Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC
Vol. 2 n. 1 (2), janeiro-junho/2004, p. 1-19
www.emtese.ufsc.br

Democracia e Participação Social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo

Alexandre Perles Gazeta[1]

1. Introdução

Este trabalho é parte de uma pesquisa mais abrangente de mestrado, intitulada *Democracia e Participação Social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo*, desenvolvida pelo mesmo autor, e os resultados aqui apresentados devem ser considerados como parciais e não totalmente conclusivos. O objetivo desta pesquisa consistiu-se numa análise da qualidade da participação social nos Conselhos Municipais de Saúde de São Carlos e Araraquara especificamente sobre os seguintes aspectos :

1) *O poder de influência da sociedade civil* (organizações e movimentos populares, associações e representantes de usuários dos moradores de bairros periféricos) na elaboração, execução das políticas de saúde investigaremos: se a ação estatal dos governos locais com distintas orientações políticas foi importante para ampliar ou inibir a influência dos lobbies corporativos do setor privado prestador de serviços.

2) *O controle sobre a movimentação e a alocação dos recursos financeiros dos fundos municipais de saúde*. Analisar de que forma a orientação política das diferentes gestões

[1] Bacharel em Ciências Sociais pela UNICAMP e Mestrando em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da UNICAMP, sob orientação da profa. Dra. Evelina Dagnino. **E-mail**: alexandre_gazeta@yahoo.com.br

municipais afetou o desempenho dos representantes das camadas populares no controle sobre a prestação de contas dos gastos municipais em saúde.

2. Desvendando os diversos significados da Participação Social: o que podemos esperar dela?

A partir da segunda metade dos anos 70, no contexto da emergente atuação dos movimentos sociais na cena política, a proposta de tornar a administração pública mais permeável à participação popular se fez presente no discurso oposicionista e configurou-se como um contraponto ao regime militar. Nos anos 90 há a generalização desse discurso da "participação", onde os mais diversos atores sociais, tanto na sociedade como no Estado, reivindicam e apoiam a democracia participativa, o controle social sobre o Estado, a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

Apesar da heterogeneidade quanto aos projetos políticos e caminhos para transformação social, os atores que compunham o campo dos novos movimentos sociais construíram, por meio de suas lutas sociais nas décadas de 70 e 80, um campo comum de referência para a ação e para os discursos políticos. Segundo Dagnino, este campo estava centrado na reivindicação de uma cidadania que privilegiava o fortalecimento do papel da sociedade civil na condução da vida política do país (1994:106).

Dentre os mecanismos de participação conquistados neste período, destacam-se: os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, o dispositivo de Iniciativa Popular de Lei, as Audiências Públicas, o Referendum, o Plebiscito e o próprio fato de estar expresso textualmente na Constituição que "todo poder emana do povo, podendo ser exercido direta ou indiretamente através de seus representantes".

Neste contexto de conquistas efetivas de canais de participação na gestão pública, e com o restabelecimento das eleições diretas nos âmbitos municipal e estadual, no final da década de 80 multiplicaram-se pelo país governos, principalmente municipais, com propostas de abrir maior espaço de participação à sociedade civil. Diadema, Porto Alegre, São Paulo, dentre outras cidades, constituíram-se palcos de diferentes experiências inovadoras de gestão pública com participação social.

Nessa perspectiva, as experiências de participação social, especialmente através dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, rebatem, num certo sentido, as afirmações a respeito da quase impossibilidade de criar canais participatórios nos chamados países em desenvolvimento em geral e na América Latina em particular, devido às características de suas instituições políticas (Côrtes, 2002:167).

Conforme Tatagiba (2002, p. 47)), os Conselhos Gestores passam a ser concebidos como um espaço onde

> a sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando mais próxima do Estado, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos. Esses mecanismos de participação obrigariam o Estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Esperava-se ainda, que a participação tivesse um efeito direto sobre os próprios atores que participavam, atuando, assim, como um fator educacional na promoção da cidadania.

Os Conselhos Gestores de políticas públicas são, portanto, 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*. No caso específico da política de saúde, a legislação federal estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através de: Conferências Municipais de Saúde[2]; e dos Conselhos Municipais de Saúde[3] que buscam participar da discussão das políticas de saúde onde se manifestam com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais possibilitando a negociação de propostas que direcionem os recursos para prioridades diferentes.

[2] Instâncias colegiadas, de caráter consultivo, tendo como objetivo avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes da política de saúde, em cada nível de governo.

[3] Essas regulamentações preceituam para os três níveis do SUS (federal, estadual e municipal) composição paritária desses Conselhos; ou seja, os usuários devem ter o número de representantes correspondente à soma da representação dos prestadores de serviços (públicos e privados) e dos trabalhadores de saúde. Não obstante, algumas Constituições estaduais e Leis Orgânicas de municípios tratam dessa matéria. No caso de São Paulo, a Constituição Estadual estabelece as diretrizes gerais para que se criem os Conselhos de Saúde nos níveis estadual e municipal. Em alguns casos as esferas municipais ampliam os canais para o exercício do

Os Conselhos são instâncias colegiadas constituídas com caráter permanente e deliberativo, às quais compete, conforme disposto no parágrafo 2º do artigo 1º da Lei 8142/90:

> Atuar na formulação de estratégias da política de saúde, e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros. O caráter deliberativo do Conselho não admite que funcione somente quando convocado, mas pressupõe uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para a sua execução ou correção de rumos (CONASEMS, 1995:23).

É nesse sentido que situamos a importância dos Conselhos Municipais de Saúde, objeto desta pesquisa. O estudo realizado por Carvalho (1997) oferece uma compreensão de participação relevante, na medida em que não contempla apenas o simples acesso dos agentes sociais ao processo decisório strictu sensu, mas coloca no centro da questão da participação a definição mesma dos temas que irão compor a pauta de discussão dos Conselhos de Saúde.

O trabalho de Perissinotto (2002) constitui-se numa importante referência, pois mostra que, graças à nova institucionalidade criada a partir dos Conselhos, as questões que comporiam a agenda pública da área de saúde no Brasil não seriam mais definidas de forma exclusiva pela burocracia e pelo executivo, mas sim a partir de uma série de novos atores, o que ampliaria a esfera pública responsável pela definição das questões ligadas àquela área. O "interesse público" na área de saúde não seria mais formulado autocraticamente, mas exigiria agora um amplo debate entre diversos atores. Os conselhos serão mais participativos e mais democráticos quanto mais o "interesse público" for definido a partir de um amplo e intenso debate.

Por outro lado, os estudos de Simionatto e Nogueira (1994) apontam alguns aspectos na implantação e implementação desses Conselhos, dando novas configurações à relação

controle público por meio dessas instâncias, tais como os Conselhos de Gestão de unidades de saúde, contemplando a representação da administração dos trabalhadores e usuários do serviço.

Estado-Sociedade Civil. Tal relação vem apresentando fortes traços burocrático-administrativos que ainda permeiam a participação. Estes traços podem obstaculizar uma participação efetiva das camadas populares, especialmente em gestões municipais de orientação política conservadora (contrárias à participação social e condescendentes com o projeto neoliberal de expansão da provisão privada dos serviços de saúde).

A dinâmica política local e a orientação política dos governos locais, principalmente nas cidades do interior (de pequeno e médio porte populacional), podem constituir-se numa *variável importante* para explicar o *resultado da participação dos diferentes segmentos sociais no processo decisório* da política de saúde nos Conselhos Municipais de Saúde. Por outro lado, conforme afirma Perissinotto (2002:3), o impulso institucional vindo do Estado constitui-se numa variável importante, mas não decisiva, que pode explicar a expansão da participação política de determinantes forças da sociedade civil. O processo político no município, ao lado das características específicas do setor em questão, são variáveis fundamentais para explicar como de fato o conselho foi implementado e como efetivamente funciona[4].

Por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, buscamos compreender quais os aspectos que constrangem ou ampliam a participação da sociedade civil na gestão das políticas municipais de saúde, em municípios do interior paulista. Os obstáculos, freqüentemente apontados pela literatura, que impedem a democratização da gestão via Conselhos, são: *a desmobilização da sociedade civil, o avanço progressivo da mercantilização dos serviços de saúde, como parte integrante do projeto político dos governos locais com orientação política conservadora.*

[4] Esta posição é sustentada no trabalho de Perissinotto, o qual diz se sustentar em diversos outros autores. Por exemplo, referindo-se às questões relativas às regiões metropolitanas, afirma que a "variável institucional perde sua potencialidade de mudança – explorada pela literatura de corte neoinstitucionalista – quando não leva em conta a correlação de forças existentes ente os diversos atores envolvidos na área metropolitana". Cf. Perissinotto, 2002,p.3. Soraya Cortes, por sua vez, num texto sobre os Conselhos de Saúde, identifica sete importantes fatores que afetam o funcionamento efetivo dos conselhos: mudanças na estrutura institucional, organização dos movimentos popular e sindical da cidade, relacionamento entre profissionais da saúde pública, prestadores de serviços privados de saúde e lideranças populares e sindicais, orientação das autoridades federais, das autoridades estaduais e das autoridades municipais e a dinâmica do funcionamento do Conselho em questão. Cf Cortes, 1998, pp.11-2.

Portanto, a hipótese com a qual trabalhamos é a de que a orientação política das administrações municipais é uma variável fundamental na avaliação da qualidade da participação nestes municípios. Através dos estudos de Tendler (1998), Perissinotto (2002), Coelho (2002), que apontam para a *importância da ação governamental* a partir da *orientação política dos governos locais*, na *determinação* no resultado da participação na gestão da política de saúde, avaliamos a participação social nos Conselhos Municipais de Saúde de duas principais cidades do interior paulista: Araraquara e São Carlos (Região Administrativa Central do Estado).

Nas gestões municipais de partidos políticos que identificamos à direita do espectro político, ocorreria o beneficiamento de interesses corporativos (prestadores privados dos serviços) em detrimento dos interesses de natureza coletiva.

3. A problemática da organização dos serviços de Saúde no Brasil e sua relação com a participação social na gestão da política de saúde

A organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos de sua produção, ou ainda de acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais. Este fator dificulta a efetivação do controle social pela forte organização corporativa dos interesses de mercado dos grupos privados.

O avanço do setor privado prestador de serviços de saúde nos municípios do interior paulista (na Constituição de 1988 caracterizado como suplementar à provisão pública) deveu-se em certa medida ao encontro dos interesses dos governos locais com os interesses dos donos de hospitais e de clínicas de alta complexidade tecnológica, os quais têm sido beneficiados com os recursos financeiros advindos dos fundos públicos destinados à saúde pública[5].

[5] Os estudos de Cohn e Elias (1996) mostram numericamente o avanço da mercantilização da saúde no Estado de São Paulo. A mercantilização da saúde ocorre de duas formas: a primeira, pela terceirização do serviços hospitalares, de clínicas especializadas e laboratórios, e pela expansão dos planos e seguros de saúde. Na grande maioria dos municípios brasileiros, as internações hospitalares, tratamentos de alta complexidade tecnológica dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) são prestados por hospitais particulares ou filantrópicos, convênios com universidades e laboratórios particulares. A parceria entre Estado e iniciativa

No caso específico do Conselho Municipal de Saúde, a hipótese provável é a de que os grupos que se empenham na direção da universalização do atendimento, com menor poder de influência, não terão êxito em promover alterações no encaminhamento de novas propostas de saúde, que atenuem ou interrompam a privatização desses serviços. Um dos principais problemas relativos à efetividade da participação, a despeito da fraca mobilização da sociedade civil para as ações de cidadania, é o lobby corporativo do setor privado no interior dos Conselhos Municipais de Saúde (Correia, 2000: 34).

Conforme Siminionatto e Nogueira "certos atores vão se projetando em relação aos demais (...) Isso pode ser observado na prevalência das posições dos representantes dos sindicatos, profissionais de saúde, prestadores privados de serviços e governo (...) Os representantes de entidades populares, não possuindo o mesmo saber, abstém-se das discussões, permanecendo numa posição de passividade e desmotivação no acompanhamento do processo (...) Ocorre mais a presença física do que a capacidade de influir na formação de consensos" (1997:30-37).

O controle social sobre as ações do Estado e do fundo público é de grande importância na sociedade brasileira, pois este último tem se constituído, preponderantemente, num pressuposto do *processo de acumulação*, principalmente das *empresas capitalistas prestadoras de serviço de saúde* que se têm beneficiado da oportunidade de usufruir de subsídios estatais para sua expansão.

No Brasil, onde há uma restrição da esfera pública simultânea à privatização do fundo público, o exercício do controle social sobre o gasto público estatal é relevante para a construção e/ou ampliação do espaço público. A população organizada, utilizando-se de mecanismos de controle social, poderá intervir para que o fundo público se reverta cada vem mais em gastos sociais com bens e serviços públicos que não buscam o lucro, impedindo, ou ao menos resistindo, à conversão crescente deste fundo público em argamassa para o capital na busca do lucro, ao ser aplicado para beneficiar a rede privada.

---

privada consiste na destinação de verbas públicas para instituições não-estatais, seja por meio do atendimento direto, seja na compra de equipamentos. Os seguros e planos de saúde são formas diretas de privatização da

4. A problemática dos governos locais e sua relação com a participação social na gestão da política de saúde

Os encontros entre Estado e Sociedade civil nos conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão (Tatagiba, 2002). Os governos têm resistido – de forma mais ou menos acentuada, dependendo da natureza do governo e do seu projeto político – às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas.

Uma importante referência na literatura é o trabalho de Oliveira (1998). Através dele pudemos constatar que governos locais de partidos políticos à direita do espectro político, ou seja, conservadores, acabam sendo mais sensíveis aos interesses corporativos daqueles segmentos econômicos e mercantis que historicamente se beneficiam dos fundos públicos.

Outra referência bibliográfica relevante pôde ser constatada no trabalho de Kerbauy (1992). Este estudo consistiu numa análise sobre o relacionamento entre poder local e sociedade civil na dinâmica política dos municípios do interior de São Paulo, revelando que o clientelismo, *a assimetria entre governos locais e sociedade civil*, a *captura dos fundos públicos pelos interesses privatistas* do setores da burguesia local foram as principais gramáticas políticas nesses municípios.

Nesse sentido, estes estudos suscitam-nos questões relevantes para avaliarmos a qualidade da participação social nos municípios do interior paulista. *O enorme poder de controle dos governos* sobre os Conselhos recoloca dúvidas acerca das reais condições destes virem a exercer sua vocação deliberativa, que, nos municípios onde não há uma forte mobilização da sociedade civil, costuma depender da importância que o projeto político do governo confere ao princípio da participação social.

Segundo Soares

---

saúde, uma vez que os estratos da sociedade de maior renda recorrem a este tipo de serviço pela precária qualidade dos serviços públicos.

> cabe-nos reconhecer que a tendência dominante nas experiências participativas foi a de tipo induzida (...) Ou seja, nem a pressão de baixo para cima, nem o simples dispositivo legal foram suficientes para garantir, de forma contínua, o funcionamento de instâncias deliberativas com presença popular. A vontade política da equipe de governo continua sendo decisiva para o estabelecimento de reconhecimentos que produzam eficácia no funcionamento das formas de participação semi-diretas". (*apud* Tatagiba, 2002:88).

Um problema importante reside no fato de que a idéia dos conselhos está calcada na suposição da existência de uma sociedade organizada, demandante de participação e capaz de garantir a realização de um novo padrão de gestão das políticas, sobretudo na área social. Uma vez incorporados e institucionalizados os princípios de gestão compartilhada no desenho das políticas públicas, o problema que se apresenta para a sua concretização diz respeito à fragilidade da base social: *a debilidade de organização da população dificulta o funcionamento do modelo, uma vez que em algumas regiões do país a população não está suficientemente organizada nem tampouco mobilizada para se incorporar aos mecanismos institucionais de participação.*

A problemática dos governos locais e sua relação com a participação social através dos Conselhos Municipais de Saúde suscitam-nos algumas questões relevantes: 1) como a orientação política dos governos locais afeta o resultado da participação da sociedade civil, ou seja, como ela se comporta frente ao poder de influência (lobby corporativo) dos prestadores privados de saúde? 2) Os governos locais têm sido responsáveis pela ampliação dos mecanismos de participação social na gestão da política de saúde?

5. A experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo: o caso de Araraquara e São Carlos

De acordo com Marques (1996:185), no caso mais específico do Estado de São Paulo, os estabelecimentos hospitalares gerais do Estado apresentam um predomínio do setor privado. A relação entre o número de hospitais governamentais e privados apresenta grandes diferenças quando comparadas à da Região Metropolitana e às das demais Regiões Administrativas do Estado. Na Região Administrativa Central (São Carlos e

Araraquara), o número supera em três vezes a relação hospitais públicos/privados verificada para o conjunto do Estado, não possuindo nenhum estabelecimento hospitalar governamental[6].

Nesse sentido, o caso da Região Administrativa Central do Estado de São Paulo (Araraquara e São Carlos), é ilustrativo para pensarmos sobre as questões e problemas assim expostos sobre a institucionalização da participação social na consolidação da descentralização da Saúde.

Os municípios desta Região iniciaram em 1997 o processo de municipalização das ações e serviços da saúde, sob o comando de administrações municipais de orientação política à direita do espectro político (supostamente inibidoras da participação social ampliada dos segmentos populares), vindo a constituir nesse ano os Conselhos Municipais de Saúde, como instrumento de participação popular e controle social, com representação paritária (usuários, prestadores de serviços, governo e organizações populares). Em 1998, ambos os municípios assumem a Gestão Plena do Sistema Único de Saúde, tornando-se responsável pelo atendimento regional da saúde.

Com a forte prevalência do setor privado[7] na prestação dos serviços hospitalares de alta complexidade tecnológica, e a articulada organização dos interesses desse setor, a hipótese que levantamos foi a de que o predomínio dos interesses corporativos dos agentes privados compromete a efetivação do controle social nos Conselhos Municipais de Saúde, especialmente em administrações municipais conservadoras, promovendo um desequilíbrio na correlação de forças entre agentes públicos (movimentos populares e representantes do governo local) e agentes privados (prestadores de serviços).

[6] Informações extraídas da Fundação SEADE.

[7] Nessa perspectiva as organizações filantrópicas (Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa) são responsáveis pela maior parte dos leitos hospitalares dos municípios. A partir dos dados da Fundação Seade e Datasus podemos verificar que: em 1998, havia grande predomínio de leitos do SUS de cirurgia contratados por hospitais particulares, e leitos de cirurgia de instituições filantrópicas, em Araraquara e São Carlos. O mesmo se confirma quando observados os dados sobre os leitos de UTI, onde predomina o atendimento exclusivo dos hospitais beneficentes; clínicas médicas, sendo a grande maioria prestada pelos setores filantrópicos e contratados. Analisando as médias mensais de internações, não houve ocorrências nos setores municipais e estaduais, e sim prestadas eminentemente pelos setores privados e filantrópicos. O fato do SUS pagar os serviços privados em si não representa a privatização do atendimento. No entanto, a alocação de recursos no setor privado extrapola a simples contratação por parte do gestor público, uma que vez que este último equipa os hospitais e clínicas particulares para o atendimento dos pacientes do SUS, beneficiando-os indiretamente.

O principal problema levantado é: frente à forte organização corporativa do setor privado, o papel dos Conselhos Municipais de Saúde em promover a participação social tem de fato se efetivado, assegurando o pluralismo político e o equilíbrio na correlação de forças entre agentes privados e públicos, na gestão da política de saúde nas cidades principais da Região Administrativa Central do Estado de São Paulo (Araraquara e São Carlos)?

Será que a orientação política da administração municipal é determinante no padrão de relacionamento entre Estado e sociedade civil mais favorável à participação e controle social, no estabelecimento de um maior equilíbrio na correlação de forças entre agentes públicos e privados, na ampliação dos instrumentos de fiscalização e intervenção das camadas populares na política de saúde e na neutralização dos lobbies corporativos do setor privado prestador de serviços de saúde?

O Conselho Municipal de Saúde de Araraquara é constituído por 34 membros, sendo 17 usuários e 17 prestadores de serviço. Reúne-se mensalmente e extraordinariamente quando necessário, e foi empossado em 10 de março de 1997.

O Fundo Municipal de Saúde está em atividade desde a Municipalização ocorrida em maio de 1998, embora tenha sido criado pela lei nº 3.859, de 26 de junho de 1991.

A institucionalização do CMS de São Carlos ocorreu pela Lei Municipal de número 10.418 de 25 de abril de 1991. A mesma lei criou também o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

A atuação dos conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde de Araraquara e São Carlos, sobretudo no que concerne a seu envolvimento e compromisso com o exercício de seu papel, foi avaliada pela quantidade e qualidade de suas intervenções. O levantamento numérico de intervenções foi feito por meio de consultas às atas, no referido período, tabelando-se o número total de intervenções e calculando-se o percentual destas para cada representação. A qualidade das intervenções foi avaliada após um apanhado, nas atas, dos assuntos abordados por cada representação em cada reunião, que são apresentados aqui da seguinte forma: questionamentos, denúncias e reclamações, discordâncias, solicitação de explicações e propostas apresentadas.

Verifica-se que o gestor municipal da saúde foi responsável por 64% e 21% das intervenções nas reuniões do CMS de São Carlos e Araraquara , respectivamente. No CMS de Araraquara, os representantes do gestor estadual responderam por 2% das intervenções.

Os representantes de prestadores privados de serviços do CMS de Araraquara foram o segmento de maior número de intervenções depois dos representantes do governo local, correspondente a 12% das intervenções no CMS de Araraquara e à 16% no CMS de São Carlos.

Associações profissionais tiveram a média 11% de participação nas intervenções totais dos CMS de Araraquara e do CMS de São Carlos, respectivamente.

Os representantes de sindicatos do CMS de Araraquara obtiveram respectivamente a média de 2% das intervenções nas reuniões do Conselho. No caso do CMS de São Carlos não havia representação desse segmento.

Já o percentual de intervenções dos representantes de entidades e organizações filantrópicas do CMS de Araraquara correspondeu à média de 2% das intervenções nas reuniões. O CMS de São Carlos não contava, na primeira gestão, com representação desses segmentos.

Os representantes de usuários foram responsáveis pela média de 2% das intervenções do CMS de Araraquara e de 12% das intervenções nas reuniões do CMS de São Carlos.

No caso do CMS de São Carlos o que nos chamou a atenção foi a participação de um vereador nas reuniões sendo responsável por 6% das intervenções.

Os desequilíbrios no poder de influência entre os representantes do governo, associações profissionais, prestadores privados de serviços e demais segmentos da sociedade civil torna-se mais evidente quando avaliamos o nível dos questionamentos e solicitação de explicações por cada segmento.

Os segmentos que tiveram maior número de questionamentos sobre os mais diversos assuntos dos Conselhos Municipais de Sáude analisados foram os representantes

governamentais, associações profissionais, prestadores privados de saúde. Ao passo que, os representantes da sociedade civil, como no caso dos sindicatos, associações comunitárias e moradores de bairro e usuários do SUS, não fizeram nenhum tipo de questionamentos, especialmente sobre convênios, problemas de atendimento e demanda na rede física, prestação de contas, etc. Este fato reforça a desigualdade na participação dos diversos segmentos sociais nos CMS e os desequilíbrios e fragilidades no controle público do Fundo Municipal de Saúde, de ambos municípios, por parte da sociedade civil.

Nenhum tipo de discordância foi registrado nos CMS de Araraquara e São Carlos. O segmento que obteve o maior número de denúncias registrado foi os representantes de sindicatos do CMS de Araraquara, seguidos dos prestadores privados de serviços e organizações filantrópicas. No CMS de São Carlos os representantes de usuários foram responsáveis pelas denúncias no Conselho.

A avaliação do poder de influência da sociedade civil na gestão da política de saúde municipal foi feita por meio da análise do número de propostas por segmentos dos conselhos. A partir da análise das atas de reunião dos CMS de Araraquara e São Carlos fizemos um levantamento das propostas apresentadas nas reuniões dos conselhos por segmentos.

A ausência de controle público sobre a destinação dos recursos dos Fundos Municipais de Saúde, nas duas cidades estudadas, revelou a fragilidade da sociedade civil frente aos interesses organizados corporativamente dos prestadores privados de serviços e médicos prestadores de serviços. Em vez das propostas de solicitação de verbas serem acompanhadas e fiscalizadas amplamente pelos representantes da sociedade civil, verificamos que estes representantes compartilhavam o mesmo projeto do gestor municipal, quer seja, da privatização progressiva dos serviços de saúde dos municípios.

Esta afirmação é comprovada pela observação do número de comissões criadas para acompanhar a programação orçamentária, bem como para fiscalizá-la amplamente. No caso do CMS de São Carlos, nenhuma comissão foi criada no sentido de avaliar a prestação de contas, solicitação de verbas e repasses financeiros para o setor privado de

prestação de serviços de saúde. Nenhum registro de auditoria das contas e do dinheiro público empregado na manutenção dos serviços prestados pelos convênios particulares.

Em Araraquara, o CMS constituiu sete comissões, dentre as quais, apenas duas destinavam-se à avaliação de projetos de aplicação de recursos públicos para os prestadores privados de serviços.

Outra importante questão para a avaliação do poder de influência da sociedade civil na gestão da política de saúde em Araraquara diz respeito à participação dos representantes da sociedade civil nas comissões. Na comissão formada para a elaboração da Conferência Municipal de 2000, não houve participação de membros da sociedade civil. Isso demonstra, de um lado, a despreocupação do gestor municipal com a ampliação da participação social, e do outro, a fragilidade na representação da sociedade civil no processo de elaboração e execução da política municipal de saúde.

Analisamos a forma como os CMS de Araraquara e de São Carlos acompanharam os seus respectivos FMS e intervieram na destinação de tais recursos na primeira gestão analisada (1997-2000). Esses resultados apontam as possibilidades do controle social sobre os recursos da saúde naquele município. A análise foi feita por meio de consultas às atas das reuniões, nas quais se identificou a destinação de recursos públicos na prestação privada de serviços.

Isso foi comprovado por meio da análise de como as propostas de solicitação de verbas repasse de recursos públicos para os prestadores privados. Em Araraquara não houve nenhum registro de debates, discussões ou manifestações de discordâncias com relação a orientação seguida pelo gestor municipal, qual seja, de investir na ampliação dos convênios particulares entre SMS e prestadores privados de serviços.

No município de São Carlos, além das solicitações de verbas e repasses financeiros terem sido destinados à prestação privada de serviços, o gestor municipal foi o responsável pela apresentação dessas propostas. Esse fato aponta para o compartilhamento da sociedade civil com o projeto de privatização da saúde, levado a cabo pelo gestor municipal.

6. Considerações finais

Destacamos aqui o exercício do controle social sobre a política de saúde, principalmente, sobre os recursos a ela destinados. O controle social só se concretiza se houver um controle sobre o fundo público da saúde; de outra forma, ele é apenas formal. A sociedade, por meio de seus representantes no conselho, deve opinar, intervir e definir sobre os gastos na saúde direcionando-os para o atendimento às necessidades e interesses da coletividade.

Os Conselhos de Saúde, realidade atualmente no Brasil – existem em mais de 94% dos municípios –, são considerados mecanismos de controle da política de saúde, devido ao seu caráter deliberativo, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros. São milhares de novos sujeitos políticos na arena do SUS. Esses conselhos podem interferir na "condução dos negócios do Estado (no setor saúde, democratizando o espaço público, até então um) santuário sagrado de outras classes ou interesses". (Oliveira, 1988:22).

Além de contribuir para a publicização da gestão da política de saúde, esses conselhos também contribuem para o aprofundamento do processo de construção democrática do país. Na medida em que diversos setores da sociedade civil são incorporados no processo político de formação das decisões políticas, amplia-se e renova-se o campo da representação democrática dos diferentes interesses difusos da sociedade.

Por outro lado, este projeto pode ser comprometido pelo avanço do projeto neoliberal, encampado por muitos governos municipais. Muitos desses governos aproveitam-se da participação da sociedade civil nestes espaços para o respaldo ao projeto de privatização do público. Esse fato, denominado de "confluência perversa" por Dagnino (2002:228), "como parte do ajuste neoliberal que exige o encolhimento das responsabilidades sociais do Estado".

Apresentamos aqui, dois estudos de caso sobre os Conselhos Municipais de Saúde Araraquara e São Carlos, no interior do Estado de São Paulo. Neles, procuramos verificar como se deu o controle social sobre a verba para o setor, concentrada no Fundo Municipal de Saúde (FMS), bem como o poder de influência da sociedade civil sobre a gestão da política de saúde dos respectivos municípios.

O período analisado correspondeu a duas gestões municipais de orientação política conservadora, ou seja, contrária a ampliação da participação social, e engajadas no projeto neoliberal de privatização dos serviços públicos de saúde, em ambos os municípios analisados.

Nesse sentido, analisamos como ocorreu esta relação entre sociedades civis frágeis e pouco organizadas e governos municipais com orientação inibidora da participação social ampliada.

Por meio da análise das atas de reunião, chegamos a algumas conclusões. Entre os diversos aspectos analisados podemos aqui fazer algumas considerações: a fragilidade do controle social por parte da sociedade frente aos lobbies corporativos dos prestadores privados de serviços e médicos; o limitado poder de influência da sociedade civil na gestão da política de saúde e os impactos da orientação política conservadora desfavorável à participação social.

Com relação ao controle público sobre os FMS de Araraquara e São Carlos, os Conselhos apresentaram um desempenho insatisfatório, do ponto de vista da fiscalização e acompanhamento das prestações de conta do gestor municipal, bem como da alocação dos recursos na rede pública de saúde. Em nenhum dos casos estudados, identificamos um aperfeiçoamento dos mecanismos de publicidade, transparência e visibilidade pública sobre a movimentação dos FMS, como por exemplo, por meio da criação de comissões de acompanhamento e fiscalização das propostas de verbas, repasses financeiros, dotação orçamentária, etc.

Por outro lado, não houve nenhuma iniciativa por parte do gestor municipal no sentido de promover a participação dos representantes da sociedade civil. Ao contrário disso, o gestor municipal centralizou a condução das decisões direncionando-a de acordo com os interesses do projeto neoliberal de privatização dos serviços públicos de saúde. Também, por meio da análise das atas, pudemos verificar que o gestor municipal esteve mais suscetível ao lobbies corporativos do setor privado do que aos interesses públicos.

Houve vários registros de recursos públicos repassados para os serviços privados, contudo, sem o registro de questionamento por parte dos conselheiros, especialmente dos

conselheiros representantes da sociedade civil. Isso evidencia que a privatização dos recursos públicos não integra o universo de preocupações dos conselheiros dos municípios estudados.

O controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, pois são inúmeras as dificuldades para sua efetivação. Além de acompanhamento, fiscalização e avaliação da movimentação financeira do FMS, destaca-se a importância da participação do conselho na elaboração do planejamento municipal de saúde e no seu respectivo plano de aplicação financeira. A passagem do nível meramente fiscalizador para um nível propositivo tornaria o exercício do controle social mais efetivo. Os conselhos precisam interferir na alocação dos recursos, orientando-os na direção dos interesses da coletividade.

O controle social sobre as ações do Estado é um desafio que implica a democratização do fundo público e, conseqüentemente, a estruturação de uma esfera pública.

Referências

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação e controle social. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995.

COELHO, V. S. Política Social: o que podemos esperar da participação? III Encontro Nacional de Ciência Política. **Associação Brasileira de Ciência Política**. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2002.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Manual dos Conselhos de Saúde**. Brasília. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1995.

COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez/CEDEC, 1991.

_____. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A e ELIAS, P.E**. Saúde no Brasil** – Políticas e organização de serviços. São Paulo. Editora Cortez, 1996.

CONIL, E. M. e BRAVO, M.I e COELHO, F. D. Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n.º 34, ano XI, Dezembro, 1999.

CÔRTES, Soraya M. V. Participação de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, R. & FUKS (orgs), M. **Democracia**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, Evelina (org). **Anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo, Editora Brasiliense, 1994.

ELIAS, Paulo E. Estrutura e organização da atenção da saúde no Brasil. In: COHN, A e ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil** – Políticas e organização de serviços. São Paulo. Editora Cortez, 1996.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação social e política**. São Paulo. Editora Cortez, 1998.

LAURELL, Asa Cristina. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: Implicações das Políticas de Ajuste Estrutural na América Latina. In: EIBENSCHTZ, Catalina (org). **Política de Saúde**: público e o privado. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996.

KERBAUY, Maria Teresa. **A morte dos coronéis**: política interiorana e poder local. São Paulo. Tese de Doutorado em Ciência Política. Pontifícia Universidade Católica, 1992.

LUCCHESE, Patrícia T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995". In: **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, IPEA, 1996.

MARQUES, Rosa Maria. Descentralização da Política de Saúde. In: ARRETCHE, M. & RODRIGUES, V. (orgs). **Descentralização das Políticas Sociais no Estado de São Paulo**. São Paulo: Editora Fundap, 1998.

OLIVEIRA, Andréia Cristina de Jesus. **Participação popular e clientelismo em São Carlos**. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Faculdade de Ciências e Letras – Câmpus de Araraquara. Universidade Estadual Paulista " Júlio de Mesquita Filho", 1998.

OLIVEIRA, Francisco. O surgimento do anti-valor: capital, força de trabalho e fundo público. In: **Novos Estudos Cebrap**. São Paulo, 22 out. 1988.

_____. Os protagonistas do drama: Estado e sociedade civil no Brasil. In: LARANGEIRA, Sônia (org). **Classes e Movimentos Sociais na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1990.

PERISSINOTTO, R. M. Participação e democracia: o caso do Conselho de Assistência Social de Curitiba. **III Encontro Nacional de Ciência Política**. Associação Brasileira de Ciência Política. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2002.

SIMIONATTO, I. e NOGUEIRA, V.M. Políticas de Saúde – do projeto formal à prática concreta. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Editora Cortez, n.º 34, ano XI. Abril, 1994.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo, Editora Paz e Terra, 2002.

TENDLER, Judith. **Bom governo nos trópicos** – Uma visão crítica. Rio de Janeiro, 1998.