

Limites da participação de cidadãos na política pública de saúde: proposta de uma metodologia de avaliação

Limits to citizen participation in public health policy: proposal for an evaluation methodology

Límites a la participación ciudadana en la política de salud pública: propuesta de una metodología para la evaluación

Andrea Oliveira Gonçalves¹
Rodrigo de Souza Gonçalves²
Elionor Farah Jreige Weffort³

¹ Doutora em Integração da América Latina (USP), coordenadora do Grupo de Pesquisa em Gestão de Serviços Públicos de Saúde, professora do Programa Pós Graduação em Administração, área de Administração Pública e Políticas Públicas, da Universidade de Brasília. e-mail: andreaegoncalves@gmail.com

² Doutor em Ciências Contábeis (UnB), pesquisador do Grupo de Pesquisa em Gestão de Serviços Públicos de Saúde; professor do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, da Universidade de Brasília. E-mail: rgoncalves@unb.br

³ Doutora em Controladoria e Contabilidade (USP). Professora e pesquisadora do Programa de Mestrado em Ciências Contábeis da FECAP - Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. E-mail: eweffort@gmail.com

RESUMO

A gestão participativa nos conselhos locais de saúde é uma possibilidade de se estabelecer democraticamente as regras, as normas e acima de tudo, a possibilidade de melhorar o desempenho e a efetividade da política pública de saúde. Os conselhos de saúde no Brasil têm atribuições deliberativas e funcionam em caráter permanente, com os mais diversos segmentos da sociedade. No entanto, esses mesmos conselhos apresentam limitações no que diz respeito à deliberação e fiscalização da política pública. Este artigo discute portanto as limitações que os conselhos de saúde apresentam, a partir da identificação de determinantes da gestão participativa. A pesquisa é de natureza qualitativa e descritiva. Os resultados da pesquisa apontaram que a gestão participativa é fato estimulador de criação de espaços de mobilização, apesar das dificuldades e limitações. Estas dificuldades são entendidas como a interrupção de processos, falta de novas lideranças, não controle dos recursos, interferência da opinião técnica e apresentação de projetos que não se ajustam às demandas da população. Portanto, à medida que o modelo de gestão desses conselhos avança em direção à maior participação, o desempenho da política pública local de saúde tende a ser mais eficiente.

Palavras chave: conselhos de saúde - participação nas decisões - metodologia

ABSTRACT

Participatory management in local health councils could be a way of establishing democratic rules, standards and, above all, a possible way of improving the performance and effectiveness of public health policy. The health councils in Brazil have deliberative assignments and work on a permanent basis, with the most diverse segments of society. However, these same councils have limitations regarding to the determination and monitoring of public policy. In this context, our paper discussed the limitations faced by health councils by identifying participative management determinants. This research was both qualitative and descriptive. Despite the difficulties and limitations involved, the survey results showed that participative management is actually stimulating the creation of spaces for mobilization, . These difficulties are seem as the interruption of processes, lack of new leadership, uncontrolled resources, interference in technical opinions and presentation of projects that do not address the population demands. Therefore, as the management model used by these

councils moves toward a policy of greater participation, the performance of local public health policies tends to become more efficient.

Key words: health councils -Management Quality Circles - methodology

RESUMEN

La gestión participativa en los consejos es una posibilidad de establecer normas, estándares Democráticos y, sobre todo, la posibilidad de mejorar el rendimiento y la eficacia de la política de salud pública. Los consejos de salud en Brasil tienen tareas deliberativas y trabajan en forma permanente con los más diversos segmentos de la sociedad. Sin embargo, estos mismos consejos tienen limitaciones con respecto a la determinación y seguimiento de las políticas públicas. Este artículo discute las limitaciones que los consejos de salud tienen a partir de la identificación de los factores determinantes de la gestión participativa. La investigación es cualitativa y descriptiva. Los resultados del estudio mostraron que la gestión participativa en realidad está estimulando la creación de espacios para la movilización, a pesar de las dificultades y limitaciones. Estas dificultades se ven como la interrupción de los procesos, la falta de nuevos liderazgos, no el control de los recursos, la interferencia de la revisión técnica y la presentación de proyectos que no se ajusten a las demandas de la población. Por lo tanto, como el modelo de gestión de estos consejos se mueve hacia una mayor participación, el desempeño de la política de salud pública local tiende a ser más eficiente.

Descriptores: Consejos de Salud - Participación de los Empleados- metodología

INTRODUÇÃO

No final do século XX teve início a fase na qual as instâncias participativas adquirem caráter institucional e ganham força dentro da máquina do Estado. O caso da saúde é exemplar, pois é o setor no qual as instâncias de participação se multiplicaram durante a década de 1990. Nesse contexto, a municipalização, durante os últimos anos, tem sido abordada de forma que em muitos países têm ganhado espaço e demonstrado soluções nos problemas que dizem respeito ao Estado. As diretrizes da municipalização, prevêm que o Estado se aproxime do “locus do cotidiano”, bem

como garante uma maior racionalidade e economia de recursos. Partindo destas diretrizes, fica claro que a municipalização é a passagem progressiva do comando de todos os serviços públicos de saúde para a administração local. Nisto se inclui a criação e o desenvolvimento de conselhos que asseguram a deliberação e a fiscalização das práticas de gestão dos serviços de saúde. Este artigo apresenta alternativa metodológica para avaliar os determinantes qualitativos da gestão participativa em conselhos de saúde. A proposta de avaliação dos conselhos foi construída com base em pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, com o uso de documentos e entrevistas em profundidade. Um dos casos descritos neste artigo é do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS – Brasil). O artigo portanto, está estruturado em quatro seções, em destaque para o referencial teórico, que apresenta a formação dos conselhos no contexto do Estado. A segunda seção preocupa-se principalmente com as questões metodológicas da pesquisa realizada e a construção do modelo de avaliação. E a terceira seção dá o destaque aos resultados e discussões da pesquisa no que diz respeito ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS). Por fim, a última seção, conclui-se que todas as partes componentes de qualquer sistema de gestão devem ter coerência com cada uma das outras partes e refletir a filosofia básica da tipologia de participação nas organizações. Ou seja, à medida que o modelo de gestão desses conselhos avança em direção à maior participação, os resultados acerca da deliberação e fiscalização da política pública local de saúde tendem a ser mais eficientes.

REVISÃO DA LITERATURA

O espaço público chamado *conselho*: o advento da participação na gestão da política pública de saúde

Os Conselhos são o instrumento mais antigo de participação popular⁽¹⁾. De acordo com ela, a forma “conselho” utilizada na gestão pública, ou em coletivos organizados da sociedade civil não é novidade na História. A autora afirma que os Conselhos são uma invenção tão antiga quanto à própria Democracia participativa e datam suas origens desde os clãs visigodos. Alguns Conselhos tornaram-se famosos na história como a Comuna de Paris, os Conselhos dos Sovietes Russos, os Conselhos Operários de Turim – estudados por Gramsci – e alguns Conselhos na Alemanha da década de 20. Existem também os Conselhos da antiga Iugoslávia de 1950, os Conselhos atuais na Democracia americana, entre outros. Na modernidade, os Conselhos surgem em épocas de crises políticas e institucionais, conflitando com as organizações de caráter mais tradicional.

As definições dadas pela língua portuguesa, o termo conselho vem *do latim consilium*, que retrata *deliberação – (a) opinião, parecer, juízo; (b) aviso, advertência; (c) assembléia de pessoas que deliberam sobre certos assuntos; (d) grupo de pessoas encarregadas de administrar, de dirigir.*

Em relato clássico da história americana⁽²⁾ há a descrição de reuniões “municipais” Democráticas (mesmo após a existência de governo) onde cada assunto público (desde a localização de uma bomba até a seleção de um diretor para a escola) era decidido por voto popular, após terem sido ouvidos todos os argumentos.

Um estudo mais amplo⁽³⁾ e politizado da história dos conselhos (ou diretorias) das organizações sem fins lucrativos nos Estados Unidos, apesar de poucas práticas serem mais antigas do que comunidades delegando autoridade (para pequenos grupos de anciãos, diáconos, proprietários, legisladores, conselheiros, diretores ou curadores), as responsabilidades formais e as expectativas informais sobre sua atuação variam de tempos em tempos, de lugar para lugar.

A participação na área da saúde surge como premissa básica nos primeiros programas e planos nacionais, em razão do Movimento pela Reforma Sanitária que se desenvolvia no Brasil, na década de 1970. A indicação vinha da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde realizada em 1978, pela Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata (Rússia), em que uma das deliberações mais importantes sugeria aos países em desenvolvimento a adoção do princípio do envolvimento da comunidade na gestão da saúde. Também é igualmente importante para Dallari que *todos os indivíduos que compõem o povo de um Estado tenham efetivamente direito à saúde, que se promova, especialmente naqueles Estados mais carentes de meios, a plena utilização de recursos disponíveis, coordenando-os em nível local e integrando-os a um sistema nacional de saúde e que promova a coordenação entre os demais setores econômico-sociais e o setor saúde* (4, p. 24).

No Brasil, a discussão em torno da participação da sociedade civil em espaços políticos decisórios alcançou seu ponto máximo durante o período que culminou com a Constituição Federal de 1988. Nesta Constituição foram incluídos mecanismos de participação popular direta, aplicáveis aos municípios e a outras esferas do governo.

No entanto, a experiência da participação da comunidade na saúde, sob a forma institucionalizada, iniciou em 1984 com o Programa das Ações Integradas de Saúde - PAIS, que determinava, como um de seus princípios e diretrizes, o reconhecimento da legitimidade da participação da comunidade. Este Programa instituiu instâncias colegiadas de planejamento, gestão

e acompanhamento: em nível federal, a CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento; em nível estadual, a CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde; e em nível municipal, a CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. Esta última deveria ser formada com a participação dos órgãos públicos convenientes como o INAMPS; Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e outros Ministérios, bem como entidades comunitárias, sindicais e outras representações da população local.

Em 1986, o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde registrava a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitissem o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas e econômicas pela população.

O relatório também previa que a saúde, antes de tudo, é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, definindo-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Outros autores alertam⁽⁵⁾ que o Estado deve assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às outras políticas do País, bem como buscar meios e formas para efetivá-la. Desta forma, esses meios são garantidos por meio do processo de formulação, gestão e avaliação dos quais a população deve ser envolvida.

Em 1987, via Decreto nº 94.657, com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nos Estados, o princípio da participação da comunidade se torna fortalecido. O SUDS determinava a instalação de Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de coordenar o SUDS em um sistema de co-gestão da saúde, com a participação dos mais diversos segmentos da sociedade.

Em 1988, a Constituição Federal⁽⁶⁾ contempla a saúde como um direito de todos e dever do Estado, fixando as bases organizacionais do Sistema Único de Saúde. Este, torna-se o responsável pela implantação de ações e serviços de saúde, integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme as diretrizes do artigo 198 da mesma Constituição:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

A terceira diretriz foi regulamentada por meio da Lei n.º 8142, de 28 de Dezembro de 1990⁽⁷⁾, que prevê, como mecanismo de operacionalização, a criação em cada esfera de governo de instâncias colegiadas: o Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde.

A Conferência de Saúde deve-se reunir a cada 04 anos com a representação dos vários segmentos da sociedade, tendo por finalidade avaliar a situação da saúde bem como *propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo conselho de saúde* (§ 1º, art. 1º, Lei nº 8142/90).

Observa-se que houve uma significativa evolução nessas instâncias. Anteriormente a esta legislação, eram instâncias consultivas designadas por decisão isolada do chefe executivo e atualmente têm parte de seus membros eleitos pela sociedade civil.

O Conselho de Saúde conforme a Lei n.º 8142/90 tem atribuições deliberativas e funcionam em caráter permanente, com a seguinte composição:

representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo(Artigo 1º,§ 2º).

A legislação preconiza que o Conselho deve ser paritário, em que usuários, prestadores de serviços e membros do governo deverão estar sintonizados para a organização, implementação e fiscalização das ações e serviços de saúde a nível local, estadual e nacional.

O conselho de saúde, portanto, é um espaço público, onde a comunidade se expressa reivindicando seus direitos e controlando o Estado para que execute as deliberações oriundas desta instância. Esta garantia legal da participação da comunidade na gestão das ações e serviços de saúde por si só não garante o desempenho dos Conselhos de Saúde, uma vez que os mesmos estão na dependência de questões que envolvem diretamente três fatores⁽⁸⁾ sejam eles, a cultura do exercício da Democracia por parte dos cidadãos; a concepção ideológica de gestão dos governantes e vontade política da comunidade participar. De qualquer forma, os conselhos significam uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias.

Atualmente existem mais de 5.500 conselhos de saúde no País. Sua implantação e funcionamento deflagraram inúmeras discussões e questionamento por parte dos governos

estaduais, municipais e dos movimentos sociais. De um lado, gestores que apresentavam uma cultura centralizadora e burocratizada, que não permitia ou impedia a existência de fluxos de comunicação entre a gestão e a sociedade; de outro lado, as representações dos segmentos de trabalhadores de saúde, produtores de serviços e usuários, que sempre estiveram em espaços de embates e não apresentavam mecanismos e instrumentos que produzissem relações políticas nas quais os interesses conflitantes pudessem ser explicitados e negociados em prol da saúde de toda a sociedade.

Diante da municipalização dos serviços de saúde, deflagrou novos comportamentos acerca da gestão. De fato, os serviços de saúde foram municipalizados, tendo o município a responsabilidade de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, bem como gerir e executar tais serviços. O conselho municipal tornou-se a instância de consulta popular e de deliberação sobre as demandas manifestas da comunidade local. Observa-se portanto, a importância da presença da comunidade na formulação, decisão e fiscalização da política pública.

Nesta perspectiva, os conselhos de saúde são mecanismos e instâncias de participação que garantem a presença dos diversos segmentos da sociedade. É o espaço facilitador para efetivar e consolidar sua atuação na definição da política de saúde, não podendo se transformar em extensão do poder executivo, mas de fato, parceiro na formulação e deliberação da política de saúde.

Ao combinar o conceito de gestão e participação, entende-se a necessidade de avaliar individualmente os conselhos nas diversas dimensões propostas por Likert⁽⁹⁾. As dimensões analisadas envolvem questões que avaliam desde a relação de confiança entre seus membros ao tipo de capacitação oferecida. Entretanto, é preciso perceber os Conselhos de Saúde como uma instância de participação onde demandas, necessidades, reivindicações, desejos e aspirações são processadas em seu interior e os resultados são as decisões e deliberações políticas.

METODOLOGIA: A construção do modelo de avaliação qualitativa

A construção do diagnóstico obteve os dados a partir da entrevista em profundidade com 16 (dezesseis) pessoas representantes da sociedade civil e governo do conselho de saúde de Porto Alegre (RS - Brasil) -CMS/POA. O diagnóstico da amplitude de participação foi construído sob o enfoque de duas dimensões:

a) *histórica* ^(10, 11) que trata do contexto de como a organização se formou e de que forma entende a política de saúde enquanto projeto próprio.

b) *amplitude de participação ou tipologia de participação* ⁽⁹⁾ que é o nível de interação e participação das pessoas em todo o processo organizacional.

O roteiro identificou a visão dos entrevistados no que diz respeito à amplitude de participação. A teoria sobre o estilo de gestão ⁽⁹⁾ sustentou a base teórica para a construção da tipologia. Além disso, procurou-se a complementação teórica sobre amplitude de participação no contexto dos conselhos de saúde

Na dimensão histórica, apresenta-se o indicador ***implantação e departamentalização*** que caracteriza a implantação dos conselhos e como o mesmo está organizado em novas estruturas ou integraram os novos temas em saúde. Objetiva ainda identificar se novas organizações se integraram nos conselhos, se as comissões existentes são rígidas ou flexíveis ao contexto e às circunstâncias e que mudanças foram produzidas nas comissões desde a implantação.

A partir dos fatores apontados, a tipologia de amplitude de participação nos conselhos, no tocante à *implantação e departamentalização* pode ser:

a) Ampla: as organizações comunitárias existentes participaram da criação do conselho e participam ativamente das atividades do conselho.

b) Aberta: os conselhos foram implantados pela legislação mas cooperam ativamente com outras organizações da comunidade, agregando novos atores em comissões existentes;

c) Média: o conselho foi imposto pelos serviços de saúde, mas passou a ser plenamente ativo, criando comissões;

d) Restrita: o conselho foi imposto pelos serviços de saúde, mas têm alguma atividade.

A dimensão do estudo amplitude de participação da comunidade é constituída pelas subdimensões tradução de demandas e gestão.

A subdimensão *tradução de demandas* objetiva avaliar as demandas da comunidade; forma do processo de avaliação e ainda como estas demandas chegam nos conselhos; o tipo de liderança que se apresenta; a proveniência dos recursos e os segmentos que encaminham essas demandas.

O primeiro indicador ***avaliação de necessidades*** ⁽¹⁰⁾ examina quem ou que pessoas intervieram no diagnóstico de necessidades de saúde, em que medida as pessoas participam e como as necessidades são identificadas. Esse indicador também pode ser tratado por avaliação de demandas, caracterizado melhor no contexto dos conselhos, podendo classificar a amplitude de participação da comunidade em:

- a) Ampla: a comunidade intervém na avaliação de necessidades;
- b) Aberta: o conselho representa ativamente o ponto de vista da comunidade e avalia as necessidades.
- c) Média: a coordenação do conselho representa o ponto de vista e avalia as necessidades;
- d) Restrita: a opinião técnica do setor de saúde predomina, levando em conta os interesses da comunidade.

O segundo indicador, **liderança** ^(10, 11) averigua que tipo de liderança é exercido no conselho, que tipo de interesses representam, em que medida a liderança responde às demandas da comunidade, e que tipo de melhoria produzem as decisões dos conselhos.

Em relação a esse indicador, a amplitude de participação da comunidade nos conselhos pode ser:

- a) Ampla: o conselho representa toda a diversidade de interesses da comunidade e controla as atividades do gestor público de saúde;
- b) Aberta: o conselho é ativo com iniciativa;
- c) Média: o conselho funciona sob um gestor público de saúde independente;
- d) Restrita: o conselho não funciona, mas o gestor público de saúde atua independente dos grupos de interesse.

O indicador **mobilização de recursos** ⁽¹⁰⁾ analisa em que medida são obtidos apoios externos à política local de saúde em si, qual a contribuição da comunidade e a que interesses responde a destinação de recursos. Em relação a esse indicador, a amplitude de participação pode ser:

- a) Ampla: a política local de saúde obtém considerável volume de recursos de origens diversas; o conselho decide a utilização dos recursos;
- b) Aberta: ocorre contribuição periódica da União, do Estado e do Município; o conselho controla a utilização dos gastos;
- c) Média: ocorre contribuição periódica da União, do Estado e do Município, sem a participação da comunidade no controle dos gastos;
- d) Restrita: os recursos são provenientes da prestação de serviços. O conselho não controla o pagamento dos honorários.

A subdimensão *gestão* ⁽¹⁰⁾ tem por objetivo determinar se as responsabilidades recaem nos profissionais ou se a comunidade intervém na tomada de decisão, se foram modificadas as estruturas de decisões nos conselhos, em favor de quem e de que forma foram modificadas.

Essa subdimensão é composta pelos os indicadores *natureza do processo decisório* (1),

natureza do processo de comunicação (2), *natureza do processo de influência-interação* (3) e também *metas de desempenho e treinamento* (4). Tais indicadores foram adaptados a partir dos estudos do Apêndice II de Rensis Likert, em “A Organização Humana”.

O primeiro indicador, **natureza do processo decisório**, procura identificar a interferência da comunidade nas decisões do conselho e de que forma essas decisões são tomadas. Procura ainda determinar se as informações disponíveis são apropriadas para a tomada de decisão e onde essas decisões ocorrem.

Em relação a esse indicador, a amplitude de participação pode ser:

a) Ampla: o processo decisório é difundido por todo o conselho, sendo baseado em informações completas e precisas pois tem um eficiente fluxo de comunicação. Em geral, os participantes estão está perfeitamente a par dos problemas de saúde;

b) Aberta: as diretrizes gerais e as decisões principais saem da cúpula do conselho, mas decisões específicas saem de outros segmentos do conselho; as informações são razoavelmente adequadas e precisas e os membros do conselho estão a par dos problemas de saúde;

c) Média: as diretrizes principais saem da cúpula do conselho, mas muitas decisões são tomadas por outros segmentos do conselho; as informações disponíveis são quase sempre imprecisas, estando a par de alguns problemas de saúde.

d) Restrita: a maioria das decisões são tomadas na cúpula do conselho; as informações disponíveis são parciais e imprecisas; o conselho geralmente não está a par dos problemas de saúde.

O segundo indicador, **natureza do processo de comunicação**, procura caracterizar a direção do fluxo de informação, de onde vêm essas informações, como circulam dentro do conselho e a responsabilidade dos participantes em transmitir essas informações.

Em relação a esse indicador, a amplitude de participação no conselho pode ser:

a) Ampla: as informações circulam lateralmente entre todos os participantes indistintamente, de forma precisa e responsável; há muita interação e comunicação à realização dos objetivos do conselho;

b) Aberta: a informação é moldada na cúpula do conselho, mas com iniciativas dos membros do conselho; há bastante interação e comunicação dirigida à realização dos objetivos do conselho;

c) Média: as informações saem na maioria das vezes da cúpula do conselho; as informações necessárias são julgadas pela cúpula do conselho e há pouca interação e comunicação entre os participantes;

d) **Restrita**: as informações saem da cúpula para diversos segmentos do conselho; pouquíssima interação e comunicação entre os membros.

O terceiro indicador, **natureza do processo de influência-interação**, procura caracterizar o volume de interação entre os membros do conselho, bem como identificar a existência do trabalho em equipe.

Em relação a esse indicador, a amplitude de participação pode ser:

a) **Ampla**: existe interação amistosa no conselho com elevado grau de confiança no trabalho em equipe. A influência é exercida por todos segmentos do conselho;

b) **Aberta**: existe moderada interação, com elevado grau de influência e confiança mútua no trabalho em equipe;

c) **Média**: existe pequena interação, pouca influência e cooperação no trabalho em equipe; os participantes têm pouca confiança no grupo;

d) **Restrita**: pequena interação, nenhuma cooperação no trabalho em equipe; os conselheiros não influenciam sobre as atividades do conselho.

O quarto indicador, **metas de desempenho e treinamento**, procura caracterizar o nível de metas de desempenho que o conselho busca alcançar e se os participantes recebem treinamentos e quem financia essas atividades.

Em relação a esse indicador, a amplitude de participação pode ser:

a) **Ampla**: o conselho busca atingir um altíssimo nível de metas de desempenho, há bastante capacitação de seus participantes em parceria com diversas instâncias da comunidade;

b) **Aberta**: o conselho busca atingir um elevado nível de metas de desempenho, há muitas vezes a capacitação dos participantes através dos órgãos oficiais;

c) **Média**: o conselho busca atingir um nível de metas de desempenho alto e poucas vezes capacita seus participantes;

d) **Restrita**: o conselho busca atingir um nível de metas moderado; os participantes não recebem treinamento desejado.

Os entrevistados neste estudo de caso foram os representantes da sociedade civil e governo, conforme a paridade indicada na legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil que aponta para cada representante da sociedade civil há um representante do governo, objetivando contemplar a visão dos membros do CMS/POA. De acordo com a lei municipal 277 que criou o CMS/POA, são membros daquele conselho profissionais de saúde, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e governo, totalizando 172 pessoas. As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade

dos entrevistados, geralmente em seu local de trabalho, de forma voluntária e espontânea e limitadas em 16 pessoas em decorrência da saturação. Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo⁽¹²⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As inter-relações entre as diversas partes de qualquer tipo de sistema que esteja funcionando bem, se torna evidente quando comparado um tipo com outro. Pode-se avaliar um tipo de sistema através de diversos dimensionamentos diferentes como por exemplo, o tipo de liderança e o nível de influência/interação no trabalho cooperativo dos conselhos analisados.

A dimensão histórica descreve a implantação dessas organizações, a estrutura adotada, bem como se apresentam diante das mudanças desde a implantação. O CMS/POA mesmo tendo uma estrutura de comissões flexíveis e sendo implantado pela legislação Demonstra-se que passou a ser plenamente ativo, pois a comunidade o reconhece como sendo um projeto próprio, e que, mesmo sendo imposto pela legislação, revestiu-se com traços culturais do grupo, encontrando eco em algo que se encaixa na história do dia-a-dia da comunidade⁽¹¹⁾.

Neste sentido, destaca-se que estas transformações se associam, fundamentalmente à criação de mecanismos para a participação da sociedade civil no processo de formulação de políticas e decisões públicas, possibilitando a identificação de vários esforços que criam condições para que essas organizações assumam algumas das fases de elaboração de decisões⁽¹³⁾, haja vista pela formalização do processo por meio de normas jurídicas, seja pela adoção de procedimentos e instâncias orgânicas. Esse envolvimento no entanto, é resultado, conforme a autora, da associação de administrações municipais dominadas por partidos de orientação popular, como Porto Alegre e Montevideu, que estimularam a criação de conselhos com representantes eleitos pela população para escolher os principais projetos de investimento daquela localidade.

No entanto, a legalidade da descentralização como a criação dos conselhos, não é condição suficiente para promover a participação. Ela pode sim, representar a oportunidade de rompimento com estruturas centralizadas, liberando a capacidade de iniciativa da sociedade⁽¹⁴⁾.

Ao tratar do indicador avaliação de necessidades, observa-se que as pessoas que entrevistaram no planejamento ou diagnóstico de saúde nas duas organizações tendem a posturas diferentes. Esse indicador tende a ser aberto, pois o CMS/POA representa a comunidade e avalia suas necessidades a partir das informações trazidas pelos conselhos locais, pela comunidade e pelas categorias

profissionais. O resultado das necessidades avaliadas pelos sujeitos que compõem o processo possibilitam a influência na construção do Plano Municipal de Saúde. No entanto, apesar do discurso amplamente favorável à participação dos cidadãos, destaca-se que esta participação ainda não se apropriou de condições adequadas para seu exercício no espaço governamental, dado que tais práticas muitas vezes legitimam o corporativismo⁽¹³⁾.

Por um lado, fala-se de parecer técnico predominante, fato este que expressa a organização burocrática⁽¹⁵⁾. Neste parecer está explícito todo o caráter legal de normas, de comunicação, rotinas formais e competência técnica que Max Weber analisou sobre organização burocrática.

Decorrente desta constatação, confirma-se o tipo de liderança apresentada. Esta tipologia de participação neste indicador tende a ser **aberta**, haja vista que os líderes apontados pelos entrevistados são pessoas que se tornaram porta-vozes das necessidades em saúde, Demonstrando que ocorre um elevado grau de confiança na pessoa que os representa. Por outro lado, a liderança vitalícia⁽¹¹⁾ apontada por vários conselheiros não tem prejudicado o funcionamento do CMS/POA, uma vez que esses líderes têm sido Democráticos, politizados e articulados. Fica claro que a qualidade da liderança⁽⁹⁾ caracterizada nessas organizações exerce influência direta nos indicadores analisados.

Em se tratando de financiamento da saúde em Porto Alegre, os recursos advêm de três principais fontes e níveis de governo – União, Estado e Município. A utilização dos mesmos é controlada pelo CMS/POA, através da implementação dos projetos e programas deliberados no Plano Municipal de Saúde, bem como na prestação de contas e acompanhamento dos conselheiros locais em ações definidas pela Plenária. Não coube a esta análise verificar se a quantidade de recursos é suficiente para atender a todas as demandas da área de saúde e sim identificar a procedência dos recursos e o controle desses recursos.

Em si tratando do indicador processo decisório, as principais decisões no CMS/POA vêm do topo da coordenação e as informações para esse propósito são razoáveis e adequadas, havendo algum conhecimento sobre os problemas. Observa-se ainda que as demais decisões são tomadas em instâncias mais inferiores da organização, confirmando a descrição do sistema 3 de gestão⁽⁹⁾. Pode-se afirmar que a partir dos relatos, as decisões são ampliadas objetivando beneficiar a população em geral. Por outro lado, as discussões para a tomada de decisão são incipientes devido ao pequeno aprofundamento em determinados temas. O processo, assim, fica sob as considerações do segmento que chama à discussão, como a SMS/POA, a SSMA, CLIS e outros segmentos.

Ressalta-se que o processo decisório deve implicar numa construção coletiva acerca do exercício do poder, necessitando transferir conhecimento e informação adequada para a tomada de decisão⁽¹⁶⁾. Sugere ainda que este processo decisório deve converter-se no centro da problemática da participação como ação coletiva, que agrega concepções, atitudes e comportamentos dos decisores que norteiam o processo resultando na vontade coletiva. O processo de comunicação apresentou um fluxo de informações iniciado por diversos segmentos, caracterizando-o como **ampla**. Neste sentido, há uma organização adequada para o relato de comunicações, partindo desde a representação dos conselhos localizados nos bairros aos convites feitos ao CMS/POA pelas mais diversas instituições da cidade, incluindo-se nesses relatos a Secretaria Municipal de Saúde. No repasse de informações, quando não aceitas pelos conselheiros, via de regra, as mesmas são discutidas no sentido de buscar a fonte precisa. Desta forma, a responsabilidade e precisão caracterizam o processo de modo geral.

No CMS/POA observa-se que amplitude **média** do indicador influência-interação implica dizer que existe pequena interação, pouca influência e cooperação no trabalho em equipe. Os membros de instâncias mais inferiores raramente influenciam nas metas, métodos e atividades, ou seja, os participantes têm um grau menor de influência sobre essas metas e atividades da organização.

O último indicador analisado apresenta as metas de desempenho e treinamento que se busca alcançar, bem como se os participantes recebem treinamentos e quem financia essas atividades. Trata de uma amplitude que tende ser **aberta**, pois há a intenção de atingir um elevado nível de metas de desempenho. Para que isso ocorra há muitas vezes atividades de capacitação dos conselheiros através dos órgãos oficiais. O indicador em tela está intrinsecamente ligado às deliberações da Conferência Municipal de Saúde que compõe o Plano Municipal de Saúde. Por sua vez, é a expressão maior da população acerca das diretrizes de saúde para o município.

CONCLUSÕES:

A avaliação sobre a tipologia de participação no CMS/POA apresentou uma tendência **aberta**. Esse resultado se deve à tipologia dos indicadores como a avaliação de necessidades, liderança, mobilização de recursos, processo decisório, comunicação e metas de desempenho e treinamento.

O CMS/POA encontra-se em estágio participativo mais desenvolvido (tipologia aberta) e no entanto, ainda apresenta limitações no que diz respeito à participação. Quando se trata de tipo

participativo mais desenvolvido os representantes de grupos de interesses participam ativamente do processo de decisão, consultam informações precisas, promovem debates acerca das demandas, buscando articulação entre as opiniões do grupo participante⁽¹⁷⁾. Neste caso ainda, a tipologia aberta tende a exigir da organização o aprendizado de uma liderança mais complexa e de certas técnicas de interação para se chegar à tipologia de participação ampla. Tratar de uma organização no estágio de participação ampla considera-se que todos os processos ocorram de forma mais eficiente. Quando uma organização muda para o sistema participativo, melhora o desempenho, reduzem-se os custos e aumenta a satisfação e o bem-estar de seus membros, apresentando processos mais efetivos⁽¹⁸⁾. Em decorrência o Estado estaria adotando o modelo de máquina eficaz, tornando-se Estado-gestor⁽¹⁹⁾ que por princípio está a vontade gestora da sociedade. Ocorre ainda a apropriação do projeto de participação que convoca a comunidade a fazer parte da política pública de saúde através da Lei 8142/1990. De fato, a comunidade participante do CMS/POA o adotou como projeto próprio, de forma que tornou-se uma construção organizada da emancipação social⁽⁹⁾.

Por fim, entende-se o processo de descentralização é fato estimulador de criação de espaços de mobilização, apesar das dificuldades e limitações da participação. Estas dificuldades são entendidas como a interrupção de processos, falta de novas lideranças, não controle dos recursos, interferência da opinião técnica e apresentação de projetos que não se ajustam às demandas. No entanto, o processo de ampliação da participação remete à produção de lideranças sociais que são focos de informação sobre bens e serviços públicos e de difusão de confiança nas instituições públicas, o que, por sua vez, amplia o acesso a esses bens e serviços⁽²⁰⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Gohn, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção questões da nossa época; vol. 84)
2. Houle, .C.O. **Governing Boarding: their nature and nurture**. São Francisco: Jossey Bass, 1997.
3. Hall, P.D. **A History of Nonprofit Boards in the United States**. Washington: National Center for Nonprofit Boards, 1997.
4. Dallari, Sueli. **Municipalização dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

5. Valla, V. V. e Siqueira, S. A. V. O centro municipal de saúde e a participação popular. In: Costa, N. R., Mimayo, C. C., Ramos, C. L., Stotz, Eduardo N. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989, pp. 91-139.
6. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de Outubro de 1988. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 1989.
7. Brasil. Lei 8142 - 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde –SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 1990
8. Giacomoni, Maria Eunice Hofheinz. **Participação Social no Sistema Único de Saúde: estudo da participação das entidades no plenário do Conselho Estadual de Saúde do RGS – 1991 a 1993**. Porto Alegre: UFRGS/FCE/PPGA/PDGSaúde, 1995 (Série Documentos para Estudo, 16)
9. Likert, Rensis. **A Organização Humana**. São Paulo: Atlas; 1975.
10. Rifkin, Suzan B. ; Bichmann, W. e Shrestha, M. Cómo medir la participación de la comunidad. **Foro Mundial de La Salud**, 1989, v. 10, n.º.3 / 4, p. 482 – 488.
11. Demo, Pedro. **Participação é Conquista**, 3.ed. São Paulo: Cortez, 1996.
12. Grawitz, Madeleine. **Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales**. Barcelona: Editorial Hispano Europa, 1975
13. Grau, Nuria Cunill. A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados. **Revista do Serviço Público**, 1996, Ano 47; v.120 Jan-Abril, p.113-140
14. Arretche, M. T. S. Mitos da Descentralização: mais Democracia e eficiência das políticas públicas? 1996, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n° 31, p. 44-46.
15. Bresser Pereira, L. C. & Motta, Fernando C. Prestes. **Introdução à Organização Burocrática**. 2ed. Revisada, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
16. Gonzaga, Luiz. **Planificación en la comunicación de Proyectos Participativos**. Buenos Aires, 1996 (s/ed)
17. Arnstein, S. Ladder of citizen participation. **Journal of American Planning**, 1969. v.35, n.4, p. 216-224
18. Likert, R. & Likert, Jane Gibson. **Administração de Conflitos**: novas abordagens. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1979.

19. Bresser Pereira, L. C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, 1996, Ano 47, v.1 , p. 7-40
20. Cortes, SMV. Instituições participativas e acesso a serviços públicos nos municípios brasileiros. In: Pires, Rocha C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação/organizador: Roberto Rocha C. Pires**. Brasília: Ipea, 2011.v. 7 (372 p.): Diálogos para o desenvolvimento

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/03/20
Last received: 2012/05/02
Accepted: 2012/05/03
Publishing: 2012/05/10
Corresponding Address
Andrea Oliveira Gonçalves
E-mail: andreaegoncalves@gmail.com