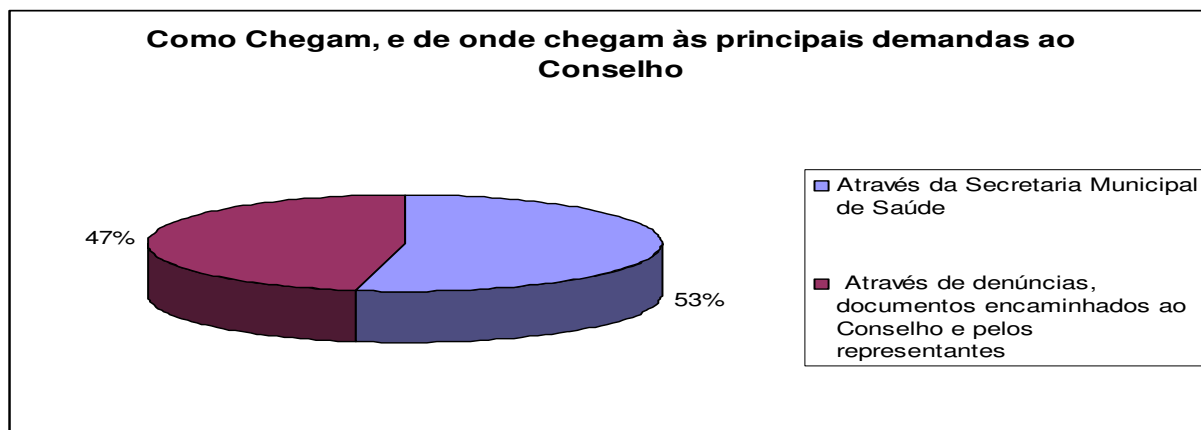
Quanto à representação das instituições/ entidades da sociedade civil (segmento Usuários), a composição do CMSPel segue as recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde:

Para efeito da composição dos Conselhos, os usuários sejam representados sempre por entidades populares, representantes de trabalhadores, entidades da sociedade civil voltada para a organização de usuários do SUS e outras de natureza similar. Não devem ser incluídas entidades que não representem efetivamente usuários, tais como Clubes de Serviços, Associações de Empresários, etc (IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 34).

Portanto, verifica-se que mesmo apresentando um pequeno o predomínio de 28% do total de 50% de instituições/ entidades representadas no segmento Usuários, selecionadas por meio de Conferências municipais de saúde, ainda torna-se significativo o percentual de 22% de instituições/ entidades do segmento Usuários selecionados a partir da exigência descrita pela lei de criação do Conselho municipal. “Isso significa que o Poder Público, que tem a responsabilidade de redigir essas leis, mais uma vez, tem grande influência na composição dos conselhos municipais”, como apontado por Abranches & Azevedo (2004, p. 169).

Ao indagar como chegam, e de onde chegam às principais demandas ao Conselho foi possível observar uma leve predominância dos conselheiros que afirmaram que às mesmas chegam via Secretaria Municipal de Saúde, representando 53% das afirmações. Por outro lado, 47% dos conselheiros afirmaram que as principais demandas têm origem em denúncias, documentos encaminhados ao Conselho e através dos próprios conselheiros, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 16



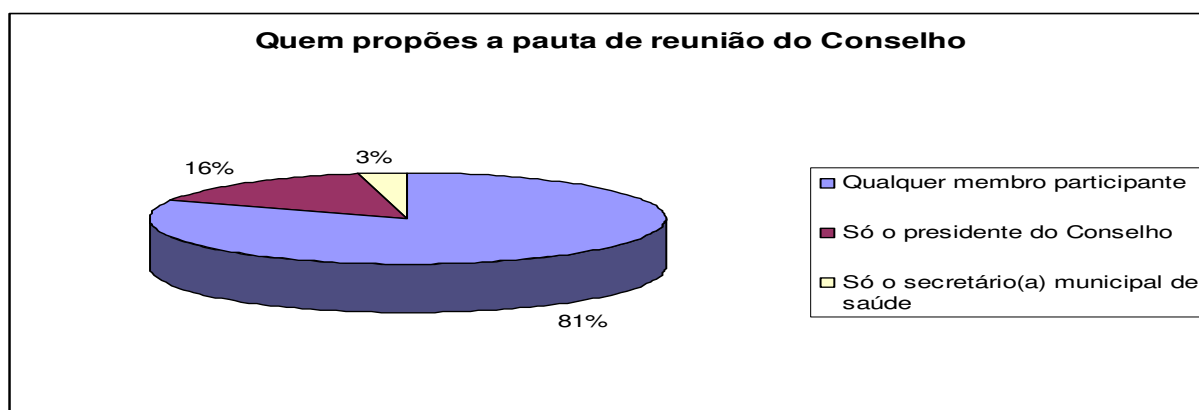
Ao desmembrarmos os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se que entre os conselheiros que afirmam que as principais demandas chegam através da Secretaria Municipal de Saúde, destacaram-se o segmento Usuários com 28,12%, seguido do segmento Trabalhadores em Saúde com 15,62%, conforme tabela n° 16 do apêndice.

Entre os representantes do segmento Gestores/ Prestadores há uma leve predominância de 15,62% que afirmam ser as demandas oriundas de denúncias, documentos encaminhados ao Conselho e pelos representantes.

Uma possível leitura dos dados sugere um predomínio do Poder Executivo na elaboração da agenda de políticas públicas de saúde no município de Pelotas. A respeito disso, estudos de Tatagiba (2002, p. 55) afirmam que "(...) tem sido muito difícil reverter, na dinâmica concreta de funcionamento dos conselhos, a centralidade e o protagonismo do Estado na definição das políticas e das prioridades sociais".

Em relação à proposição da pauta de reunião do Conselho, foi constatado que o resultado apresenta certa abertura para a sugestão de qualquer membro participante, podendo este propor a pauta de reunião em 81% dos casos, 16% dos membros aponta que só o presidente do Conselho propõe a pauta e 3% só o secretário de municipal de saúde propõe a pauta, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico17



Ao desmembrarmos os dados acima para os três segmentos representados, constatou-se que entre cada um dos segmentos há um elevado índice dos que afirmam que qualquer membro participante, pode propor a pauta de reunião, considerando que há quase um consenso entre os três segmentos, onde 37,5% dos representantes dos Usuários, 25% entre os Trabalhadores em Saúde e 18,75% entre o segmento Gestores/ Prestadores, tiveram a mesma afirmativa, conforme mostram tabela nº 17 do apêndice.

Portanto, verificaram-se contradições nas respostas do gráfico nº 16 e 17, por um lado os conselheiros apontam a centralidade do Poder Público em pautar as reuniões e, por outro, destacam que qualquer membro pode propor a pauta.

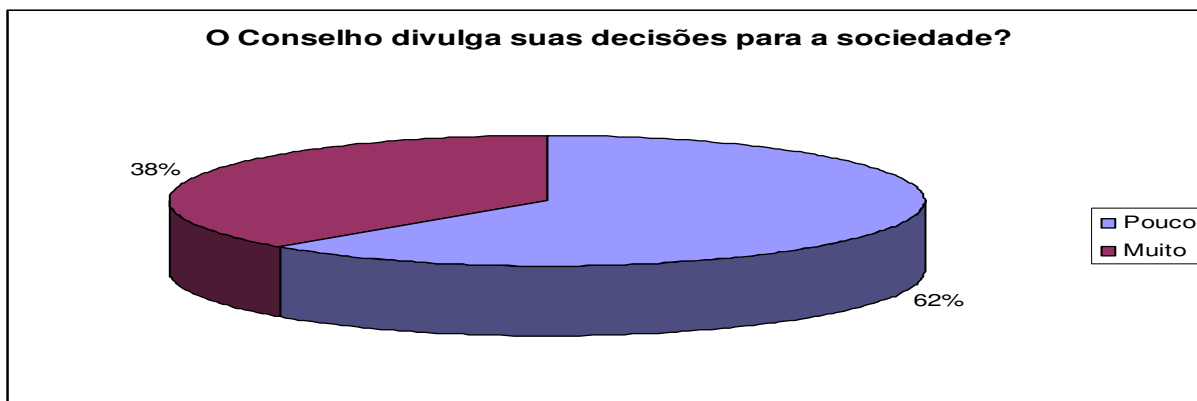
Esses dados contraditórios são similares àqueles apontados pelos autores abaixo:

(...) de um lado, a dinâmica democrática que permite aos diversos setores representados nos conselhos discutir e indicar assuntos importantes para a sua categoria, contribuindo assim para melhorar a capacidade dos conselhos e para ampliar e controlar as políticas públicas locais; de outro, a manipulação da pauta pelos representantes das entidades governamentais, que pode contribuir para o movimento inverso, ou seja, o de centralizar os assuntos discutidos nos conselhos e privilegiar as prioridades dos poder público e de seus interesses (ABRANCHES & AZEVEDO, 2004, p. 173).

Ao indagar se o Conselho divulga suas decisões para a sociedade, foi possível verificar que do total de conselheiros pesquisados, 62% afirmam que o Conselho tem divulgado pouco as decisões deliberadas nas plenárias, porém 38% afirmaram que as decisões são bem divulgadas, através dos meios de comunicação

local, sites, atas, etc, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 18



Quando desmembrados os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se que os segmentos Usuários 34,37% e Trabalhadores em Saúde 18,75% foram os segmentos com elevado índice na afirmação de que o Conselho divulga muito pouco suas decisões para a sociedade (somando juntos 53,12% do total de 62%), conforme tabela n° 18 do apêndice.

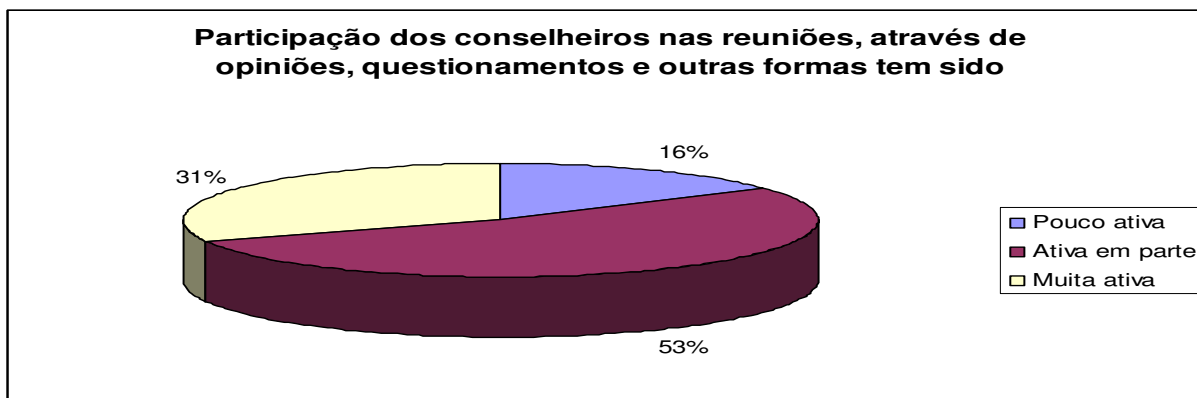
Já entre os membros do segmento Gestores/ Prestadores, ocorreu uma leve predominância da afirmação de que o Conselho divulga muito suas decisões (15,62% do total de 38%).

Portanto, apesar do Conselho possuir um site próprio e ter algumas informações divulgadas em jornais locais, na opinião da maioria dos representantes às informações de suas decisões e deliberações é bastante limitada. Este dado é mais relevante ainda se for considerado o limitado acesso da população a esses meios de comunicação¹⁹, e a importância das informações às camadas mais pobres da população, principais alvos do Sistema Único de Saúde.

Em relação à variável participação dos conselheiros nas reuniões, através de opiniões, questionamentos e/ou outras formas, foi verificado uma leve predominância da alternativa “ativa em parte” (53% dos membros), 31% afirmaram possuir participação “muito ativa”, e 16% participação “pouco ativa”, como mostra o gráfico abaixo.

¹⁹ Segundo pesquisas ainda é muito baixo representando em índices nacionais 35% dos que possuem acesso à internet da população nacional (IBGE – CENSO, 2005).

Gráfico 19



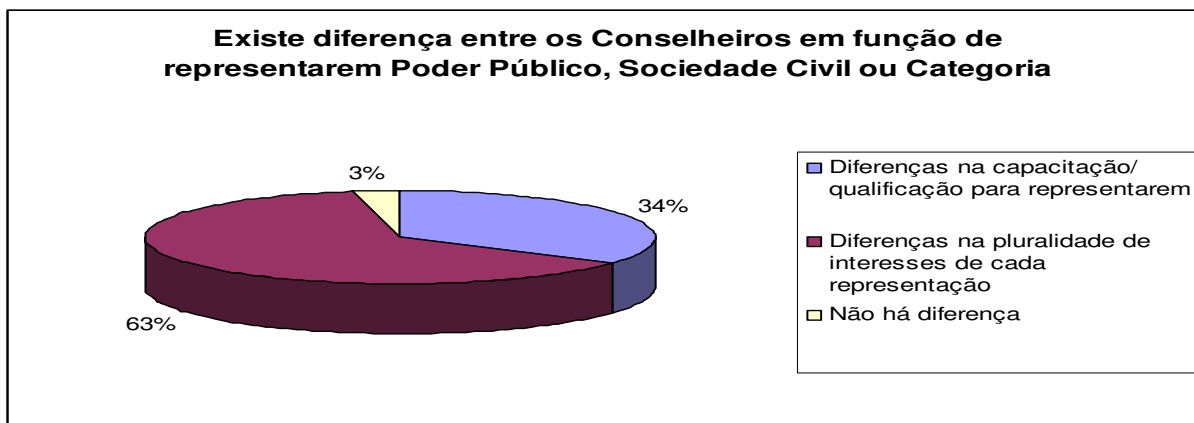
Ao desmembrarmos os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se uma leve predominância entre os representantes dos segmentos Usuários 28,12% que afirmaram ser sua participação “ativa em parte”, como também entre os representantes do segmento Gestores/ Prestadores 15,62%, conforme tabela n° 19 do apêndice.

Já entre os representantes do segmento Trabalhadores em Saúde, o que se verificou foi que metade dos membros afirmou ser sua participação “muito ativa” 12,5%, seguido de 9,38% que afirmou ter participação “ativa em parte”.

Em contrapartida, o índice de participações pouco ativa, entre os três segmentos apresentou-se baixo, podendo supor que o Conselho possui um alto índice de participação, apesar da parcialidade por parte de alguns membros, a grande maioria parece possuir capacidade de defender interesses coletivos ou de interesses particulares em determinados assuntos.

Ao indagar se há diferenças entre os conselheiros em função de representarem o Poder Público, sociedade civil ou categoria, verificou-se que do total de conselheiros pesquisados, 63% responderam existir diferenças devido à pluralidade de interesses presentes em cada segmento ou representação. Seguido de 34% dos que afirmaram que há diferenças na capacitação/ qualificação dos conselheiros para representarem, e apenas 3% negaram diferenças, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 20



Quando desmembrados os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se que entre os mesmos houve uma leve predominância da afirmação de haver diferenças no que se refere à pluralidade de interesses presentes em cada segmento ou representação, constatando no segmento Usuários 31,25% das afirmações, no segmento dos Trabalhadores em Saúde 18,75% e no segmento Gestores/ Prestadores 12,5%, representando este último metade das afirmações, conforme tabela n° 20 do apêndice.

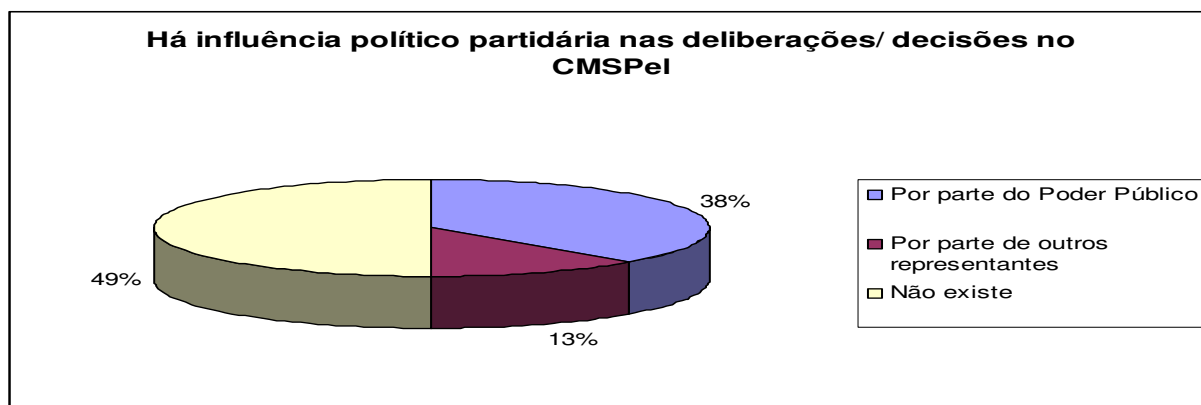
Segundo Dagnino, a pluralidade pode ser um ponto interessante:

O reconhecimento da pluralidade e da legitimidade dos interlocutores é requisito não apenas da convivência democrática em geral, mas especialmente dos aspectos públicos, enquanto espaços de conflito que têm a argumentação, a negociação, as alianças e a produção de consensos possíveis como seus procedimentos fundamentais (DAGNINO, 2002, p. 150).

Portanto, a pluralidade como diferença mais citada foi definida por esses conselheiros entrevistados como essencial para a contemplação das diferentes representações sociais do Conselho.

Ao analisar se há influência político partidária nas deliberações/ decisões no Conselho, verificou-se, segundo o gráfico abaixo, que do total dos conselheiros pesquisados 49% afirmaram não haver influência político partidária, seguido de um percentual menor, porém significativo de conselheiros que afirmaram haver tal influência político partidária por parte do Poder Público 38% e (13%) dos conselheiros afirmaram existir influência por parte de outros representantes.

Gráfico 21



Ao abrirmos os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se que entre os membros do segmento Gestores/ Prestadores 15,62% e Trabalhadores em Saúde também 15,62%, constatando uma leve predominância dos que afirmaram “não haver influência político partidária” (somando 31,24% dos 49%), como mostra tabela n° 21 do apêndice.

Entre os membros do segmento Usuários, há leve predominância dos que afirmaram haver influência político partidária nas deliberações/ decisões do Conselho por parte do Poder Público Municipal, representando 31,25% das respostas.

Diante desses dados podemos verificar que há uma divisão de opiniões quando o tema é influência político partidária nas deliberações/ decisões no Conselho. Como esperado, a grande maioria do segmento Gestores/ Prestadores nega a influência político partidária.

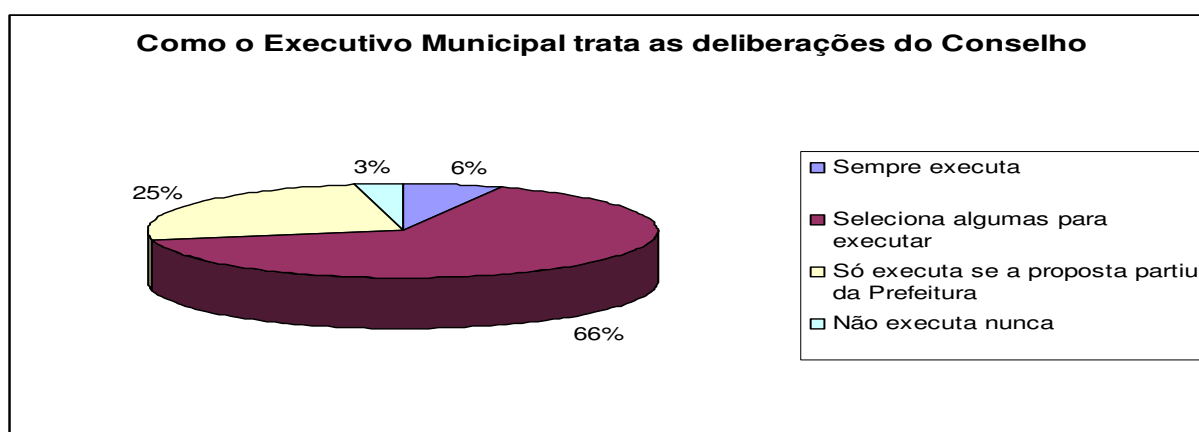
Cabe destacar que em relação a está indagação foi possível observar uma certa resistência e em alguns momentos medo em responde-la.

Portanto, apesar dos dados gerais mostrarem uma leve predominância das afirmações por parte dos membros de não haver influência político partidária, buscou-se levar em consideração o significativo índice de conselheiros do segmento Usuários que afirmam haver tal influência. Segundo estudos de Tatagiba (2002, p. 63) “(...) apesar das prerrogativas legais, muitos conselhos não conseguem impedir que questões importantes sejam decididas nos gabinetes dos altos escalões do governo, sob a influência dos interlocutores tradicionais”.

Ao avaliar como o Executivo Municipal trata as deliberações do Conselho,

observou-se que do total de membros pesquisados 66% afirmaram que o Executivo Municipal seleciona algumas deliberações/ decisões para executar; 25% responderam que o Executivo Municipal só executa as propostas que partem da prefeitura; 6% afirmaram que o Executivo Municipal sempre executa e; 3% que o Executivo Municipal não executa nunca. Como mostra gráfico abaixo.

Gráfico 22



Quando desmembrados os dados acima para os três segmentos representados, verificaram-se índices próximos na afirmativa “seleciona algumas para executar” nos três segmentos, sendo 28,12% no segmento Usuários, 15,62% no segmento Trabalhadores em Saúde e 21,87% entre os membros do segmento Gestores/ Prestadores, parecendo haver um consenso entre os três segmentos sobre tal opinião, conforme tabela n° 22 do apêndice.

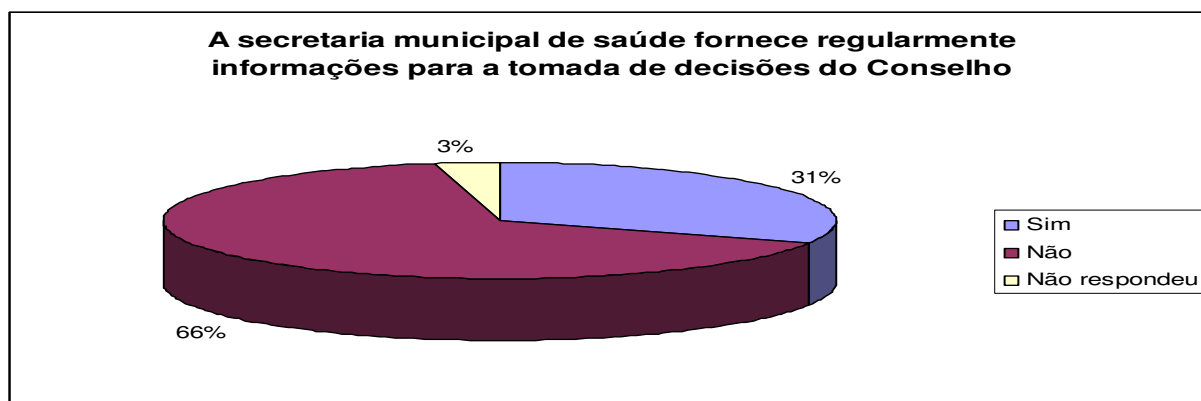
Por outro lado, mesmo baixo o índice dos que afirmaram que o Executivo Municipal só executa se as propostas partirem da prefeitura, (21,87%) dessa afirmação foram selecionadas pelos representantes do segmento Usuários.

Embora não tenhamos os dados de comparação entre as políticas aprovadas/deliberadas pelo Conselho e aquelas executadas pela Prefeitura, é possível afirmar que os dados analisados apontam para o desrespeito do Executivo Municipal as deliberações do Conselho, devido a não implementação de muitas propostas decididas no Conselho, principalmente se considerarmos as respostas dos membros do segmento Usuários. Podendo supor que este canal de expressão, participação e decisão podem estar atuando, como bem apontado por Gohn, “(...)

muito mais como um colegiado de legitimação das decisões do próprio Executivo do que de deliberações propriamente dita” (GOHN, 2004, p. 68). Ou seja, servindo aos interesses do governo.

Ao analisar o fornecimento por parte da Secretaria Municipal de Saúde de informações para subsidiar as decisões do Conselho, constatou-se que do total de membros pesquisados 66% afirmaram que a Secretaria Municipal de Saúde não tem subsidiado informações para a tomada de decisão no Conselho, alegando que as informações que chegam, são muito técnicas, difíceis de compreender, chegando em muitos casos em cima da hora, sem dar tempo suficiente para serem analisadas pelo Conselho. Por outro lado, menos da metade, 31% responderam que a Secretaria Municipal de Saúde fornece informações suficientes para a tomada de decisão no Conselho, e apenas 3% não respondeu a esta pergunta, como apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 23



Ao desmembrarmos os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se o elevado índice de membros do segmento Usuários que alegam que a Secretaria Municipal de Saúde não fornece informações regularmente e suficientes para a tomada de decisão (40,62%), como também verificado pelos membros do segmento Trabalhadores em Saúde (15,62%), conforme tabela n° 23 do apêndice.

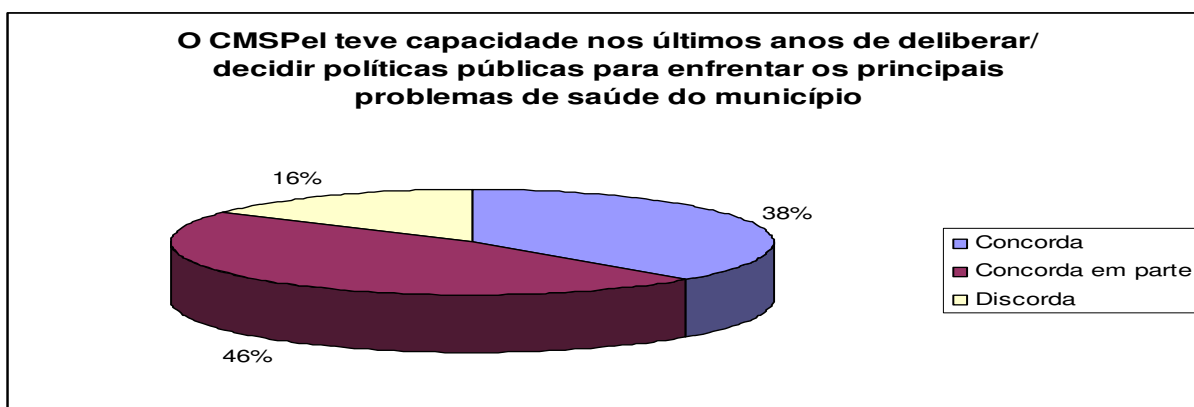
Por outro lado, apenas o segmento Gestor/ Prestadores apresentou uma leve predominância de membros que afirmaram que a Secretaria Municipal de Saúde fornece informações suficientes para a tomada de decisão para o Conselho

(15,62%).

Segundo Tótorra e Chaia (2004, p. 218) “a burocracia pública que monopoliza as informações e a implementação dos projetos”, traz conseqüências negativas para a participação da sociedade na gestão da “coisa pública”, pela recusa por parte do Executivo Municipal em partilhar o poder de decisão e o acesso às informações públicas necessárias para as deliberações/ decisões do Conselho. Este parece ser o caso do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas se considerar a manifestação dos conselheiros.

A respeito da capacidade do Conselho nos últimos anos de deliberar/ decidir políticas públicas para enfrentar os principais problemas de saúde do município, verificou-se que do total de membros pesquisados, 46% responderam que concordam em parte sobre esta capacidade, seguido de 38% dos que concordaram plenamente, e 16% que discordaram, como apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 24



Ao desmembrarmos os dados acima para os três segmentos, verificou-se uma divisão de opiniões entre os membros do segmento Usuários, visto que 18,75% dos membros concordam que o Conselho teve capacidade nos últimos anos de deliberar/ decidir políticas públicas para enfrentar os principais problemas de saúde do município, por outro lado, representando o mesmo índice de 18,75% encontram-se aqueles que concordaram em partes e por fim, 12,5% que discordaram, conforme tabela nº 24 do apêndice.

Já entre os membros do segmento Trabalhadores em Saúde, pode ser

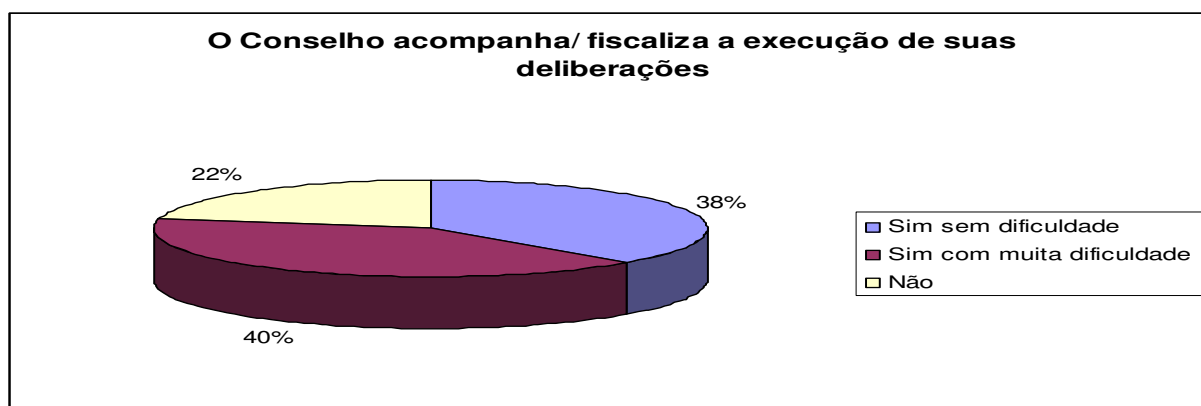
verificado que 18,75% responderam que concordam em parte. No segmento Gestores/ Prestadores 15,62% concordaram que o Conselho teve capacidade nos últimos anos de deliberar/ decidir políticas públicas para enfrentar os principais problemas de saúde do município, representando um índice levemente alto para este segmento.

Porém, verificou-se que diante dos dados apresentados, considerando aqueles que concordaram em parte e os que discordaram ambos alegam que o Conselho mesmo tendo capacidade de deliberar não tem sido respeitado em suas decisões pelo Executivo Municipal. Segundo relatos de 62% de membros dos segmentos Usuários e Trabalhadores em Saúde, o Conselho chegou a ter que trancar as pautas para que o Executivo Municipal aprovasse as decisões pendentes do Conselho e não só as prioridades da prefeitura.

Nessa correlação de forças pode-se verificar que o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas não tem conseguido exercer de maneira efetiva seu poder deliberativo, assumido em sua dinâmica atual de funcionamento um caráter mais consultivo, visto que suas decisões efetivamente têm se constituído em sugestões ao Executivo Municipal que pode ou não executá-las.

Ao analisar se o Conselho acompanha/ fiscaliza a execução de suas deliberações, verificou-se uma pequena predominância de 40% do total de conselheiros que afirmaram que o Conselho acompanha/ fiscaliza, porém com muita dificuldade, apontando à falta de infra-estrutura necessária como fator fundamental para sua atuação. Em seguida, 38% afirmaram que o Conselho acompanha/ fiscaliza sem nenhuma dificuldade e, por último, 22% alegaram que o Conselho não consegue acompanhar/ fiscalizar, sendo citada além da falta de estrutura, vontade política e a proibição em alguns casos do exercício da fiscalização pelo Poder Público, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 25



Ao abrirmos os dados acima para os três segmentos representados, observou-se que entre os membros do segmento Usuários 21,87% afirmaram que o conselho fiscaliza, porém com muita dificuldade, revelando uma leve predominância dessa opinião neste segmento. Entre os membros Trabalhadores em Saúde, verificou-se uma divisão de opiniões, visto que 9,38% afirmaram que o Conselho fiscaliza sem dificuldades e o mesmo percentual que afirmaram que o Conselho fiscaliza, porém com muita dificuldade, conforme tabela n° 25 do apêndice.

Por outro lado, entre os representantes do segmento Gestores/ Prestadores, pode-se verificar uma leve predominância da afirmativa pelos conselheiros de que o Conselho fiscaliza sem dificuldades (15,62%).

A opinião dos membros que alegaram que o Conselho não tem conseguido acompanhar/ fiscalizar corresponde a 15,62% dos conselheiros do segmento Usuários e 6,25% dos representantes do segmento Trabalhadores em Saúde.

Portanto, diante da pesquisa apresentada, verificou-se que apesar de muitos conselheiros afirmarem que o Conselho consegue fiscalizar com muita dificuldade, houve respostas negativas ao desempenho dessa função. A relevância desse último argumento para essa análise foi levada em consideração por ter sido apontada pelos próprios conselheiros que fazem parte da Comissão de Fiscalização (COMFIS) no momento das entrevistas que alegaram falta de estrutura necessária, vontade política e proibição em alguns casos desse exercício de fiscalização por parte do

Poder Público²⁰.

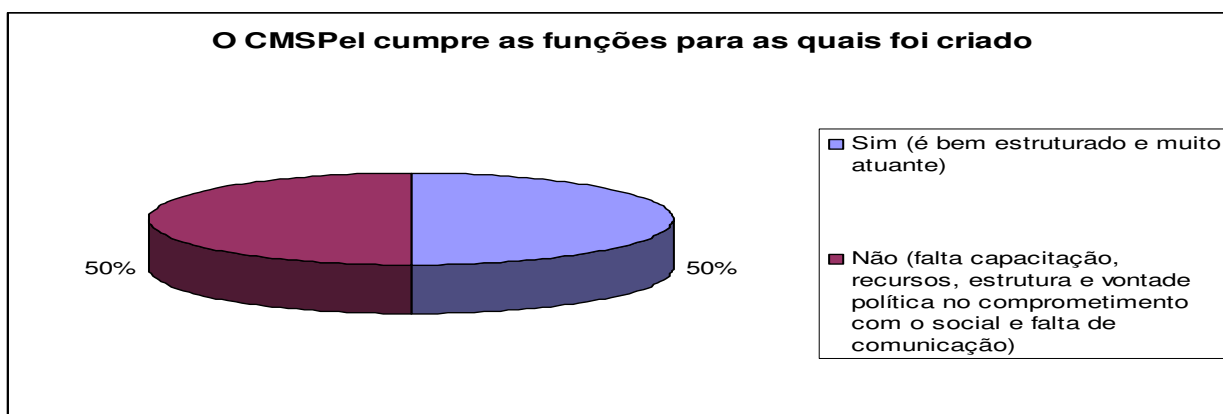
Pesquisas realizadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte em conselhos gestores apontaram que:

Confirmado a impressão sobre o compromisso do governo municipal com o conselho, 76,9% dos entrevistados alegam que são feitos acompanhamentos e fiscalização pelos conselhos, ou seja, é verificado pelos conselheiros se realmente as suas deliberações estão sendo executadas pelo poder público (ABRANCHES & AZEVEDO, 2004, p. 176).

Contudo, no caso do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas isto não parece ser uma realidade, conforme os dados, este parece fragilizado no funcionamento em uma de suas funções fundamentais que é a fiscalização em função de ações ou ausência de ações por parte do Gestor municipal.

Por fim, ao analisar o último gráfico que questionava se o CMSPel cumpre as funções para as quais foi criado, os dados do gráfico abaixo apontam para uma igualdade nas respostas, constatando que do total 50% dos membros afirmaram que o Conselho cumpre sim suas funções, pela justificativa de que ele é bem estruturado e muito atuante. Por outro lado, os outros 50% alegaram que o Conselho não cumprir as funções para as quais foi criado pela falta de capacitações regulares, falta de estrutura necessária e vontade política no comprometimento com as demandas.

Gráfico 26



²⁰ A pesquisa constou também da participação na observação das reuniões no CMSPel no período de junho a agosto de 2009 e onde esta problemática foi discutida pelos membros da COMFIS.

Ao desmembrarmos os dados acima para os três segmentos representados, verificou-se que entre os segmentos que obtiveram maior índice de membros que alegaram que o Conselho não cumpre suas funções pela falta de capacitações regulares, estrutura e vontade política tiveram destaque os membros do segmento Usuários (31,25%) e no segmento Trabalhadores em Saúde (15,62%), conforme tabela nº 26 do apêndice.

Apenas no segmento Gestores/ Prestadores destacaram-se com 21,87% dos membros que afirmaram o Conselho cumprirem suas funções pela boa estrutura e por ser muito atuante.

Essa mensuração dos dados para os três segmentos representados, possibilitou identificar que a possível igualdade que no panorama geral se mostrou é de fato relativa. Pode-se verificar uma clara divergência nas opiniões quando segmentadas, visto que, há quase um consenso entre dois segmentos dos diversos problemas que essa instância de participação enfrenta no momento atual para a efetivação de suas funções, sendo estes: o segmento dos Usuários e dos Trabalhadores em Saúde, somando 46,87% das afirmações.

Por outro lado, considerando aqueles que afirmaram que o Conselho cumpre as funções para as quais foi criado, destacou-se o índice elevado de 21,87% entre o segmento Gestores/ Prestadores.

Portanto, é inegável salientar que, embora “os conselhos gestores representam um importante avanço na construção de formas mais democráticas de gestão dos negócios públicos, seu potencial e âmbito de atuação são naturalmente limitados” (TATAGIBA, 2002, p. 100).

Nesse sentido, neste espaço criado como uma instância de construção de novas relações entre o Poder Público e a sociedade civil no âmbito da participação social na formulação, acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas públicas, ainda persistem muitos constrangimentos, como os vistos neste estudo, necessitando ainda avançar para uma maior efetividade da participação popular e da presença de suas demandas, possibilitando que os mesmos possam influenciar ou pressionar o Executivo Municipal na execução das políticas públicas de saúde decididas/ deliberadas neste Conselho.

Conclusão

Considerando o importante papel desempenhado pelos Conselhos municipais como espaço de participação da sociedade na discussão e decisão de políticas públicas e as dificuldades de efetivo funcionamento dos mesmos, este trabalho verificou através da pesquisa empírica como os conselheiros compreendem o formato da relação estabelecida entre o Conselho e o Executivo Municipal, considerando que as políticas definidas pelo Conselho são executadas (ou não) pelo Gestor municipal e que o Conselho tem como uma de suas competências fiscalizar esta execução.

Portanto, primeiramente, buscou-se identificar quem eram os atores que integram o Conselho e, em seguida saber se o Executivo municipal tem sido um dificultador no processo de deliberação/ decisão da política pública de saúde local.

O perfil socioeconômico dos conselheiros que atuam nesse espaço, revela que em sua maioria são homens, com idade entre 51 a 60 anos, com renda até cinco salários mínimos, alta escolaridade, predominando aqueles inseridos em outras áreas profissionais não relacionadas com área saúde.

Ao verificar o perfil sociopolítico dos conselheiros, os dados apontaram para baixa informação ou conhecimento dos conselheiros ao ingressarem no Conselho sobre as atribuições que teriam de exercer; ausência de capacitação, ou seja, participação em cursos de capacitações nos últimos 12 meses, principalmente por parte dos membros do segmento Usuários. Um dado interessante é que para a grande maioria participar do Conselho é uma forma de representar e defender interesses de suas entidades/ instituições (72%), dado que pode indicar a possibilidade de enfraquecimento do Conselho como local de formulação de políticas de interesse público, conforme destacado por diversos autores²¹. Verificou-se também um baixo percentual de participação dos conselheiros em ações e/ ou mobilizações ligadas à saúde antes de compor o Conselho, apenas 28% participaram, porém há um elevado índice de membros sindicalizados e associados

²¹ Como nos estudos de Abranches & Azevedo (2004); Dagnino (2002); Tatagiba (2002).

a entidades profissionais e de classe (62%). Considerando isoladamente a sociedade civil (segmento Usuários), estes elevam-se para 31,25%. Como também destacou-se a autonomia das escolhas dos membros para integrarem o Conselho pelas instituições/ entidades sem a interferência direta do Poder Público em 94%, principalmente entre os conselheiros da sociedade civil (50%).

O baixo índice de mobilização pode estar relacionados à não continuidade da luta que foi empreendida pela sociedade civil nas décadas de 70/80 do século passado, revelando assim uma baixa ligação do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas com os movimentos populares.

Respondendo a questão se o Executivo municipal tem sido um dificultador no processo de deliberação/ decisão da política pública de saúde. A análise dos dados revelou que a proposição da pauta de reunião do Conselho tem sido aberta para a sugestão de qualquer membro participante. Por outro lado, verificaram-se contradições nas respostas do gráfico nº 16 e 17, onde por um lado, os conselheiros apontam a centralidade do Poder Público em pautar as reuniões e, por outro, destacam que qualquer membro pode propor a pauta.

Alegam em sua maioria que a Secretaria Municipal de Saúde não fornece informações regulares e suficientes para a tomada de decisão do Conselho, esse monopólio de informações pelo Poder Público traz conseqüências negativas para a participação da sociedade na gestão da “coisa pública”, pela recusa por parte do executivo municipal em partilhar o poder de decisão e o acesso às informações públicas necessárias para as deliberações/ decisões do Conselho.

Quanto às deliberações/ decisões, os conselheiros do segmento dos Usuários afirmam que o Executivo municipal tem “selecionado algumas” para executar (28,12%) e que só tem executado se as propostas partirem da prefeitura (21,87%). Embora não tenhamos os dados de comparação entre as políticas aprovadas/deliberadas pelo Conselho e aquelas executadas pela Prefeitura, é possível afirmar que os dados analisados apontam para o desrespeito do Executivo municipal as deliberações/ decisões do Conselho, devido a não implementação de muitas propostas definidas em plenário, principalmente se considerarmos as respostas dos membros do segmento Usuários. Podendo supor que este canal de expressão, participação e decisão podem estar servindo aos interesses do governo,

a partir dos obstáculos que impõe ao bom funcionamento do Conselho, conforme bibliografia utilizada.

Sobre a competência do Conselho em fiscalizar a execução de suas deliberações verificou-se que, apesar de muitos conselheiros afirmarem que o Conselho consegue fiscalizar com muita dificuldade, houve respostas negativas ao desempenho dessa função. A relevância desse último argumento para essa análise foi levada em consideração por ter sido apontada pelos próprios conselheiros que fazem parte da Comissão de Fiscalização (COMFIS) no momento das entrevistas, alegando falta de estrutura necessária, vontade política e proibição em alguns casos desse exercício de fiscalização por parte do Poder Público. A fragilidade do funcionamento de uma de suas funções fundamentais, a fiscalização, também ocorre, segundo os entrevistados, em função de ações ou ausência de ações por parte do gestor da política pública de saúde municipal.

Nesse sentido, neste espaço criado como uma instância de construção de novas relações entre o Poder Público e a sociedade civil no âmbito da participação social na formulação, acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas públicas, ainda persistem constrangimentos, necessitando avanços em busca de maior efetividade da participação popular e da presença de suas demandas, possibilitando que os mesmos possam influenciar ou pressionar o Executivo municipal na execução das políticas públicas de saúde deliberadas/ decididas neste Conselho.

Nessa correlação de forças pode-se verificar que o CMSPel não tem conseguido exercer de maneira efetiva seu poder deliberativo, assumindo em sua dinâmica atual de funcionamento um caráter mais consultivo, visto que suas decisões parecem se constituir mais em sugestões ao Executivo municipal que pode ou não executá-las conforme seus interesses.

Portanto, apesar dos limites e constrangimentos impostos pelo Executivo municipal na relação com Conselho Municipal de Saúde em Pelotas, apesar dos desafios na construção e na vivência de novas relações entre o Poder Público e a sociedade civil, consideramos de fundamental importância estes espaços de discussão e deliberação de políticas públicas onde podem estar presentes segmentos até então desprovidos de locais para apresentar e debater suas

demandas.

Por fim, destacamos a importância dos estudos sobre os Conselhos municipais, pois cremos que esses, embora apontem dificuldades e limites, contribuem para a participação da sociedade civil nos processos de formulação e implementação das políticas públicas nos últimos anos.

Referências

ABRANCHES, M; AZEVEDO, S. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS Jr., Orlando Alves dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

AVRITZER, Leonardo, Modelos de sociedade civil: uma análise da especificidade do caso brasileiro. **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte. Ed. Del Rey, 1994.

AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

COHEN, Jean; ARATO, Andrew. Sociedade civil e teoria social. **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte. Ed. Del Rey, 1994.

_____. Sociedad civil y teoria política. México: Fondo de cultura económica, 2000.

Coletânea de Leis. Revista Ampliada – CRESS 10ª Região, Porto alegre, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE XI, 1992, Brasília. **Relatório final: municipalização é o caminho**. Ministério da Saúde: Brasília, 1992.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde**. Pelotas, 2006.

Constituição da República Federativa do Brasil. Juarez de Oliveira (Org.). 13ª. Ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS Jr., Orlando Alves dos Santos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). **Governança**

democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

DAGNINO, Evelina. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: PERISSINOTTO, Renato e FUKS, Mário (Orgs). **Democracia: teoria e prática.** Rio: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato. **Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba.** Revista Brasileira Ciências Sociais. Vol. 21 n. 60, 2006.

GOHN, Maria da Glória. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS Jr., Orlando Alves dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

_____. Os conselhos gestores no urbano: impactos, limites e possibilidades. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** 3ª ed. - Vol. 84 - São Paulo, Cortez, 2007.

IBAM, IPEA, COMUNIDADE SOLIDÁRIA. **Conselhos Municipais e Políticas sociais.** Rio de Janeiro, 1997.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Participação política: os partidos políticos e o voto.** Censo, 1996.
http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/demo_participacao_politica.html acessado em 25/12/2009.

_____. **Acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal.** Censo, 2005.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/acesoainternet/default.shtm> acessado em 06/01/2010.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, Jorge S. Associativismo, participação e cultura cívica. **O potencial dos conselhos de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 2002.

LAVALLE, Adrian Gurza; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. **Representação política e organizações civis: Novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.21, nº 60, 2006.

LAVALLE, Adrian Gurza; CASTELO, Graziela; BICHIR, Renata M. **Atores**

periféricos na sociedade civil: redes e centralidades de organizações em São Paulo. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 23 n. 68, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96.** Brasília, 1997.

_____. Resolução 333. **Conselho Nacional de Saúde.** Brasília, 2003.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Secretaria Municipal de Saúde e Bem - Estar.** Prefeitura Municipal de Pelotas, 2006-2009.

SANTOS, Mauro Rego Monteiro dos. A representação social no contexto da participação institucionalizada. O caso dos conselhos municipais do Rio de Janeiro. In: SANTOS Jr., Orlando Alves dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SANTOS Jr., Orlando Alves dos (Orgs.). Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS Jr., Orlando Alves dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SCHULZ, R. M. Conselho dos direitos da mulher como local de luta por reconhecimento. In: **XIV Congresso Brasileiro de Sociologia: Consensos e controvérsias, 2009, Rio de Janeiro.** Anais do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia: Consensos e controvérsias, v. 1, 2009.

SILVA, Marcelo Kunrath. Atores sociais em espaços de ampliação da democracia: as redes sociais em perspectiva. **Revista Sociologia e Política.** Curitiba, v. 16, 2008.

SOUZA, S. M. V. de. Participação política e o conselho municipal de saúde de Pelotas, 2000. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) - Instituto de Sociologia e Política,** Universidade Federal de Pelotas, 2000.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In DANIGNO, Evelina (org). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. Conselhos Gestores de Políticas Públicas e Democracia Participativa: Aprofundando o debate. In: FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato

Monseff & SOUZA, Nelson Rosário (orgs). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004.

_____. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **A participação em São Paulo**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

TÓTORA, Silvana; CHAIA, Vera. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. In: SANTOS Jr., Orlando Alves dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

Apêndices

TABELAS DADOS PESQUISA POR SEGMENTO DO CMSPEL – jun a ago/ 2009

Tabela 1

Gênero								
	Governo/Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	06	18,75	05	15,62	02	6,25	13	41
Masculino	02	6,25	03	9,38	14	43,75	19	59
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 2

Idade								
	Governo Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
20 a 30	01	3,12	-	-	-	-	01	03
31 a 40	02	6,25	03	9,38	02	6,25	07	22
41 a 50	02	6,25	01	3,12	02	6,25	05	16
51 a 60	03	9,38	04	12,5	07	21,87	14	43
Acima de 60	-	-	-	-	05	15,62	05	16
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 3

Renda								
	Governo/Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desempregado	-	-	-	-	02	6,25	02	06
Até 2 SM	01	3,12	-	-	04	12,5	05	16
+ 2 SM a 5 SM	03	9,38	03	9,38	07	21,87	13	43
+ 5 SM a 10 SM	01	3,12	02	6,25	02	6,25	05	16
Mais de 10 SM	02	6,25	03	9,38	01	3,12	06	19
Total	07	22	08	25	16	50	31	97

* Um Conselheiro representante do Governo se recusou em responder à questão 3%.

Tabela 4

Escolarização								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	-	-	01	3,12	06	18,75	07	22
Média	-	-	-	-	04	12,5	04	13
Alta	08	25	07	21,87	06	18,75	21	65
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

*Escolaridade: Baixa – até 1º grau completo e incompleto;
Média - 2º grau completo e incompleto;
Alta - 3º completo e incompleto

Tabela 5

Profissões								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área da saúde	04	12,5	07	21,87	01	3,12	12	38
Administrador	01	3,12	-	-	-	-	01	3,12
Advogada	01	3,12	-	-	-	-	01	3,12
Funcionário Público	02	6,25	01	3,12	03	9,37	06	18,75
Autônomo	-	-	-	-	07	21,87	07	21,87
Aposentado	-	-	-	-	05	15,62	05	15,62
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 6

Como é feito a escolha do representante da sua entidade/ instituição para participar do Conselho								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Em reunião da direção da sua entidade	06	18,75	06	18,75	14	43,75	26	81
Pelo prefeito ou secretário municipal	02	6,25	-	-	-	-	02	06
Em assembléia da sua entidade	-	-	02	6,25	02	6,25	04	13
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 7

Ao iniciar sua participação no Conselho você tinha alguma informação anterior sobre as atribuições de Conselheiro (a)								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	05	15,62	04	12,5	14	43,75	23	72
Alguma informação	01	3,12	03	9,37	02	6,25	06	19
Muita informação	02	6,25	01	3,12	-	-	03	09
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 8

Sua participação enquanto conselheiro em atividades de capacitação nos últimos 12 meses.								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Seminários	02	6,25	01	3,12	02	6,25	05	16
Curso de capacitação	-	-	03	9,37	04	12,5	07	22
Não realizou	06	18,75	04	12,5	10	31,25	20	62
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 9

Você participa de mais de um Conselho								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	03	9,38	02	6,25	06	18,75	11	66
Não	05	15,62	06	18,75	10	31,25	21	34
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 10

Você já exerceu ou exerce cargos de liderança no CMSPel (Presidente, Vice-Presidente, 1° Secretário(a), 2° Secretário(a), 3° Secretário, 4° Secretário(a))								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	01	3,12	05	15,62	07	21,87	13	41
Não	07	21,87	03	9,37	09	28,12	19	59
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 11

Por que você participa do Conselho								
	Governo Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Para representar e defender os interesses da minha entidade/instituição	08	25	06	18,75	09	28,12	23	72
Para o bem coletivo da saúde	-	-	02	6,25	07	21,87	09	28
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 12

Antes de compor o Conselho, você participava de outra(s) ações, mobilizações ou cargos relacionados à saúde.								
	Governo/Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cargos relacionados à saúde	06	18,75	05	15,62	01	3,12	12	38
Ações e/ou mobilizações	-	-	02	6,25	07	21,87	09	28
Não	02	6,25	01	3,12	08	25	11	34
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 13

Atualmente você participa de algum movimento social, sindicato, associação.								
	Governo/Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Associações civis	-	-	-	-	05	15,62	05	16
Sindicatos e associações profissionais	03	9,37	07	21,87	10	31,25	20	62
Não	05	15,63	01	3,12	01	3,12	07	22
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 14

Conselheiro filiado a algum partido político								
	Governo/Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não filiados	05	15,62	08	25	11	34,37	24	78
PT	01	3,12	-	-	04	12,5	05	16
PPS	01	3,12	-	-	01	3,12	02	06
Total	07	21,87	08	25	16	50	31	97

*Um Conselheiro representante do Governo se recusou em responder à questão 3%

Tabela 15

Como se dá a escolha da entidade/ instituição para participar do Conselho								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores em Saúde		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A partir da exigência legal	06	18,75	06	18,75	07	21,87	19	60
Pelo prefeito ou secretário municipal	02	6,25	-	-	-	-	02	06
Em conferência municipal	-	-	02	6,25	09	28,12	11	34
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 16

Como chegam, e de onde chegam às principais demandas ao Conselho?								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Através da Secretaria Municipal de Saúde	03	9,38	05	15,62	09	28,12	17	53
Através de denúncias, documentos encaminhados ao Conselho e pelos representantes.	05	15,62	03	9,37	07	21,87	15	47
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 17

Quem propõe a pauta de reunião do Conselho								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadore s		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Qualquer membro participante	06	18,75	08	25	12	37,5	26	81
Só o presidente do Conselho	02	6,25	-	-	03	9,37	05	16
Só o secretário(a) municipal	-	-	-	-	01	3,12	01	3
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 18

O Conselho divulga suas decisões para a sociedade?								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito pouco	03	9,38	06	18,75	11	34,37	20	62
Através dos meios de comunicação local, site, atas.	05	15,62	02	6,25	05	15,62	12	38
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 19

Participação dos conselheiros nas reuniões, através de opiniões, questionamentos e outras formas tem sido.								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pouco ativa	01	3,12	01	3,12	03	9,37	05	16
Ativa em parte	05	15,62	03	9,37	07	21,87	15	46
Muita ativa	02	6,25	04	12,5	06	18,75	12	38
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 20

Você acredita que existe diferença entre os Conselheiros em função de representarem Poder Público, Sociedade Civil ou Categoria.								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diferenças na capacitação/qualificação para representarem	03	9,38	02	6,25	06	18,75	11	34
Diferenças na pluralidade de interesses de cada representação	04	12,5	06	18,75	10	31,25	20	63
Não há diferença	01	3,12	-	-	-	-	01	03
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 21

Há influência política partidária nas deliberações (decisões) do CMSPel?								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Por parte do Poder Público	-	-	02	6,25	10	31,25	12	38
Por parte de outros representantes	03	9,38	01	3,12	-	-	04	13
Não existe	05	15,62	05	15,62	06	18,75	16	49
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 22

Como o Executivo Municipal trata as deliberações do Conselho?								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre executa	01	3,12	01	3,12	-	-	02	06
Selecionam algumas para executar	07	21,87	05	15,62	09	28,12	21	66
Só executa se a proposta partiu da Prefeitura	-	-	01	3,12	07	21,87	08	25
Não executa nunca	-	-	01	3,12	-	-	01	03
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 23

A secretaria municipal fornece regularmente informações para a tomada de decisões do conselho?								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	05	15,62	02	6,25	03	9,37	10	31
Não (muito técnicas, fragmentadas e chegam sem tempo para análise).	03	9,38	05	15,62	13	40,62	21	66
Não respondeu	-	-	01	3,12	-	-	01	03
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 24

O CMSPel teve capacidade nos últimos anos de deliberar/ decidir políticas públicas para enfrentar os principais problemas de saúde do município?								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Concorda	05	15,62	01	3,12	06	18,75	12	38
Concorda em parte	03	9,38	06	18,75	06	18,75	15	46
Discorda	-	-	01	3,12	04	12,5	05	16
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Tabela 25

O conselho acompanha/ fiscaliza a execução de suas deliberações?								
	Governo/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim sem dificuldade	05	15,62	03	9,38	04	12,5	12	38
Sim com muita dificuldade	03	9,38	03	9,38	07	21,87	13	40
Não	-	-	02	6,25	05	15,62	07	22
Total	08	15	08	25	16	50	32	100

Tabela 26

O CMSPel cumpre as funções para as quais foi criado?								
	Gestores/ Prestadores		Trabalhadores		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim (é bem estruturado e muito atuante)	07	21,87	03	9,37	06	18,75	16	50
Não (falta capacitação, recursos, estrutura e vontade política no comprometimento com o social e falta de comunicação).	01	3,12	05	15,62	10	31,25	16	50
Total	08	25	08	25	16	50	32	100

Questionário

Data: ____/____/____

1. Identificação do entrevistado representante:

() Poder Público. Qual órgão? _____

() Sociedade Civil. Qual entidade/ segmento? _____

2. Sexo: () F () M

3. Idade: _____

4. Renda: () até 2 SM () + 2 SM a 5 SM () + 5 SM a 10 SM () mais de 10 SM

5. Escolarização:

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo

() Pós-graduação () Outro. Qual? _____

6. Profissão. _____

7. Saberá me explicar qual a função do Conselho? _____

8. Como se dá a escolha da entidade/ instituição para participar do conselho?

9. Como é feita a escolha do(a) representante da sua entidade/ instituição para participar do conselho?

10. Ao iniciar sua participação no Conselho você tinha alguma formação anterior sobre as atribuições de Conselheiro(a)? () Nenhuma () alguma informação () muita informação () Outra.

Qual? _____

11. Você participa de mais de um conselho? () sim () não Qual?

12. Você já exerceu ou exerce cargos de liderança no CMSPel (Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário(a), 2º Secretário(a)): () sim () não.

Qual cargo? _____

13. Antes de compor o Conselho, você participava de outra(s) ações, mobilizações ou cargos relacionados à saúde? () sim () não. Quais?

14. Atualmente você participa de algum movimento social, sindicato, associação?

() sim () não. Qual? _____

15. Você é filiado(a) em algum partido político?

() sim () não. Qual? _____

16. Sua participação enquanto conselheiro em atividades de capacitação nos últimos 12 meses.

() seminários () curso de capacitação () oficinas () não se aplica () outra Qual? _____

17. Sua participação como Conselheiro nas reuniões, através de opiniões, questionamentos e outras formas tem sido:

Nenhuma Pouco ativa Ativa em parte Muita ativa

Outra. Qual? _____

18. Como chegam, e de onde chegam às principais demandas ao conselho? _____

19. Quem propõe a pauta de reunião do conselho?

não sabe qualquer membro participante Secretário do Conselho Só o presidente do Conselho Só secretário(a) municipal não se aplica.

20. O conselho divulga suas decisões para a sociedade?

21. Por que você participa do Conselho?

22. Você acredita que existe diferença entre os Conselheiros em função de representarem Poder Público, Sociedade Civil ou Categoria? sim não Qual? _____

23. Há influência política partidária nas deliberações (decisões) do CMSPel?

() sim () não. Em caso afirmativo explique por quê?

24. Como o Executivo municipal trata as deliberações do Conselho?

() sempre executa () seleciona algumas p/ executar () não executa nunca () só executa se a proposta partiu da Prefeitura

25. A secretaria municipal fornece regularmente informações para a tomada de decisões do conselho? () sim () não Por quê? _____

26. O CMSPel teve capacidade nos últimos anos de deliberar/ decidir políticas públicas para enfrentar os principais problemas de saúde do município?

() concorda () discorda () concorda em parte () discorda em parte

Justificativa: _____

27. O conselho acompanha/ fiscaliza a execução de suas deliberações?

() Sim Como? _____

() Não Por quê? _____

28. Em sua opinião, o Conselho cumpre as funções para as quais foi criado?

Em caso afirmativo: por quê? _____

Em caso negativo: quais as dificuldades enfrentadas para cumprir com suas funções? _____
